

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1667 del 17 ottobre 2017

Progetto di aggiornamento dei requisiti funzionali relativi alle unità di offerta RSA e CR nelle ex "Grandi strutture".

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Il provvedimento approva il Progetto di aggiornamento dei requisiti funzionali relativi alle unità di offerta Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Comunità Residenziali (CR) e la sperimentazione dello stesso nell'ambito delle ex "Grandi strutture": Istituti Polesani di Ficarolo (RO), Istituto Divina Provvidenza di Sarmeola di Rubano (PD) e Istituti Pii di Rosà (VI).

L'Assessore Manuela Lanzarin, di concerto con l'Assessore Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Con DGR n. 751 del 10/3/2000 recante "*assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva. LR n. 5 del 1996 (art. 13, co. 3 e art. 17) - PSSR 1996-1998*", veniva ridefinito il quadro di riferimento programmatico della residenzialità extraospedaliera sia a carattere estensivo che intensivo.

Il provvedimento, nell'ambito dell'assistenza residenziale estensiva, prevedeva l'avvio di un processo di razionalizzazione e riqualificazione dell'esistente, tramite riconversioni ospedaliere, riorganizzazioni e ammodernamenti delle case di riposo e degli istituti residenziali per disabili, secondo un modello organizzativo modulare e correlato "*alle caratteristiche degli ospiti, al loro grado di autonomia, alle potenzialità e ai tempi per il loro eventuale recupero*". Nell'impianto prospettato dalla DGR n. 751 del 2000, i servizi venivano, quindi, coordinati rispetto al livello di intensità dell'assistenza sanitaria da essi garantito: "*media*", "*ridotta*" e "*minima*", prevedendo l'attivazione di nuclei specifici da realizzarsi in conformità alle disposizioni di cui alla DGR n. 2034 del 10/5/1994 recante "*determinazione degli standard organizzativo-gestionali e strutturali sulle RSA per anziani e persone non autosufficienti di cui alla LR n. 28 del 1991, art. 4 e LR n. 39 del 1993 art. 6, co. 4*".

In tale sede, veniva constatato che "*la realtà assistenziale veneta è contrassegnata dalla presenza di alcune Istituzioni di grandi dimensioni (ad es. C. Gris di Mogliano V.to, Istituti Polesani di Ficarolo, Istituto Divina provvidenza di Sarmeola di Rubano, e, tenuto conto dell'art. 71 della legge 448/1998, l'IRE di Venezia), le quali, pur essendo classificate nell'ambito delle strutture residenziali di tipo estensivo, svolgono quote significative di assistenza intensiva prolungata nel tempo oltre il normale periodo di 120 giorni e nei confronti di ospiti particolarmente impegnativi*" in termini di complessità e di durata dell'intervento, per cui, valutata l'opportunità di prevedere una coerente collocazione di tali strutture nella rete della residenzialità extraospedaliera, il provvedimento disponeva la definizione di un Progetto "*Grandi Strutture*" (punto 1.3.4).

Il Progetto "*Grandi Strutture*" si inseriva così nella programmazione regionale con l'obiettivo di trasformare le istituzioni di grandi dimensioni su richiamate "*in centri di riferimento sovrazionali al fine di dare risposte appropriate a bisogni assistenziali socio-sanitari molto complessi e riconoscendo una specificità di accoglienza a elevata intensità assistenziale*" (DGR n. 4589 del 28/12/2007).

In fase attuativa, con DGR n. 2537 del 4/8/2000 recante "*Progetto "Grandi Strutture" - Procedure attuative e di individuazione delle Istituzione interessate ai sensi e per gli effetti della DGR n. 751 del 10/3/2000, punto 1.3.4*", venivano confermate, "*relativamente ai posti letto qualificati di lungoresidenzialità a più elevato impegno assistenziale*", le seguenti istituzioni, già individuate dalla DGR n. 751 del 2000, ai fini del loro inserimento nel Progetto "*Grandi Strutture*":

- Istituto il Cardo di Montecchio Precalcino: 38 pl - Azienda ULSS 4 di Thiene;
- Istituto C. Gris di Mogliano Veneto: 80 pl - Azienda ULSS 9 di Treviso;
- Istituto I.R.E. di Venezia: 60 pl - Azienda ULSS 12 Veneziana;
- Istituto Divina Provvidenza di Sarmeola di Rubano: 120 pl - Azienda ULSS 16 di Padova;
- Istituti Polesani di Ficarolo: 60 pl - Azienda ULSS 18 di Rovigo.

Successivamente, veniva inserita nel Progetto "*Grandi Strutture*" l'istituzione denominata:

- Istituti Pii di Rosà - Azienda ULSS 3 di Bassano del Grappa.

La stessa DGR n. 2537 del 2000 nel dettare la disciplina per la regolazione delle istituzioni inserite nel Progetto "Grandi Strutture" stabiliva, *"per la quota parte di posti letto qualificati di lungoresidenzialità a più elevato impegno assistenziale"*, le procedure attuative per il riconoscimento della qualifica di *"struttura lungo-residenziale a più elevato impegno assistenziale"*. Nello specifico della determinazione della dotazione di personale, veniva previsto di assumere, per il personale medico, lo standard di *"un medico specialista (neurologo, fisiatra, ecc.) a tempo pieno ogni 20 posti letto, in aggiunta a quello già impegnato per l'attività di medicina generale"* e, per il personale non medico, gli standard indicati dalla DGR n. 2034 del 1994 con la precisazione che la dotazione finale doveva risultare dalla *"applicazione dello standard previsto per i posti letto di RSA di riabilitazione fisica e/o mentale (DGR n. 2034 del 1994), con l'incremento ulteriore pari al 20%"*. Su siffatta caratterizzazione assistenziale veniva pure determinato il *"corrispettivo per i costi sanitari e di rilievo sanitario"* attestandolo a 72,12 € (139.000 lire) *prodielprocapite*, *"ferma rimanendo ogni altra disposizione di carattere generale o particolare, in ordine alla quota residuale della diaria a carico dell'ospite o di chi per esso"*.

