



Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

N. 00089 del **10 NOV. 2010**

Proposta n. 18584 del 28/10/2010

Oggetto:

Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale.

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

POCHESCI FEDERICA

FEDERICA POCHESCI

V. MANTINI

Il Direttore Regionale

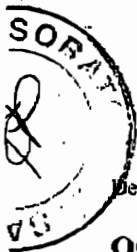
M. CIPRIANI

Il Direttore del Dipartimento

G. MAGRINI

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

M. MORLACCO



LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

Decreto n. 00089/2010 DEL 10/11/2010

OGGETTO: Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale.

LA PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO che con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008, n. 3743 il dr. Mario Morlacco è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

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 dei livelli essenziali di assistenza";

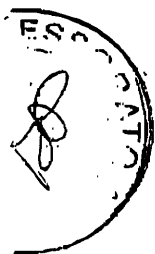
VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 che all'art. 26 stabilisce che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale delle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali sono da erogarsi a carico delle Aziende Sanitarie Locali;

VISTE le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 1998;

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

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 15 febbraio 2000, n. 398 "Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art. 26 L. 833/78";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 19 dicembre 2000, n. 2591 "Centri di riabilitazione convenzionati ai sensi dell'art. 26 Legge 833/78. Accreditamento sperimentale" e successive modificazioni ed integrazioni;



Segue decreto n. 00089/2010

LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 10 maggio 2002, n. 583 "Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 4 agosto 2005 n. 731 "Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 22 marzo 2006, n. 143 "Ripartizione nei livelli di assistenza del Fondo Sanitario Regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa e territoriale";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 19 giugno 2007 n. 435 "Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale";

VISTA la legge 3 marzo 2009, n. 18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità";

VISTA la legge 11 marzo 1988, n. 67 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005), con particolare riferimento all'art. 20 "Disposizioni in materia sanitaria";

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" ed in particolare l'art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico - finanziario, l'obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della legge finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art. 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - di un apposito accordo con i Ministri dell'Economia e della Salute che individui gli

2

LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTA la legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" e, in particolare l'art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 - 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l'accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell'Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell'art.1, comma 180, della L. n.311/04, accordo comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Nuovo Patto per la Salute 2010 - 2012 con la quale, all'art. 13 comma 14, si stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo Patto, restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010);

VISTA la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";

VISTA la L.R. 28 dicembre 2006, n. 27 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)" e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del Patto nazionale sulla salute;

VISTA la L.R. 11 agosto 2008, n. 14 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio";

VISTA la L.R. 10 agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio";

VISTO il R.R. 26 gennaio 2007, n. 2 "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali);

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 14 luglio 2006, n. 424 e s.m.i. "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie";

VISTE le deliberazioni della Giunta regionale

- ✓ 12 febbraio 2007, n.66 concernente "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004"

Segue decreto n. 00089/2010

LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

- ✓ 6 marzo 2007, n. 149 avente ad oggetto "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 87 del 18 dicembre 2009 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 95 del 29 dicembre 2009 "Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (D.P.C.M. 29 novembre 2001)" che prevede tra l'altro l'istituzione di un gruppo tecnico di lavoro;

VISTA la determinazione n. D0458 del 10 febbraio 2010 "Istituzione e nomina dei componenti del Gruppo Tecnico di Lavoro ai sensi del Decreto del Commissario *ad acta* n. 95 del 29 dicembre 2009 "Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (D.P.C.M. 29 novembre 2001)";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 17 del 9 marzo 2010 "Atto ricognitivo di cui al decreto commissariale n. U0096/2009, Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A numero 1 della LR 4/2003";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 48 del 31 maggio 2010 "Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 51 del 1 luglio 2010 "Decreto del Commissario *ad acta* U0095/2009 "Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa" (D.P.C.M. 29 novembre 2001). Decorrenza ed ulteriori disposizioni";

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale del 7 agosto 2010 n. 380 "Decreti U0095/2009 e U0051/2010 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni per la partecipazione alla spesa per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Criteri e modalità.";

