

Codice A1413C

D.D. 26 gennaio 2021, n. 98

Ricognizione dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi. Anno 2019.



ATTO DD 98/A1413C/2021

DEL 26/01/2021

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Ricognizione dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi. Anno 2019.

Il d.lgs. 502/1992, all'articolo 13, comma 1, prevede che “le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”.

L'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009, relativa al nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 – 2012, all'articolo 4, comma 1, lett. c), dispone che “le Regioni e le Province autonome si impegnano ad inviare al Comitato LEA entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali, con la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto”.

La Regione, come negli anni precedenti, ha predisposto l'attività istruttoria anche per l'esercizio 2019, richiedendo alle Aziende Sanitarie del SSR la contabilizzazione a conto economico e ha acquisito:

- l'attestazione delle spese non sanitarie sostenute con indicazione degli eventuali contributi extra FSR assegnati;
- la rendicontazione della maggior quota sanitaria sostenuta rispetto alla normativa nazionale sui LEA.

A livello nazionale sono previste due rilevazioni:

- una di tipo ricognitivo, nell'ambito del questionario annuale sugli “adempimenti LEA”, con

l'elencazione della tipologia di prestazioni aggiuntive, la richiesta di precisare se previste (si/no) e, in caso positivo, la richiesta di indicare gli estremi del provvedimento che ha previsto l'extra LEA;

- una di tipo economico, mediante l'allegato 2 del modello LA, recentemente aggiornato con il DM del maggio 2019, con la richiesta di quantificare i costi degli extra LEA (prestazioni socio-sanitarie. sostenute rispetto al DPCM 29/11/2001 e DPCM 12/1/2017) a livello di consolidato regionale ripartito per livello essenziale di assistenza.

La tabella seguente riassume le tipologie di prestazioni aggiuntive e riferimenti normativi, così come vengono dichiarate nel Questionario LEA 2019 all'apposito Comitato LEA.

Tipologia di prestazioni aggiuntive	Si / No	Se Si, specificare
Assistenza farmaceutica: farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare; medicina non convenzionale, ecc.	SI malattie rare/ ipogonadismo/d etenuti NO medicina non convenzionale	Farmaci di classe C per malattie rare DGR n. 5-5740 del 23.04.2007; Ipogonadismo DGR n.13-8134 del 04.02.2008
Assistenza protesica: prestazioni non incluse, in qualità o in quantità, nel D.M. n. 332 del 27 agosto 1989	SI	DGR n. 43-1979 del 29/04/2011(Indumenti elastocompressivi a paz. Ustionati, protesi fonatorie a pazienti laringectomizzati) DGR n. 39-5182 del 29/01/2007 s.m.i. e note della direzione (pile e caricabatterie a portatori di impianto cocleare, processore esterno per protesi orecchio medio) DGR n. 13-13352 del 22.02.2010 s.m.i. e note della direzione (parrucche per paz. in chemioterapia)

Tipologia di prestazioni aggiuntive	Si / No	Se Si, specificare
Assistenza integrativa: fornitura di prodotti apoteici ai nefropatici cronici	SI	DGR n. 21-11426 18/05/2009, DD 172 16/3/2010 (materiale di medicazione) DGR n. 26-6690 del 22/07/2002 (materiale d'uso prescrivibile a pazienti con patologie gravi) DGR n. 13-8266 del 25/02/2008 (fornitura gratuita di sostitutivi al latte materno ad altre categorie oltre alle mamme HIV +) DGR n. 43-1979 del 29/04/2011 (forniture in quantità superiore dei dispositivi monouso, materiale di medicazione per paz. ustionati)
Assistenza economica:	SI	Erogazione di un contributo economico di importo commisurato al 50% del valore corrispondente