Ai fini del presente provvedimento si ricordano gli standard funzionali relativi ai principali profili professionali del personale non medico come previsti dalla DGR n. 2034 del 1994, al netto dell'incremento del 20%:

Modello di cura e rieducazione - indirizzo riabilitativo funzionale

- un coordinatore socio-sanitario ogni 90 ospiti;
- un addetto all'assistenza ogni 2,2 ospiti;
- un educatore-animatore ogni 30 ospiti;
- un infermiere ogni 10 ospiti, al fine di garantire l'assistenza infermieristica nella 24 ore, con la precisazione che *"per garantire una adeguata gestione delle risorse si ritiene necessaria l'aggregazione di almeno un modulo funzionale di 90 posti letto"*.

Modello di cura e rieducazione - indirizzo riabilitativo mentale

- un coordinatore socio-sanitario ogni 90 ospiti;
- un addetto all'assistenza ogni 2,0 ospiti;
- un educatore-animatore ogni 60 ospiti;
- un infermiere ogni 10 ospiti, al fine di garantire l'assistenza infermieristica nella 24 ore, con la precisazione che *"per garantire una adeguata gestione delle risorse si ritiene necessaria l'aggregazione di almeno un modulo funzionale di 90 posti letto"*.

A tali rapporti corrispondono i seguenti standard, espressi in termini di minutaggio assistenziale settimanale per ospite, pari a mediamente 1.228 e 1.251 minuti, rispettivamente, per il modello a indirizzo riabilitativo funzionale e per quello a indirizzo riabilitativo mentale; calcolati tenendo conto della maggiorazione del 20% e del correttivo per le assenze non previste del personale da considerare nella determinazione del fabbisogno di personale.

Inoltre, come più sopra ricordato, la stessa DGR n. 2034 del 1994 stabiliva le seguenti caratteristiche comuni dei modelli: *"l'organizzazione per nuclei di 24, massimo 30 posti letto"*, individuati in *"funzione delle caratteristiche degli ospiti"* e *"l'aggregazione di più nuclei per formare una RSA tale da garantire una razionalizzazione delle risorse"*.

Con LR 16/8/2002, n. 22 recante disposizioni normative in materia di *"autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"* la Regione del Veneto si dotava dello strumento normativo per la disciplina dei processi di autorizzazione e accreditamento, nonché degli accordi contrattuali relativamente ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nel quadro delle specifiche previsioni stabilite dal D.lgs. n. 502 del 1992 di riordino del sistema sanitario e dalla legge n. 328 del 2000 di riordino del sistema dei servizi sociali.

Con DGR n. 2473 del 6/8/2004 recante *"LR 16/8/2002, n. 22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"*. Approvazione degli standard relativi all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento dei servizi sociali, di alcuni servizi socio-sanitari e unità di offerta non soggette all'autorizzazione all'esercizio" e DGR n. 2501 del 6/8/2004 recante *"Attuazione della LR 16/8/2002, n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e adozione del Manuale delle Procedure*", si provvedeva a definire la classificazione delle unità di offerta, i relativi requisiti generali e specifici, per le autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio, e i requisiti ulteriori, per l'accreditamento, nonché ad approvare il manuale di attuazione della nuova disciplina. Realizzando, in tal modo, un primo sistematico aggiornamento del precedente corpo di provvedimenti in materia.

In relazione all'area della disabilità, la DGR n. 2473 del 2004 individuava le seguenti unità di offerta per la residenzialità extraospedaliera con indicazione dell'utenza di riferimento e degli standard di intensità assistenziale e tutelare: Comunità Alloggio (CA - tipologia utenza: *"persone con disabilità"*), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA - tipologia utenza: *"disabili gravi"*) e Comunità Residenziali (CR - tipologia utenza: *"disabili gravi e gravissimi"*). Mentre, precisava che la definizione degli standard relativi alle *"Grandi Strutture"* era rinviata a successivo specifico provvedimento, così come previsto per altre

unità di offerta (*Hospice*, *SAPA*, *SVP*).

Ai sensi dell'art. 14, co. 1 della LR n. 22 del 2002, le DGR n. 2473 e n. 2501 del 2004 venivano sottoposte alla valutazione della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'art. 113 della LR n. 11 del 2001. La Conferenza, a seguito dei lavori del 25/10/2004 e del 22/11/2004, proponeva di "*sperimentare l'attuazione dei suddetti provvedimenti con riferimento ad alcune significative tipologie di unità di offerta di servizi sociali e socio-sanitari, per verificarne l'impatto in termini economici, organizzativi e gestionali, ed in alcune realtà regionali (territori di alcune Aziende ULSS)*". La sperimentazione veniva, quindi, avviata con DGR n. 3855 del 3/12/2004 e le relative risultanze acquisirono il parere positivo della medesima Conferenza regionale in data 19/12/2006.

Con DGR n. 84 del 16/1/2007 recante "*LR 16/8/2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accREDITamento e della tempistica di applicazione, per le strutture socio-sanitarie e sociali*", a conclusione del complesso procedimento finalizzato a ridefinire il nuovo sistema veneto di organizzazione ed erogazione dei servizi e prestazioni socio-sanitarie e sociali, venivano approvati gli *standard* definitivi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e per l'accREDITamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie e sociali. Con riferimento all'area della disabilità il provvedimento confermava le seguenti unità di offerta residenziali: CA, RSA e CR. Mentre, per le "*Grandi Strutture*" rimaneva implicitamente valido quanto già stabilito dalla DGR n. 2473 del 2004 e cioè che la definizione dei relativi *standard* era rinviata a successivo specifico provvedimento.

Con DGR n. 4589 del 28/12/2007 recante "*Indirizzi per la determinazione dei livelli di assistenza alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali. Attuazione dell'art. 59 della LR n. 2 del 2007*" venivano formulate "*Indicazioni per la trasformazione delle strutture di grandi dimensioni*" (punto 5). In particolare, tali indicazioni di carattere generale muovevano dalla scelta strategica regionale orientata a favorire le strutture di piccola dimensione diffuse sul territorio secondo le tipologie di unità di offerta definite dalla DGR n. 84 del 2007. Pertanto, le "*Grandi Strutture*" dovevano avviare un percorso di rimodulazione della propria offerta di residenzialità in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 84 del 2007 e in funzione delle seguenti tipologie di bisogno: "*accoglienza residenziale prevista nel piano di zona dell'Azienda ULSS del territorio di ubicazione della struttura*" e "*accoglienza residenziale per persone con particolari e specifiche necessità assistenziali, a carattere sovrazonale o regionale*".