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 80 del 30 settembre 2010 "Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 82 del 30 settembre 2010 "Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al decreto del Commissario *ad acta* n. 87/2009";

TENUTO CONTO che il succitato decreto commissariale n. 48/2010 nell'allegato, al capitolo "Riorganizzazione dell'offerta di Assistenza riabilitativa extraospedaliera alle persone con disabilità (ex articolo 26, L. 833/1978) a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa" prevede la rimodulazione/riqualificazione dell'offerta nell'ottica della sempre migliore appropriatezza;

LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

CONSIDERATO che il sopramenzionato decreto prevede, inoltre, di adottare i seguenti provvedimenti:

- ✓ Provvedimento di definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale (entro 31 ottobre 2010);
- ✓ Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento ex art. 26. (entro 31 dicembre 2010);

CONSIDERATO che il gruppo tecnico di lavoro, istituito ai sensi del decreto Commissariale n. 95/2009, riunitosi regolarmente nel periodo da febbraio 2009 a settembre 2010, ha prodotto un documento tecnico relativo alla rimodulazione/riqualificazione dell'offerta riabilitativa, sul territorio laziale, nei diversi regimi assistenziali;

RITENUTO OPPORTUNO approvare con il presente provvedimento il documento che, alla luce del lavoro elaborato dal gruppo tecnico ai sensi del decreto 95/2009, individua il fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento nonché i criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai diversi regimi assistenziali;

RITENUTO OPPORTUNO altresì di stabilire che la riprogrammazione dell'offerta assistenziale estensiva dovrà avvenire a conclusione del complessivo riordino dell'assistenza riabilitativa, prioritariamente attraverso la riconversione di ospedali pubblici dismessi, preferibilmente nei territori aziendali che attualmente ne sono privi o carenti;

RITENUTO OPPORTUNO di confermare quanto previsto nel decreto commissariale 17/2010, al punto "Presidi e Centri ambulatoriali di riabilitazione (ex. art. 26)", sino all'adozione del Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento ex art. 26 (entro il 31 dicembre 2010);

CONSIDERATO che il documento allegato al presente provvedimento è propedeutico alla stesura del "Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento ex art. 26, L. 833/78 (entro il 31 dicembre 2010)";

RAVVISTA la necessità di confermare, per l'elaborazione del Piano sopracitato, il gruppo tecnico istituito ai sensi del decreto commissariale 95/2009;

RAVVISATA altresì la necessità di avviare la consultazione con gli organismi maggiormente rappresentativi dei soggetti erogatori, così come previsto dal succitato decreto commissariale n. 95/2009.

DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento

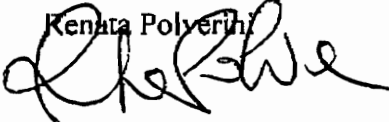
1. di approvare il documento allegato "Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale";

Segue decreto n. 00089/2010

LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

2. di stabilire che la riprogrammazione dell'offerta assistenziale estensiva dovrà avvenire a conclusione del complessivo riordino dell'assistenza riabilitativa, prioritariamente attraverso la riconversione di ospedali pubblici dismessi, preferibilmente nei territori aziendali che attualmente ne sono privi o carenti;
3. di confermare quanto previsto nel decreto commissariale 17/2010, al punto "Presidi e Centri ambulatoriali di riabilitazione (ex. art. 26)", sino all'adozione del "Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento ex art. 26, L. 833/78 (entro il 31 dicembre 2010)";
4. di confermare, per l'elaborazione del Piano sopracitato, il gruppo tecnico istituito ai sensi del decreto commissariale 95/2009.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Renata Polverini




Definizione fabbisogni
assistenziale_criteri

ALLEGATO AL DECRETO 00089/2010



**DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE PER I COMPARTI
RIABILITATIVI DI TIPO ESTENSIVO E DI MANTENIMENTO E DEI CRITERI
PER L'ACCESSO E LA DIMISSIONE AI/DAI REGIMI RESIDENZIALE,
SEMIRESIDENZIALE, NON RESIDENZIALE**



FABBISOGNO ASSISTENZIALE PER I COMPARTI RIABILITATIVI DI TIPO ESTENSIVO E DI MANTENIMENTO

REGIME RESIDENZIALE

L'offerta riabilitativa estensiva e di mantenimento in regime residenziale provvisoriamente accreditata ammonta a 1830 p.l., di cui 635 in modalità estensiva e 1195 in modalità di mantenimento. Non risultano essere al momento attivi 41 p.l. accreditati (28 estensivi e 13 di mantenimento).