<p>interventi economici a sostegno della domiciliarità, contributi a persone affette da patologie, ecc.</p>		<p>alla prestazione di assistenza tutelare definita nel progetto individuale di lungo-assistenza, finalizzato a garantire la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio: DGR n. 39-11189 del 06.04.2009, DGR n. 56-13332 del 15.02.2010; DGR n. 26-6993 del 30.12.2013 avente ad oggetto: “Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”; DGR n. 5-7035 del 27.01.2014 avente ad oggetto: “Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza”; DGR n. 38-7629 del 21.05.2014 avente ad oggetto: “Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali”. DGR n. 18 – 1326/2015 “Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall’esercizio 2015”. DGR n. 42-4921 del 20.04.2017 “Riparto delle risorse c/esercizio 2016 definitive agli Enti del SSR, in rimodulazione delle risorse provvisorie assegnate con D.G.R. n. 35 - 3152 del 1/04/2016. Adempimenti di cui all’art. 20, comma 2, lettera a, e applicazione art. 30 del Decreto Legislativo 118/2011”</p>
<p>Assistenza riabilitativa: assunzione a carico del SSR di oneri di spettanza dei Comuni per prestazioni di natura socio-assistenziale, metodo Doman, altre metodologie</p>	<p>SI</p>	<p>DGR n. 95-10261 del 01/08/2003 “Rimborsi delle spese sanitarie e di soggiorno sostenute dai disabili gravi e dagli accompagnatori che si recano presso il Centro “Istituti per il Raggiungimento del Potenziale Umano” di Fauglia (Pisa)”</p>
<p>Esenzioni: ampliamento disciplina delle esenzioni per reddito o</p>	<p>SI</p>	<p>D.G.R. n. 38- 15328 del 12/04/2005 integrazione al Decreto 279/2001 con inserimento nuove patologie rare .</p>

patologia cronica o rara		
Altro da specificare		Residenzialità e semiresidenzialità per soggetti affetti da morbo di Alzheimer DGR n. 85-6287 del 02.08.2013 “Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla DGR n. 45-4248 del 20.07.2012 e DGR n. 10-6357 del 17.09.2013

La Regione ha predisposto inoltre tra gli anni 2015 e 2016 le seguenti deliberazioni:

- DGR n. 18 – 1326/2015 “Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall’esercizio 2015”. La DGR rinvia a successive deliberazioni la definizione delle regole e dei criteri attuativi sul tema.
- DGR n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell’offerta di interventi sanitari domiciliari, a favore degli anziani non autosufficienti, con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di Valutazione Geriatrica" che dà attuazione a quanto disposto dalla DGR n. 18-1326/2015, prevedendo una gamma di interventi sanitari domiciliari nell’ambito di un progetto residenziale definito Progetto di Residenza Sanitaria Assistenziale Aperta (di seguito RSA Aperta). La DGR richiamata prevedeva effetti economico-finanziari a partire dal 2016.

La Regione ha provveduto a finanziare la spesa non sanitaria con:

- 55.000.000 euro iscritti nel bilancio regionale sul capitolo 157098 (interventi e servizi destinati a soggetti in condizioni di specifiche fragilità sociali - l.r. n.1/2004), euro iscritti nel bilancio regionale dell’anno 2019 ;
- 3.600.000 euro iscritti nel bilancio regionale nell’anno 2019 sul capitolo n.158156 provenienti dal Fondo nazionale per le non autosufficienza a copertura degli assegni di cura a favore dei cittadini affetti da SLA.

Tutte le deliberazioni citate sono state allegate al questionario nazionale e trasmesse per mezzo della piattaforma documentale SIVEAS.

Nell’allegato 2 del modello LA il dato consolidato regionale dei costi non sanitari è pari a euro 55.138.849,86, tali costi sono riferibili come natura alle coperture finanziarie sopra dedicate quali aggregazioni aziendali come sotto rappresentato:

Assegno di cura	21.372.851,69
Di cui per psichiatrici	3.102.400,17
Parrucche per alopecia	53.187,10
Quota sociale relativa ai primi 30/60 gg per ricovero in dimissione ospedaliera	228.109,98

Ricovero in strutture per anziani non autosufficienti (NAT), residenziale e semi-residenziale maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	1.947.886,79
Ricovero in strutture per disabili-maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	2.120.264,83
Inserimenti in nuclei NSV e NAC - maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	3.661.442,91
DCR 357/1997 Gruppi appartamenti psichiatrici - maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	9.335.132,80
DCR 357/1997 Comunità alloggio psichiatriche - maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	8.947.671,97
ALTRE PRESTAZIONI - maggiore quota sanitaria rispetto al DPCM 2001 dei LEA psichiatria	2.594.092,00
Maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	4.126.034,95
Ricovero in strutture per disabili - maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	3.691.375,15
DCR 357/1997 Comunità alloggio psichiatriche - maggiore quota sanitaria rispetto ai DPCM 2001/2017 dei LEA	163.420,80
Altro	271.239,00
TOTALE	54.333.487,92

Per le altre tipologie di spese si rinvia alla successiva relazione.