Nel frattempo, a seguito del processo di chiusura delle strutture manicomiali e di tipizzazione delle persone ivi assistite per riallocarle in soluzioni residenziali idonee alle prognosi delle loro rispettive patologie psichiatriche, con particolare riferimento a coloro che risultavano in situazione di patologia psichiatrica "spenta", aventi bisogni assistenziali tipici della senescenza e inseriti in alcune "*Grandi Strutture*" dedicate all'ospitalità di disabili mentali, con DGR n. 4208 del 30/12/2008 recante "*Verifica delle condizioni assistenziali presso le grandi strutture residenziali presenti nel territorio regionale del Veneto*", si avviava un apposito percorso valutativo e, nelle more della sua conclusione, veniva disposto che "*rimangono sospese le iniziative definite in materia al punto 5 della premessa della DGR n. 4589 del 28/12/2007*". Con successiva DGR n. 1161 del 26/7/2011 recante "*DGR n. 751 del 2000, DGR n. 2537 del 2000, Progetto Grandi Strutture. Costituzione gruppo di lavoro di verifica e valutazione*" veniva ripreso quanto già stabilito in via generale dalla DGR n. 4208 del 2008, specificando l'obiettivo di "*individuazione della unità di offerta idonea ad accogliere il soggetto in un percorso di superamento della grande struttura e di avvicinamento al territorio di appartenenza della persona*".

Con DGR n. 40 del 21/1/2013 recante "*Criteri per la trasformazione delle "Grandi Strutture" di cui alla DGR n. 2537 del 2000 in Centri di riferimento regionali per gravi disabilità e disturbi del comportamento con elevata necessità sanitaria*" venivano ripresi i risultati delle verifiche compiute in attuazione alla DGR n. 1161 del 2011 e delineato il percorso di trasformazione delle "*Grandi Strutture*".

Il provvedimento, evidenziava il fatto che le "*Grandi Strutture*" presentavano al loro interno una "*duplice tipologia di offerta*" qualificabile nei seguenti termini:

- nuclei a media intensità sanitaria (DGR n. 751 del 2000 e DGR n. 84 del 2007);
- nuclei a elevata intensità sanitaria (DGR n. 2537 del 2000).

Procedendo da questa classificazione la DGR n. 40 del 2013 stabiliva, per i nuclei a media intensità assistenziale, la loro trasformazione nelle unità di offerta ex DGR n. 84 del 2007: CA, RSA e CR, confermando in tal modo le modalità già stabilite con DGR n. 4589 del 2007 e temporaneamente sospese con DGR n. 4208 del 2008. E per i nuclei a elevata intensità assistenziale, stabiliva la loro trasformazione in "*Centri di riferimento per gravi disabilità e disturbi del comportamento con elevata necessità sanitaria*" (CRGD), secondo la denominazione riformulata con DGR n. 244 del 3/3/2015. Relativamente agli *standard* di personale da garantire nei CRGD, la stessa DGR n. 40 del 2013 precisava che, in forza del maggior bisogno sanitario dell'utenza di riferimento, essi dovevano, in generale, essere superiori agli *standard* previsti con DGR n. 84 del 2007 per le RSA e dovevano assicurare la presenza continua di personale infermieristico nell'arco delle 24 ore.

Nel dettaglio il provvedimento stabilisce che la determinazione del fabbisogno quali-quantitativo di personale deve conformarsi ai seguenti *standard*:

- assistenza diretta (coordinatore, infermiere, operatore socio-sanitario): minutaggio assistenziale settimanale per ospite non inferiore a 1.680 minuti;
- assistenza indiretta (medici specialisti delle aree: internistica, psichiatrica, medicina fisica e riabilitazione; profili professionali dell'area della riabilitazione, educatore professionale, psicologo): minutaggio assistenziale settimanale per ospite commisurato alle particolari esigenze degli assistiti e non inferiore a 180 minuti (DGR n. 244 del 2015).

Inoltre, con riferimento all'assistenza indiretta, la DGR n. 40 del 2013 prevedeva la possibilità di "*variazioni e compensazioni ad esempio tra le figure di educatore o laureato in scienze motorie e quelle del personale per la riabilitazione (FKT, terapeuta occupazionale, logopedista) o tra le figure sanitarie professionali (medico specialista, medico di medicina generale e psicologo)*" in considerazione delle specifiche esigenze assistenziali dei nuclei/ospiti con disabilità.

In sintesi, il CRGD costituisce una tipologia di offerta per la quale lo *standard* assistenziale si assesta, come detto, su un livello di maggiore impegno di risorse professionali sanitarie e socio-sanitarie rispetto a quello della RSA per persone con disabilità. Correlativamente, il valore della quota giornaliera di rilievo sanitario, già aggiornato dall'Allegato D alla DGR n. 2621 del 18/12/2012, veniva confermato in 95,00 € *procapite*.

Con DGR n. 244 del 3/3/2015 recante "*Prestazioni residenziali extraospedaliere ad alta intensità assistenziale per persone con disabilità ai sensi della DGR n. 40 del 2013. Definizione delle tipologie di offerta ed approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, ad integrazione della DGR n. 84 del 2007, ai sensi della LR 16/8/2002, n. 22*" venivano definitivamente stabilite le condizioni e le procedure *ex* LR n. 22 del 2002 necessarie a completare il sistema delle unità di offerta della residenzialità extraospedaliera per persone con disabilità nella prospettiva del superamento delle "*Grandi Strutture*".