Le Unità Cliniche di Valutazione delle ASL (istituite ai sensi della DGR 143/2006) con verifica puntuale effettuata su mandato dei competenti Organi regionali, hanno rilevato i bisogni sanitario, riabilitativo e sociale degli ospiti attualmente in carico ai Centri di riabilitazione ex articolo 26, L. n. 833/78. Nello specifico, sono stati rilevati livelli di inappropriata nella modalità di erogazione dei progetti riabilitativi, soprattutto in modalità estensiva; è risultato, infatti, che la maggior parte degli ospiti risiede permanentemente nei Centri di riabilitazione, non essendo disponibile un valido nucleo familiare di riferimento e per i quali non è ipotizzabile una diversa collocazione. Si discostano da questa situazione alcune realtà che presentano la turnazione dell'utenza.

In relazione a quanto sopra e in base all'analisi dei dati derivati dal Sistema informativo dedicato, la Regione procede alla rimodulazione dell'offerta, tenendo conto anche delle indicazioni derivanti dalle linee guida/protocolli operativi nazionali sulla riabilitazione e del modello bio-psico-sociale nel definire percorsi di vita per le persone con disabilità (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità).

Nella **tabella 1** è riportato il bisogno osservato sugli ospiti valutati, ricondotto alle tipologie assistenziali necessitanti.

Tabella 1. Offerta regionale e bisogno osservato sugli ospiti attualmente in carico

635	1195	204	99	882	604	41	

* comprensivo del p.l. non attivi

Il totale dei posti (1830) non comprende p.l. afferenti al Consorzio Ri.Rei (D.G.R. 702/2008 - D.G.R. 65/2010)

Fabbisogno di Riabilitazione estensiva

Per Riabilitazione estensiva si intende *"l'attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito (di norma entro sei mesi dalla dimissione ospedaliera e/o dalla riacutizzazione o recidiva dell'episodio patologico)"*.

Nonostante dalle verifiche effettuate risulti che sono appropriatamente utilizzati 204 p.l., che non ne sono stati attivati 28 estensivi, che 60 estensivi sono utilizzati in diversa modalità di erogazione e che 343 sono da ricondurre a diversi setting assistenziali (**tabella 2**) si ritiene, al fine di rispondere a ulteriori bisogni di riabilitazione estensiva determinati anche dall'incremento delle disabilità derivanti da patologie dell'età anziana, quando non è indicato trattarle in ambito ospedaliero, che il fabbisogno regionale di riabilitazione

estensiva in regime residenziale sia pari a 635 p.l., cioè sovrapponibile all'attuale offerta. Tuttavia la riprogrammazione dell'offerta assistenziale estensiva dovrà avvenire a conclusione del complessivo riordino dell'assistenza riabilitativa, prioritariamente attraverso la riconversione di ospedali pubblici dismessi, preferibilmente nei territori aziendali che attualmente ne sono privi o carenti.

Tabella 2. Offerta e Fabbisogno posti letto estensivi

Offerta		Fabbisogno			Offerta		Fabbisogno
Posti letto	Posti letto	Posti letto	Posti letto	Posti letto	Posti letto	Posti letto	Posti letto
635	204	6	337	0	28	60	635

Fabbisogno Riabilitazione di mantenimento

Per Riabilitazione di mantenimento si intende l'attività "finalizzata al mantenimento della progressione della disabilità e pertanto caratterizzata da diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari integrati con l'attività di riabilitazione sociale".