Si relaziona anche nel merito delle categorie non oggetto di specifico finanziamento premesso quanto segue.

Nei verbali delle riunioni tenutesi con i Tavoli Nazionali di Monitoraggio della spesa sanitaria e di mantenimento dei LEA il documento relativo alla riunione congiunta del 20 aprile 2016, e quello successivo del 19 luglio 2017, i competenti Ministeri evidenziano come la situazione economica 2015 per quanto attiene il SSR e la situazione della erogazione dei LEA (Griglia LEA) posizioni il Piemonte tra le Regioni in equilibrio economico di competenza, di elevata appropriatezza e copertura delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini rispetto agli indicatori di mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il quadro di riferimento descritto assume rilevanza nella valutazione dei livelli di assistenza e prestazioni di seguito descritte.

1. A5113 farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare

I farmaci di classe C ai soggetti affetti da malattie rare sono dispensati dai centri regionali individuati. L'erogazione del farmaco è vincolata alla stesura del Piano Terapeutico (PT), di validità massima di 12 mesi e collegato alla scheda di segnalazione di malattia al Registro regionale Malattie rare (MR), anche nella tipologia di scheda di segnalazione di diagnosi interlocutoria,

ovvero di diagnosi soggetta a successiva verifica o conferma (in tal caso il PT avrà scadenza sovrapponibile a quella della scheda di diagnosi interlocutoria); non è consentita alle farmacie al pubblico l'erogazione a carico del SSN dei farmaci per MR classificati in fascia C, anche se prescritti su ricettario SSN. Ai fini dell'erogazione sono considerati farmaci di fascia C anche i farmaci classificati in A, ma prescritti per indicazioni non registrate o non comprese nelle "Note AIFA" o prescritti a dosaggi non convenzionali.

In tale fattispecie rientrano i farmaci di classe C considerati indispensabili per una presa in carico adeguata ed efficace dei soggetti affetti da malattie rare necessaria ad assicurare la cosiddetta "*universalità del diritto alla salute*", a riguardo si rimanda alle evidenze emerse a livello nazionale attraverso l'indagine conoscitiva presso la XII Commissione della Camera del 28 luglio 2015.

La Conferenza delle Regioni nella seduta del 7 settembre 2016, atto n. 16/95/SR01/C7, ha approvato la proposta di intesa e lo schema di DPCM (entrato in vigore il 12 gennaio 2017) con i relativi allegati sui nuovi livelli essenziali di assistenza, che, tra le altre indicazioni,:

1.

- ridefinisce gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione;
- ridefinisce i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete.

2. A5110 dispositivi medici e altro

Per i dispositivi medici, la voce A5110 comprende costi per processore esterno di impianti per orecchio medio, pile e caricabatterie a portatori di impianto cocleare, parrucche per alopecia da chemioterapia, indumenti elastocompressivi per pazienti ustionati, protesi fonatorie per pazienti laringectomizzati.

Altre componenti del costo dichiarato da alcune aziende sanitarie sono rappresentate dalla fornitura di ausili che la Regione Piemonte ha individuato per garantire i percorsi in assistenza domiciliare; il percorso clinico di questi pazienti ha previsto l'integrazione del materiale di medicazione previsto dal DM 332/99 e successivamente dal DPCM 12 gennaio 2017, che risultano limitati rispetto alle possibilità di cura identificate negli ultimi anni dalla ricerca scientifica, con nuovi presidi medico chirurgici. La Regione Piemonte, quindi, al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, garantisce la fornitura di materiale di medicazione validato da protocolli scientifici internazionali, ai pazienti in carico ai servizi di Cure Domiciliari (art. 22 e 23 DPCM 12.01.2017) o ai servizi distrettuali in base alla valutazione dei requisiti di accesso a tali servizi da parte del Medico di Medicina Generale. Altresì il materiale di medicazione è garantito alle persone residenti in ASL piemontesi inseriti in strutture residenziali socio-sanitarie.