Nel quadro dei provvedimenti richiamati e ad integrazione dei percorsi valutativi, con DGR n. 1804 del 6/10/2014 recante "*Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR n. 2960 del 2012. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento*" veniva, tra l'altro, approvato l'algoritmo di calcolo dei punteggi segnaletici dei livelli di gravità (severità delle menomazioni/limitazioni) e di funzionamento (interazione con l'ambiente). Metodologia attraverso la quale i punteggi di sintesi ottenuti dalle rilevazioni effettuate da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) sulle variabili ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) riprese nella scheda SVaMDi, vengono ponderati e riassunti in un indicatore finale fondamentale nel processo di allocazione delle risorse assistenziali previste dalla programmazione regionale. Si ricorda, inoltre, che al fine di garantire la massima efficienza allocativa delle risorse, il sistema della presa in carico degli utenti-ospiti, mediante progetti di assistenza individuali, prevede la ripetizione periodica, con cadenza predeterminata ovvero secondo necessità, della valutazione multidimensionale così da verificare e mantenere nel tempo la corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

Con successivi Decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 216 del 18/12/2014 e n. 18 del 22/1/2015 venivano stabilite le soglie di punteggio per la classificazione degli utenti-ospiti rispetto ai livelli di bisogno assistenziale. In particolare veniva individuata la soglia (9 punti) discriminante gli utenti-ospiti bisognevoli di alta intensità assistenziale (punteggio pari o superiore a 9) da quelli di media intensità assistenziale (punteggio inferiore a 9).

Il processo di sviluppo dell'offerta residenziale extraospedaliera a favore delle persone con disabilità disciplinato dai provvedimenti programmatori sin qui richiamati (in particolare: DGR n. 751 del 2000 e DGR n. 4589 del 2007), che si ricorda hanno previsto, da un lato, la diffusione sul territorio regionale di una rete di offerta articolata su "*strutture a dimensione familiare*" e, dall'altro, la presenza di alcuni "*centri di riferimento sovrazionali al fine di dare risposte appropriate a bisogni assistenziali socio-sanitari molto complessi e riconoscendo una specificità di accoglienza a elevata intensità assistenziale*", evidenzia uno stato di attuazione per il quale il 50% circa delle persone con disabilità assistite in regime residenziale risultano accolte all'interno delle CA (massimo 10 posti) e la rimanente metà nelle unità di offerta CR (massimo 20 posti), RSA (minimo 20 posti, massimo 40 posti) e CRGD (minimo 12 posti, massimo 40 posti). Rileva, inoltre, che il 58% di questa rimanente metà risulta accolto nelle CR, RSA e CRGD aggregate nelle *ex* "*Grandi Strutture*". Con riferimento alle istituzioni di grandi dimensioni: Istituti Polesani di Ficarolo (RO), Istituto Divina Provvidenza di Sarmede di Rubano (PD) e Istituti Pii di Rosà (VI), che assorbono oltre il 90% degli ospiti delle *ex* "*Grandi Strutture*", può, altresì, considerarsi perseguito l'obiettivo della presenza nella rete di offerta di alcuni centri deputati alla "*accoglienza residenziale per persone con particolari e specifiche necessità assistenziali, a carattere sovrazionale o regionale*".

L'analisi degli ospiti accolti nelle CA, RSA e CR per livello di gravità e intensità assistenziale e tutelare evidenzia le seguenti distribuzioni:

CA RSA CR

- ospiti a elevata intensità (punteggio pari o superiore a 9) 2% 8% 7%
- ospiti a media intensità, di cui:
- ospiti di 1° livello assistenziale (punteggio tra 6 e 9) 35% 67% 30%
- ospiti di 2° livello assistenziale (punteggio tra 2,5 e 6 compreso) 51% 24% 61%
- ospiti di 3° livello assistenziale (punteggio fino a 2,5 compreso) 12% 1% 2%

Al riguardo, si richiamano i requisiti con i relativi *standard* fissati dall'Allegato A alla DGR n. 84 del 2007 per le CA, RSA e CR e nello specifico i seguenti:

Comunità Alloggio (CA - "persone adulte con disabilità")

Requisito: (CA-DIS - au -1.1)

"Il rapporto numerico tra figure con funzione di assistenza ed educazione e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di:

- *una unità di operatore socio sanitario ogni 1,8 ospiti;*
- *una unità di personale con funzione di educatore-animatore per ogni nucleo di 10 ospiti.*

Nella Comunità Alloggio deve essere assicurata la presenza di personale durante tutto l'arco delle 24 ore.

Nella Comunità deve essere garantita la funzione di gestione amministrativa e di gestione alberghiera (mensa, lavanderia e pulizia)".

"Deve essere inoltre garantita dall'Azienda ULSS la presenza programmata di infermieri professionali e/o personale della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, etc.), di personale di assistenza sociale o psicologica, in relazione alle esigenze specifiche dell'utenza ospitata ... In particolare gli standard di riferimento sono:

- *0,2 del monte ore annuo di un assistente sociale ogni 10 disabili;*
- *0,5 del monte ore annuo di uno psicologo ogni 10 disabili".*

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA - "disabili gravi")

Requisito: (RSA-DIS-au-1.1.1-2)

"La dotazione organica della RSA deve essere tale da garantire la presenza di:

- *una unità di personale con funzione di assistenza socio-sanitaria ogni 1,4 ospiti. Complessivamente tra gli operatori addetti all'assistenza devono essere presenti almeno 2 persone con qualifica di OSS-S per turno;*
- *una unità di personale con funzione di educatore-animatore per ciascun nucleo di 20;*
- *un infermiere ogni 20 ospiti.*

La turnazione degli operatori in pianta organica deve comunque essere tale da garantire durante la notte (nella fascia oraria: 22.00 - 06.00) almeno un operatore per nucleo".

"Deve essere inoltre garantita dall'Azienda ULSS la presenza programmata di personale medico, personale della riabilitazione per esigenze specifiche dell'utenza ospitata ... In particolare, gli standard di riferimento sono:

- *un assistente sociale ogni 40 utenti,*
- *uno psicologo ogni 40 utenti".*

Requisito: (RSA-DIS-au-1.5)

"L'Ente Gestore deve garantire la funzione di coordinamento all'interno della RSA per disabili. Tale funzione deve essere chiaramente distinta dalla funzione educativa.