Si ritiene che attualmente il fabbisogno regionale sia soddisfatto con 99 p.l. derivati dalla rimodulazione di 6 posti letto estensivi e dalla conferma di 93 p.l. di mantenimento (tabella 3); tale riduzione rispetto all'attuale offerta accreditata è effettuata alla luce del fatto che, come verificato dalle UCV, la maggior parte dei soggetti in carico ai Centri di riabilitazione esprime necessità cui è possibile rispondere con tipologie assistenziali differenti.

Tabella 3. Offerta e Fabbisogno posti letto di mantenimento

Offerta	Fabbisogno	Offerta	Fabbisogno
1195*	93	6	99

*comprensivi dei p.l. non attivi (13)

Fabbisogno Residenze protette per persone con disabilità

I risultati della verifica sanitaria e socio-sanitaria delle UCV depongono per la riconduzione di una consistente quota parte dell'attuale offerta accreditata (estensiva e mantenimento) in Residenze protette per persone con disabilità come da articolazione prevista a livello nazionale, tenuto conto dei bisogni sanitario, riabilitativo e sociale dei soggetti presenti nei Centri di riabilitazione. Dette Residenze si caratterizzano per carichi assistenziali differenti, definiti in base ai parametri di disabilità che le diverse dimensioni diagnostiche e di disabilità sociale implicano e prendono il nome di:

Residenze protette per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale – RD4
Residenze protette per persone con disabilità a basso carico assistenziale – RDS

Tuttavia l'analisi dei dati riferiti alle liste di attesa, ancorché parziali, depono per un fabbisogno di residenzialità protetta per persone con disabilità di almeno il 30% in più rispetto all'offerta successiva alla



rimodulazione (tabelle 4 e 5). Tale eventuale incremento va realizzato riequilibrando l'offerta nei territori aziendali che attualmente ne sono privi o carenti.

Tabella 4. Rimodulazione attuale offerta in residenzialità protetta per persone con disabilità

635	1195	2507	337	0	545	604

*1830 =compreso i p.l. non attivi (41)

Tabella 5. Stima fabbisogno residenzialità protetta (RD4-RD5) per ASL

ASL	RD4		RD5		RD4+RD5	Popolazione	Stima fabbisogno complessivo (RD4+RD5) - Residenzialità protetta	Fabbisogno non soddisfatto				
	RD4	RD5	RD4	RD5				RD4+RD5	RD4+RD5	RD4+RD5	RD4+RD5	RD4+RD5
RM A	-	-	-	-	0	492.389	166	166	111	55		
RM B	3	0	18	50	71	690.712	237	166	110	56		
RM C	35	0	14	26	75	637.747	185	110	72	37		
RM D	31	0	124	85	240	560.600	192	-48	-32	-16		
RM E	40	0	149	228	417	518.429	178	-239	-159	-80		
RM F	69	0	78	84	209	307.987	106	-103	-68	-35		
RM G	0	0	65	58	143	476.586	163	20	13	7		
RM H	63	0	33	16	102	634.605	183	81	54	27		
VT	84	0	22	68	184	315.523	108	-76	-50	-26		
RI	0	0	0	0	0	159.018	55	55	37	18		
LT	12	0	14	9	35	545.217	187	162	101	61		
FR	0	0	10	0	10	498.917	170	160	106	54		
						4.327.000	1.800	1.400	280	120		

* Stima di fabbisogno complessivo meno fabbisogno soddisfatto

Si precisa che il "fabbisogno non soddisfatto" evidenziato nelle colonne della tabella 5 potrebbe subire delle modifiche successivamente al processo di riconversione delle strutture attualmente accreditate.