Riguardo il materiale d'uso ex DGR. n. 26-6690 del 22/07/2002, la Regione Piemonte garantisce, mediante protocolli di trattamento condivisi tra i servizi ospedalieri e territoriali, definiti da specifiche deliberazioni regionali, ai pazienti affetti da vescica neurologica, onco-ematologici, con trapianto d'organo, tracheostomizzati il materiale d'uso indispensabile per poter gestire presso al proprio domicilio i trattamenti cronici, che altrimenti dovrebbero essere gestiti nelle strutture ospedaliere.

Per pazienti con gravi patologie o lesioni, la Regione Piemonte anche nell'anno 2018 ha ritenuto opportuno continuare a garantire la fornitura di materiale non compreso nel DM 332/1999 e nel successivo DPCM 2017, o da questi atti previsto in quantitativi inferiori a quelli necessari per le

gravi condizioni cliniche. Tali erogazioni garantiscono una migliore gestione al domicilio con una riduzione di complicanze, che comporterebbero un ulteriore aggravio per la spesa sanitaria regionale. Pertanto, la Regione Piemonte garantisce ai pazienti affetti da mielolesioni congenite o acquisite, da vescica neurologica, ai pazienti neoplastici o entero-urostomizzati, la fornitura di materiale per incontinenza in limiti superiori a quelli previsti dal DM 332/1999 e dal successivo DPCM 2017.

Le linee guida per l'appropriatezza prescrittiva degli ausili per assorbenti supportano la razionalizzazione della spesa.

La Regione (all'interno del cui SSR è presente il Centro Grandi Ustionati e Banca della Cute) garantisce ai pazienti con esiti di ustioni indumenti di compressione, tutori statici e dinamici per la prevenzione di cicatrici detraenti, che determinerebbero il ricorso alla correzione chirurgica.

Si dà atto che dall'esercizio 2014 e successivi le ASR si sono attivate per fornire il materiale di medicazione standard e avanzata agli utenti in carico ai servizi territoriali attraverso i propri servizi farmaceutici.

3. A5112/di cui A5999 (costi di MMG)

I costi dichiarati da alcune AA.SS.LL. sono relativi ad istituti dell'Accordo Nazionale che disciplina le convenzioni uniche di medicina e relativi accordi regionali integrativi/attuativi. Le Aziende interessate hanno classificato taluni istituti come livelli aggiuntivi di prestazioni, anche se dovrebbero rientrare negli AIR sottoscritti a seguito degli Accordi Convenzionali Nazionali.

4. A5109 contributi per pratica riabilitativa denominata Doman

Nel caso dei contributi per pratica riabilitativa denominata Doman, si evidenzia che la quota rilevata dalle ASR è pari a zero.

5. A5108 Assegno di cura

L'erogazione degli assegni di cura per la lungo assistenza domiciliare per anziani e disabili non autosufficienti è disciplinata dalle D.G.R. n. 39-11189 del 2009 e D.G.R. n. 56-13332 del 15.02.2010; in particolare sono previsti l'erogazione di un contributo economico di importo commisurato al 50% del valore corrispondente alla prestazione di assistenza tutelare definita nel progetto individuale di lungo-assistenza, finalizzato alla permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio nonché procrastinare l'eventuale istituzionalizzazione.

La voce dell'ex allegato 5 del modello LA comprende anche gli assegni terapeutici e le borse lavoro per pazienti psichiatrici erogati nell'ambito dell'assistenza psichiatrica (i riferimenti dei provvedimenti regionali sono riportati nel paragrafo dedicato a tale livello di assistenza).