La funzione può essere svolta da uno degli operatori se in possesso del titolo di laurea specialistica in area socio - psico - pedagogica, salvaguardando le situazioni esistenti".

Comunità Residenziale (CR - "disabili gravi e gravissimi")

Requisito: (C-DIS-G-au-1.1)

"Il rapporto numerico tra figure con funzione di assistenza ed educazione e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di:

- una unità di personale con funzione di assistenza socio-sanitaria ogni 1,2 ospiti. Complessivamente tra gli operatori addetti all'assistenza devono essere presenti almeno due persone con qualifica di OSS-S;*
- due unità di personale educatore-animatore di cui uno con funzione di coordinatore ogni 20 ospiti".*

"Deve inoltre essere garantita dall'Azienda ULSS la presenza programmata di personale medico e medico specialistico, dello psicologo e dell'assistente sociale ... Deve essere garantita la presenza adeguata di personale infermieristico - riabilitativo in relazione al bisogno dell'utenza"

Requisito: (C-DIS-G-au-1.5)

"L'Ente Gestore deve garantire la funzione di coordinamento all'interno della Comunità Residenziale. Tale funzione deve essere chiaramente distinta dalla funzione educativa.

La funzione può essere svolta da uno degli operatori se in possesso del titolo di laurea specialistica in area socio - psico - pedagogica, salvaguardando le situazioni esistenti".

Si richiamano, inoltre, le determinazioni regionali in materia tariffaria, introdotte nel sistema della residenzialità extraospedaliera con DGR n. 4589 del 2007, le quali prevedono che la quota di rilievo sanitario differenziata per livello di gravità, vale a dire: € 56,00 per il 1° livello, € 49,00 per il 2° livello e € 34,98 per il 3° livello (come stabilite dall'ultimo aggiornamento effettuato con DGR n. 1673 del 22/6/2010), sia riconosciuta alla persona con disabilità in relazione al suo bisogno assistenziale e che, quest'ultima, possa essere *"accolta in una delle unità di offerta previste dalla DGR n. 84 del 2007 previa certificazione da parte dell'Azienda ULSS che la struttura accreditata risulta adeguata ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto individuale"*. Ai soli ospiti classificati ad elevata intensità assistenziale è riconosciuta una quota di rilievo sanitario specifica di € 95,00 (DGR n. 2621 del 2012) correlata ad uno *standard* di personale sanitario e socio-sanitario espresso in termini di minutaggio settimanale *procapite* determinato ai sensi della DGR n. 244 del 2015. Il valore ultimo delle tariffe residenziali, comprensive cioè anche della quota sociale, risulta dall'applicazione ai suddetti valori delle disposizioni LEA di cui alla DGR n. 2227 del 9/8/2002 recante *"DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"*. *Disposizioni applicative. Secondo provvedimento"* e alla DGR n. 3972 del 30/12/2002 recante *"DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Disposizioni applicative. Terzo provvedimento"*.

Con riferimento alle evidenze su riportate in ordine alle effettive condizioni di gravità degli ospiti accolti nelle CA (*"persone adulte con disabilità"*: 35% di 1° livello e 51% di 2° livello), nelle RSA (*"disabili gravi"*: 67% di 1° livello e 24% di 2° livello) e CR (*"disabili gravi e gravissimi"*: 30% di 1° livello e 61% di 2° livello), risulta che le regole di configurazione degli *standard*, di individuazione della unità di offerta residenziale e di determinazione tariffaria, sebbene lo *standard* rappresenti un valore minimo, possono generare situazioni di tendenziale rigidità e inefficienze allocative.

In aggiunta, una ulteriore situazione di tendenziale distorsione alla coerenza interna al sistema emerge con riferimento alla relazione di proporzionalità che deve sussistere tra fabbisogno di personale determinato sulla base degli *standard*, così come specificati dai provvedimenti richiamati, e le tariffe e le quote tariffarie di rilievo sanitario sia all'interno di ciascuna unità di offerta sia, comparativamente, tra le diverse tipologie di unità di offerta.

Ne deriva la necessità di una rivisitazione della DGR n. 84 del 2007 finalizzata ad introdurre elementi di maggiore flessibilità gestionale e, più in generale, a ripristinare la coerenza interna al sistema della residenzialità extraospedaliera rispetto alle variabili testé richiamate.

L'ambito di verifica riguarda la fattibilità di una norma tecnica che preveda la possibilità di personalizzare/omogeneizzare gli *standard* agli specifici livelli di intensità assistenziale e tutelare e consenta, quindi, l'adozione di soluzioni organizzative modulate rispetto al tipo di disabilità fisica, psichica o sensoriale degli ospiti, nell'obiettivo di razionalizzare l'impiego delle risorse professionali sanitarie e socio-sanitarie e ottimizzare su queste nuove basi la qualità dei servizi e delle prestazioni.

Un secondo ambito di verifica, strettamente connesso al precedente, riguarda, da un lato, la congruità delle attuali tariffe e quote di rilievo sanitario e, dall'altro, la congruità dell'attuale classificazione delle prestazioni residenziali in oggetto rispetto alle disposizioni in materia di LEA che individuano le quote di costo non finanziabili con le risorse sanitarie.

Su tali basi, seguirà la proposizione delle dovute misure di razionalizzazione e attualizzazione.

L'opportunità di un intervento di aggiornamento della DGR n. 84 del 2007 e di rimodulazione del sistema tariffario previsto dalla DGR n. 4589 del 2007, a distanza di quasi dieci anni dalla loro messa a regime, si qualifica anche in una prospettiva strategica di medio-lungo termine considerato che la Regione del Veneto si troverà ad affrontare l'impatto sul piano epidemiologico (cronicità e invalidità) e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria correlato al progressivo

invecchiamento della popolazione, da cui la proporzionale e urgente necessità di allestire risposte rivolte alle persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali che, nel contempo, siano compatibili con la sostenibilità economica dell'intero sistema sanitario e socio-sanitario regionale. A tale riguardo si riporta il *trend* delle persone con disabilità assistite in regime di residenzialità (CRGD, CR, RSA e CA) negli ultimi 15 anni: 2.509 nel 2002, 2.867 nel 2006 e 3.230 nel 2016, segnalando, peraltro, che quote significative di questi ospiti permangono nelle strutture residenziali in una situazione di dipendenza assoluta per periodi prolungati e superiori ai 20 anni. La stessa LR n. 23 del 29/6/2012 recante "*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016*" con riferimento agli attuali *trend* demografici evidenzia, tra le scelte strategiche della programmazione regionale nell'area della residenzialità extraospedaliera, la necessità di un intervento, anche mediante svolgimenti coordinati e sistematici nel tempo, per "*la rimodulazione delle unità di offerta, sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare progressivamente gli standard previsti dalla LR n. 22 del 2002 alle esigenze assistenziali e alla sostenibilità economica del sistema*".

Si ritiene che tale intervento, sostanziandosi di fatto nella revisione dei requisiti e *standard* di autorizzazione e di accreditamento istituzionale, debba svilupparsi attraverso una fase sperimentale, accompagnata da eventuali approfondimenti *in fieri*, durante la quale testare l'idoneità della revisione proposta, sulla base di riscontri oggettivi, da cui possano emergere eventuali indicazioni finalizzate a migliorare le soluzioni applicative dei nuovi *standard* sul piano gestionale, nell'obiettivo di coniugare efficacemente le predette esigenze: risposta qualitativamente adeguata a una domanda crescente e sempre più contraddistinta da problematiche composite e diversificate, modalità di allocazione delle risorse anche attraverso la previsione di nuclei specializzati per tipologia assistenziale e tutelare opportunamente aggregati in unità di offerta all'interno di moduli strutturali funzionali ad un utilizzo razionale delle risorse e controllo degli impatti economici sulla sostenibilità di sistema, anche alla luce del fatto che l'ultimo aggiornamento del valore delle quote di rilievo sanitario, come già ricordato, risale al 2010 (DGR n. 1673 del 2010).

In tale contesto, appare opportuno verificare l'applicazione della metodologia di determinazione del fabbisogno di personale *standard* basata sul "*minutaggio settimanale minimo garantito*" di assistenza, in via prioritaria, alle unità di offerta RSA e CR, al fine di superare il più rigido parametro calcolato sul rapporto tra figure professionali e ospiti. Segnalando, in particolare, che la formula del minutaggio minimo offre una soluzione di maggiore garanzia e certezza per la qualità delle prestazioni residenziali erogate, rispetto a quella basata sul rapporto tra operatori e ospiti, essendo quest'ultimo parametro di fatto soggetto alle oscillazioni dovute alle assenze non previste del personale.

Il modello assistenziale che si propone di sottoporre a sperimentazione prevede una formulazione degli *standard* funzionali coordinata con quelli a maggior carico assistenziale previsti dalla DGR n. 244 del 2015 per i Centri di riferimento per gravi disabilità e disturbi del comportamento con elevata necessità sanitaria (almeno 1.860 minuti settimanali per ospite, di cui 1.680 minuti per l'assistenza diretta e 180 minuti per quella indiretta), e con gli *standard* previsti dalla DGR n. 610 del 29/4/2014 recante "*Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Art. 8, co. 1 della L.R. 29/6/2012, n. 23. Deliberazione n. 179/CR del 30/12/2013*" (minutaggio del personale di assistenza diretta: infermieri e OSS, per l'area omogenea di Medicina interna: almeno 1.330 minuti e per l'area omogenea di Riabilitazione e Lungodegenza: almeno 1.225 minuti).

Esso intende, inoltre, migliorare l'efficacia della risposta ai bisogni degli ospiti, quantificabili in tempo richiesto ai diversi profili professionali, favorendo una maggiore personalizzazione delle prestazioni residenziali mediante opportune riallocazioni delle risorse effettuate in funzione dell'impegno assistenziale e tutelare richiesto dai singoli ospiti/nuclei e coordinate nel sistema attraverso la definizione di regole organizzative per la flessibilità gestionale univoche, codificate e oggettivamente verificabili.

Il modello così configurato prevede gli *standard* minimi di minutaggio assistenziale di seguito riportati da cui derivare l'organizzazione dei turni e il conseguente fabbisogno di personale specificato rispetto ai diversi profili professionali richiesti dalle necessità assistenziali e tutelari degli ospiti.

Si ritiene di testare gli impatti del modello assistenziale con riferimento alle tre seguenti istituzioni di grandi dimensioni: Istituti Polesani di Ficarolo (RO), Istituto Divina Provvidenza di Sarmede di Rubano (PD) e Istituti Pii di Rosà (VI), in considerazione del loro posizionamento nell'ambito della rete dell'assistenza residenziale extraospedaliera per le persone con disabilità così come più sopra descritto e del fatto che esse nel loro insieme assistono il 53% delle persone con disabilità accolte nelle unità di offerta CRGD, CR e RSA presenti nel territorio regionale. Tale scelta è, inoltre, dettata da ragioni connesse all'organizzazione della sperimentazione sotto il profilo delle operazioni di monitoraggio che saranno concentrate e non disperse su una molteplicità di strutture, nonché per la diversificazione delle prestazioni erogate in tali istituzioni che di per sé costituisce un ulteriore potenziale fattore di ottimizzazione da valutare in sede di sperimentazione.

Di seguito si riporta la specificazione del nuovo modello assistenziale di cui si propone l'attuazione attraverso una preliminare fase di sperimentazione:

Titolo

Progetto di aggiornamento dei requisiti funzionali relativi alle unità di offerta RSA e CR nelle *ex "Grandi strutture"*.

Istituti in cui effettuare la sperimentazione

Istituti Polesani di Ficarolo (RO), Istituto Divina Provvidenza di Sarmedola di Rubano (PD) e Istituti Pii di Rosà (VI).

Specificazione del nuovo modello assistenziale

A) Ex "Grande Struttura"

Il presidio fisico in cui è ubicata la *ex "Grande Struttura"* dev'essere organizzato in unità di offerta e nuclei.

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) in *ex "Grande Struttura"*

Servizio residenziale per persone con disabilità, con limitazioni di autonomia sia fisiche che psichiche e sensoriali, nella cui valutazione multidimensionale risulti comunque inequivocabile l'impossibilità dell'assistenza domiciliare o dell'inserimento in altra struttura per persone con disabilità.