6. A5199.2 Maggiore quota sanitaria rispetto a DPCM 29.11.2001 e DPCM 12.01.2017

Malati di Alzheimer e altre Demenze

Tra i provvedimenti in materia la DGR n. 85-6287 del 2 agosto 2013, "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto

dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012” richiama nella Tabella 1: le fasce d’intensità di assistenza, le relative tariffe e quota di compartecipazione a carico del utente e/o Comune, come da DPCM LEA del 2001 e del successivo DPCM del 2017.

Le fasce d’intensità assistenziali sono quelle individuate dalla succitata DGR n. 45-4248/2012.

Ognuna delle sette fasce assistenziali individua la tipologia d’utenza, la tipologia del progetto e del bisogno nonché i parametri assistenziali di tipo sanitario e i parametri di tipo tutelare, che, in base al principio dell’appropriatezza della risposta, vengono individuati ed assegnati nel Progetto Individuale a seguito di valutazione multidimensionale da parte della competente Unità di Valutazione.

Con successivo provvedimento, nello specifico la DGR n. 10-6357 del 17.09.2013, è stata sospesa l’applicazione della ripartizione stabilita in base ai LEA dalla succitata antecedente DGR n. 85-6288/ 2013 - 50% quota a carico del SSR e 50% quota a carico dell’utente e/o Comune o Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali - delle tariffe relative ai C.D.A.A. (Centri Diurni Alzheimer Autonomi), C.D.A.I. (Centri Diurni Alzheimer Integrati) e N.A.T (Nuclei Alzheimer Temporanei).

Disabili

Con la DGR del 12 giugno 2020 n. 39-1523 la Regione Piemonte ha disciplinato le nuove cartelle di disabilità per adulti e minori al fine anche di migliorare l’omogeneità della valutazione dell’intensità assistenziale la quale è stata ridefinita applicando l’ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute).

Tale atto consentirà di meglio:

- individuare il modello organizzativo per l’assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare sociosanitaria per persone disabili,
- definire le fasce assistenziali, la tipologia di utenza, la tipologia di progetto e bisogno, i parametri assistenziali di tipo sanitario, i parametri assistenziali di tipo tutelare.

Psichiatria

La revisione dei servizi territoriali, ad oggi ancora in fase di attuazione, ha determinato diversi atti normativi;

si riportano di seguito i principali:

- D.G.R. n. 30 -1617 del 3.6.2015 "Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria"

- D.G.R. n. 35-2055 del 1.9.2015 "Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 30-1617 del 3 giugno 2015".

-D.G.R. n. 29-3944 del 19.9.2016 "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a D.G.R. n. 30-1617 e smi"

- D.G.R. n.14-4590 del 23.1.2017 "D.G.R. n. 29-3944 del 19.9.2016 di revisione della residenzialità psichiatrica: rettifiche e precisazioni."

- D.G.R. n. 41-6886 del 18.5.2018 "Procedimento di revisione della residenzialità psichiatrica. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 29-3944 del 19/9/2016"

- D.G.R. n. 116 -7442/2018 " Disposizioni per l'avvio della sperimentazione inerente progetti terapeutici individuali di domiciliarità e sostegno territoriale integrato per i pazienti psichiatrici."

Le risorse economiche per i progetti previsti dalla Delibera sono erogate, nel rispetto della normativa vigente, nella forma dell’assegno terapeutico finanziato con fondi del S.S.R.

- D.G.R. n. 43-8768 del 12 aprile 2019 “Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria. Modifiche e integrazioni in ordine ai tempi e alle modalità di attuazione di cui alla D.G.R. n. 30-1517 del 3.6.2015 integrata con DD.G.R. n. 29-3944 del 19.9.2016, 14-4590 del 23.1.2017, 41-6886 del 18.5.2018”.

- D.G.R. n. 7-442 del 29 ottobre 2019 “ Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria – Proroga in ordine ai tempi di cui alla D.G.R. n. 30-1517 del 3/6/2015 e smi come integrata dalla D.G.R. n. 43-8768 del 12/4/2019. Indicazioni per la composizione del Tavolo di monitoraggio di cui alla D.D. n. 686 del 22 dicembre 2016”.