La capacità ricettiva è di minimo 20 ospiti, fino ad un massimo di 40, comunque organizzati in nuclei di 20, con possibilità di ulteriore articolazione degli stessi in sezioni specifiche in grado di rispondere ai particolari bisogni degli ospiti.

Requisito: (RSA-DIS - au - 1.1.1-2) per le unità di offerta in sperimentazione

Lo *standard* minimo di personale, espresso in termini di minutaggio assistenziale settimanale per ospite, è fissato in 1.335 minuti. Esso dev'essere garantito attraverso la presenza almeno delle seguenti figure professionali articolate per tipologia di assistenza:

- assistenza diretta: non inferiore a 1.225 minuti, di cui 46 minuti di coordinatore, 92 minuti di infermiere e 1.087 minuti di operatore socio-sanitario;
- assistenza indiretta: non inferiore a 110 minuti, all'interno dei quali vengono garantite almeno le prestazioni erogate da tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali e/o altri profili professionali dell'area riabilitativa.

All'interno della RSA possono essere costituiti, in via sperimentale, uno o più nuclei finalizzati ad ospitare persone con disabilità "grave e gravissima", cui erogare servizi caratterizzati da elevati livelli d'integrazione socio-sanitaria e riabilitativa, adeguando il minutaggio settimanale in assistenza diretta degli operatori socio-sanitari minimo per ospite a 1.250 minuti e prevedendo almeno 150 minuti di assistenza indiretta garantiti da educatori professionali compreso il tempo dedicato alla funzione di coordinamento.

La turnazione degli operatori socio-sanitari deve garantire una modulazione del minutaggio nelle 24 ore conforme al fabbisogno richiesto dalla programmazione giornaliera delle attività. Durante la notte (nella fascia oraria: 22.00 - 06.00) dev'essere garantita la presenza di almeno un operatore per nucleo.

Nell'ambito del presidio fisico le seguenti attività possono essere assicurate in forma centralizzata:

- assistenza infermieristica, al fine di garantire la presenza nelle 24 ore di tale figura professionale;
- attività educativo-animatoria, al fine di ottimizzare e incrementare la presenza giornaliera in ciascun nucleo di 20 ospiti di tale figura professionale.

Rimangono confermate le restanti parti del requisito in esame con la precisazione che la locuzione "*rapporto numerico*" è da intendersi riferita al parametro "*minutaggio assistenziale settimanale minimo per ospite*". Rimane, inoltre, confermato ogni altro requisito previsto per l'unità di offerta RSA dalla DGR n. 84 del 2007, la cui validità è confermata ed estesa anche con riferimento agli eventuali nuclei finalizzati ad ospitare persone con disabilità "grave e gravissima".

B) Comunità Residenziale (CR) in *ex "Grande Struttura"*

Servizio Residenziale per persone con disabilità "grave e gravissima" con limitazioni di autonomia sia fisiche che psichiche e sensoriali, nella cui valutazione multidimensionale risulti comunque inequivocabile l'impossibilità dell'assistenza domiciliare o dell'inserimento in altra struttura per disabili con soglie più basse di protezione. Il servizio è caratterizzato da elevati livelli d'integrazione socio sanitaria e riabilitativa.

La capacità ricettiva è di massimo 20 ospiti, organizzati in gruppi distinti e per patologie compatibili.

Requisito: (C-DIS-G - au - 1.1) per le unità di offerta in sperimentazione

Lo *standard* minimo di personale, espresso in termini di minutaggio assistenziale settimanale per ospite, è fissato in 1.400 minuti. Esso dev'essere garantito attraverso la presenza almeno delle seguenti figure professionali articolate per tipologia di assistenza:

- assistenza diretta: non inferiore a 1.250 minuti garantiti da operatori socio-sanitari;
- assistenza indiretta: non inferiore a 150 minuti garantiti da educatori professionali compreso il tempo dedicato alla funzione di coordinamento.

La turnazione degli operatori socio-sanitari deve garantire una modulazione del minutaggio nelle 24 ore conforme al fabbisogno richiesto dalla programmazione giornaliera delle attività. Durante la notte (nella fascia oraria: 22.00 - 06.00) dev'essere garantita la presenza di almeno un operatore per nucleo.

Nell'ambito del presidio fisico l'attività educativo-animatoria può essere assicurata in forma centralizzata, al fine di ottimizzare e incrementare la presenza giornaliera in ciascuna CR di tale figura professionale.

Rimangono confermate le restanti parti del requisito in esame con la precisazione che la locuzione "*rapporto numerico*" è da intendersi riferita al parametro "*minutaggio assistenziale settimanale medio per ospite*".

Rimane, inoltre, confermato ogni altro requisito previsto per l'unità di offerta CR dalla DGR n. 84 del 2007.

C) Criterio generale di flessibilità

Per entrambe le unità di offerta: RSA e CR, il minutaggio effettivo dovrà essere commisurato alle particolari esigenze assistenziali degli ospiti, come identificate nei progetti di assistenza individuali determinati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM-D). A tal fine sono ammesse variazioni e compensazioni tra le figure afferenti alle varie aree professionali così da creare le condizioni operative per adeguare l'entità degli interventi sanitari, assistenziali e tutelari in funzione del raggiungimento degli obiettivi dei progetti individuali. In questa fase, si ritiene che dette variazioni possano oscillare in un intorno del $\pm 20\%$ rispetto ai singoli minutaggi parziali su indicati, mentre si ritiene di mantenere fermo il minutaggio minimo complessivo per ospite.

Fasi di sviluppo e monitoraggio della sperimentazione

Il progetto di aggiornamento del modello assistenziale testé delineato, prevede l'istituzione di un apposito tavolo di monitoraggio a cui affidare il compito di seguire l'andamento della sperimentazione. In tale sede dovranno essere analizzati i risultati *in fieri*, nonché ogni eventuale proposta di revisione e specificazione degli *standard* funzionali finalizzata a migliorare la ripartizione del minutaggio rispetto ai principali profili professionali e/o ai nuclei/sezioni dedicati a tipologie di ospiti particolari. In ogni caso, le verifiche del tavolo di monitoraggio dovranno distinguere gli ospiti almeno nelle macro categorie della disabilità fisica, psichica e sensoriale, in modo tale da valutare proposte specifiche di adeguamento della risposta assistenziale e tutelare ai bisogni degli ospiti secondo efficienza e sicurezza. In tale prospettiva, potranno essere considerate ipotesi di specializzazione delle strutture rispetto a determinate tipologie di ospiti, in considerazione delle capacità professionali e organizzative dimostrate nei processi di presa in carico, realizzazione, monitoraggio e valutazione dei progetti individuali di queste specifiche tipologie di utenti-ospiti. Il tavolo di monitoraggio procederà, inoltre, ad effettuare verifiche sistematiche in ordine al rispetto degli *standard* stabiliti, anche a seguito degli eventuali adattamenti autorizzati in corso di sperimentazione, avvalendosi delle Aziende ULSS di riferimento, anche per le ispezioni *in loco*.

In fase di sperimentazione il tavolo di monitoraggio procederà, altresì, a verificare la fattibilità dell'inserimento degli Istituti in oggetto nella rete delle strutture residenziali idonee ad accogliere pazienti sottoposti a "*libertà vigilata*" o "*licenza finale di esperimento*", ai fini dell'attuazione dei protocolli d'intesa tra la Regione del Veneto e le autorità giudiziarie competenti ai sensi della Legge 30/5/2014, n. 81 recante "*Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 31/3/2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*", nell'obiettivo di favorire misure e percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati ed esterni alle Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Durata della sperimentazione

La durata della sperimentazione è fissata in 12 mesi decorrenti dall'1/1/2018, salvo eventuali periodi di proroga ritenuti necessari.

Stante la rilevanza programmatica, si ritiene di sottoporre i risultati della sperimentazione e la determinazione finale del modello assistenziale al parere della competente Commissione consiliare, comprese le valutazioni in ordine alla congruità sia delle attuali quote di rilievo sanitario sia della attuale classificazione delle prestazioni residenziali in oggetto rispetto alle

disposizioni in materia di LEA e la proposizione delle dovute misure di razionalizzazione e attualizzazione.

Per le unità di offerta non soggette a sperimentazione continuano ad applicarsi gli *standard* previsti dalla DGR n. 84 del 2007.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Visto l'art. 3, co. 3 Legge 5/2/1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge 30/5/2014, n. 81;

Visto il DPCM 29/11/2001 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la LR 16/8/2002, n. 22 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la LR 29/6/2012, n. 23 e successive modifiche ed integrazioni;

Richiamata la DGR n. 2034 del 10/5/1994;

Richiamata la DGR n. 751 del 10/3/2000;

Richiamata la DGR n. 2537 del 4/8/2000;

Richiamata la DGR n. 2473 del 6/8/2004;

Richiamata la DGR n. 2501 del 6/8/2004;

Richiamata la DGR n. 3855 del 3/12/2004;

Richiamata la DGR n. 84 del 16/1/2007;

Richiamata la DGR n. 4589 del 28/12/2007;

Richiamata la DGR n. 4208 del 30/12/2008;

Richiamata la DGR n. 2621 del 18/12/2012;

Richiamata la DGR n. 40 del 21/1/2013;

Richiamata la DGR n. 610 del 29/4/2014;

Richiamata la DGR n. 1804 del 6/10/2014;

Richiamata la DGR n. 244 del 3/3/2015;

Visto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 216 del 18/12/2014;

Visto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 18 del 22/1/2015;

delibera

1. Di considerare le premesse parte integrante del presente provvedimento;
2. Di approvare il progetto di aggiornamento dei requisiti funzionali relativi alle unità di offerta Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Comunità Residenziali (CR) nelle *ex "Grandi strutture"*: Istituti Polesani di Ficarolo (RO), Istituto Divina Provvidenza di Sarmedda di Rubano (PD) e Istituti Pii di Rosà (VI) secondo le specifiche riportate in premessa;
3. Di avviare dall'1/1/2018 la sperimentazione del nuovo modello assistenziale di cui al precedente punto 2 per un periodo di 12 mesi, eventualmente prorogabile;
4. Di stabilire che la sperimentazione del nuovo modello assistenziale oggetto del presente provvedimento sia monitorata attraverso la costituzione di un apposito Tavolo tecnico di monitoraggio cui sono affidati i compiti specificati e riportati in premessa;
5. Di demandare al Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale la costituzione del Tavolo tecnico di monitoraggio di cui al precedente punto 4;
6. Di stabilire che per le unità di offerta in sperimentazione all'interno delle *ex "Grandi strutture"* i requisiti funzionali (RSA-DIS - au - 1.1.1-2) e (C-DIS-G - au - 1.1) previsti dalla DGR n. 84 del 16/1/2007 sono sospesi per tutto il periodo della sperimentazione;
7. Di stabilire che per le unità di offerta in sperimentazione all'interno delle *ex "Grandi strutture"* per tutto il periodo della sperimentazione i procedimenti di autorizzazione all'esercizio faranno riferimento ai nuovi requisiti funzionali (RSA-DIS - au - 1.1.1-2) e (C-DIS-G - au - 1.1) indicati nel progetto di cui al precedente punto 2 secondo le specifiche riportate in premessa;
8. Di stabilire che per le unità di offerta non soggette a sperimentazione continuano ad applicarsi i requisiti funzionali previsti dalla DGR n. 84 del 16/1/2007;
9. Di stabilire che i risultati della sperimentazione e la determinazione finale del nuovo modello assistenziale di cui al presente provvedimento verranno approvati previo parere della competente Commissione consiliare in ordine ai seguenti punti:

- ◆ *standard* minimi del personale in termini di minutaggio assistenziale settimanale per ospite;
- ◆ classificazione delle prestazioni residenziali oggetto del presente provvedimento rispetto alle disposizioni in materia di LEA;
- ◆ livelli tariffari e quote di rilievo sanitario;

10. Di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio regionale;
11. Di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.lgs. 14/3/2013, n. 33;
12. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.