Con D.G.R. n. 1-8566 del 22 marzo 2019 avente ad oggetto “L.R. 19 marzo 2019 n. 9 Bilancio di previsione finanziario 2019-2021 – Approvazione del documento tecnico di accompagnamento e del bilancio finanziario gestionale 2019-2021. Disposizioni di natura autorizzatoria ai sensi dell’art. 10 comma 2 del D. Lgs. 118/2011 e smi e con D.G.R. n. 35-144 del 26 luglio 2019 “L.R. 19 marzo 2019 n. 9 Bilancio di previsione finanziario 2019-2021 - Disposizioni di natura autorizzatoria sugli stanziamenti del bilancio ai sensi dell’art. 10 comma 2 del D.Lgs. 118/2011 e smi – Quarta integrazione” sono stati previsti i fondi per gli anni 2019, 2020 e 2021 per interventi e servizi destinati a soggetti in condizioni di specifiche fragilità sociali, per la copertura della quota non a carico del SSR (tra cui anche i pazienti psichiatrici).

Con la Determinazione della Direzione Sanità n. 520 del 28 giugno 2019 “Approvazione di un modello di contratto per la definizione dei rapporti normo-economici tra AA.SS.LL. e Gestori delle strutture residenziali psichiatriche per soggetti adulti” A tutela degli utenti e delle loro famiglie, al fine di evitare l’immediata applicazione dei livelli contributivi previsti dal D.P.C.M. 12/01/2017 e comunque già presenti nelle delibere regionali di riordino, in assenza di un provvedimento regionale di definizione della capacità contributiva degli utenti mediante l’applicazione omogenea dell’I.S.E.E., il suddetto modello di contratto, in conformità a quanto previsto dalla D.G.R. n. 43-8768/2019, ha previsto altresì la temporanea invarianza delle prassi contributive consolidate presso le Aziende Sanitarie Locali.

I trattamenti residenziali socio riabilitativi, che vengono erogati nelle strutture residenziali psichiatriche con assistenza nelle 24 ore (S.R.P. 3.1), con assistenza nelle 12 ore (S.R.P. 3.2) e con assistenza per fasce orarie (S.R.P. 3.3), sono a carico del SSN per una quota pari al 40% della tariffa giornaliera; il restante 60% è a carico dell’utente e/o del Comune. Ad oggi la compartecipazione prevista dal D.P.C.M. risulta applicata in maniera non omogenea dalle diverse Aziende Sanitarie; il pagamento della quota a carico dell’utente/Comune per gli inserimenti nelle strutture socio riabilitative, il finanziamento dei progetti terapeutici individuali di domiciliarità e sostegno territoriale, gli interventi sociali in favore dei pazienti, sono sovente a carico del Servizio Sanitario Regionale con risorse regionali aggiuntive rispetto al finanziamento dedicato ai LEA dal fondo sanitario nazionale.

Tutto ciò premesso,
accertata la regolarità amministrativa del presente atto,

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Visto il D.lgs n. 165 del 30.03.2001;
- Visto il D.Lgs. n. 502/1992, all'articolo 13, comma1;
- Visto il DPCM 29 novembre 2001 - Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza
- Visto il DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Vista l'Intesa Stato - Regioni del 3 dicembre 2009, relativa al nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 - 2012, all'articolo 4, comma 1, lett. C e smi;

- Vista la sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013;
- Vista la L.R. n. 7/2001;
- Visto l'art. n. 17 e n. 18 della L.R. 23/2008;
- Vista la L.R. n. 9 del 19 marzo 2019 "Bilancio di previsione finanziario 2019-2021"

determina

per i motivi espressi in premessa e richiamati integralmente di:

dare atto che le leggi regionali di bilancio in premessa e i provvedimenti amministrativi attuativi, come riportato dal verbale della riunione tenutasi in video conferenza il 11 maggio 2020 con il Tavolo Nazionale tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, hanno consentito la copertura dei costi sostenuti per i livelli essenziali considerati aggiuntivi rispetto al DPCM 29 novembre 2001 e il DPCM 12 gennaio 2017 (“Nuovi LEA”)

La presente Determinazione verrà pubblicata sul BURP ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. 22/2010.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013.

IL DIRIGENTE (A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari)

Firmato digitalmente da Franco Ripa