REGIME SEMIRESIDENZIALE

L'offerta di riabilitazione extraospedaliera in regime semiresidenziale provvisoriamente accreditata ammonta a 2457 posti, di cui 1321 in modalità estensiva e 1136 in modalità di mantenimento. Non risultano essere al momento attivi 100 posti accreditati (75 estensivi e 25 di mantenimento). Inoltre, nel corso della verifica si è rilevato che due strutture non hanno utilizzato soltanto quota parte dei posti accreditati (complessivamente 87)

Le Unità Cliniche di Valutazione delle ASL, in seguito alla verifica effettuata su mandato dei competenti Organi regionali, hanno rilevato una situazione analoga a quella osservata nel regime residenziale, ovvero che la maggior parte dei soggetti, in ambedue le modalità di erogazione degli interventi, frequenta da anni i Centri di riabilitazione, anche per concomitanti problematiche sociali; si discostano da tale situazione alcune realtà che presentano la turnazione dell'utenza.

In relazione a quanto sopra la Regione procede alla rimodulazione dell'offerta semiresidenziale, tenendo conto delle indicazioni derivanti dalle linee guida nazionali e del modello bio-psico-sociale nel definire percorsi di vita per le persone con disabilità.

Nella **tabella 6** è riportato il bisogno osservato sugli ospiti valutati, ricondotto alle tipologie assistenziali necessitanti.

Tabella 6. Offerta regionale e bisogno osservato sugli ospiti attualmente in carico

1321	1136	2457	365	102	1067	736	187	

* comprensivo dei p.l. non attivi

Il totale dei posti (2457) non comprende i posti afferenti al Consorzio Ri.Rei (D.G.R. 702/2008 - D.G.R. 65/2010)

Fabbisogno Posti riabilitazione estensiva

Fermo restando la definizione di riabilitazione estensiva precedentemente espressa, si ritiene che l'attuale offerta assistenziale sia sovrastimata, esprimendo la popolazione attualmente presente nei Centri di riabilitazione esigenze assistenziali differenti; pertanto il fabbisogno regionale di riabilitazione estensiva in regime semiresidenziale è ricondotto a 365 posti (**tabella 7**) di cui alla verifica delle UCV.

Tabella 7. Offerta e Fabbisogno posti estensivi

1321*	365	365

*compreso i posti non attivi

Tabella 10. Stima fabbisogno Centri semiresidenziali per persone con disabilità (SD4-SD5) per ASL

ASL	Fabbisogno complessivo		Fabbisogno soddisfatto		Totale	Popolazione residente	Stima fabbisogno complessivo per persona con disabilità	Fabbisogno non soddisfatto		
	SD4	SD5	SD4	SD5				Totale	Centri accreditati	Centri in conversione
RM A	116	0	6	120	242	482.360	185	-57	-38	-19
RM B	8	0	13	27	48	690.712	266	218	145	73
RM C	115	0	79	206	430	537.747	207	-223	-149	-74
RM D	254	0	90	87	431	580.600	216	-215	-143	-72
RM E	76	0	22	123	221	519.429	198	-23	-16	-8
RM F	21	0	15	0	36	307.987	118	82	55	27
RM G	0	0	2	54	56	476.586	183	127	85	42
RM H	66	0	65	18	139	534.605	206	67	45	22
VT	25	0	1	35	61	315.523	121	60	40	20
RI	0	0	0	0	0	159.018	61	61	41	20
LY	66	20	0	12	87	545.217	210	123	82	41
FR	48	0	0	4	52	496.917	192	140	93	47
Totale	704	20	203	371	574	5.266.710	2.164	350	244	119

* Stima di fabbisogno complessivo meno fabbisogno soddisfatto

Si precisa che il "fabbisogno non soddisfatto" evidenziato nelle colonne della tabella 10 potrebbe subire delle modifiche successivamente al processo di riconversione delle strutture attualmente accreditate.

REGIME NON RESIDENZIALE

La verifica sanitaria e socio-sanitaria effettuata dalle UCV non ha interessato l'attività erogata dai Centri di riabilitazione in regime non residenziale ambulatoriale e solo parzialmente quella domiciliare. Si sottolinea che la Regione con D.G.R. 731/2005 e D.G.R. 435/2007 ha disciplinato l'accesso ai trattamenti estensivi e di mantenimento in regime ambulatoriale.

Nell'ottica della sempre maggiore appropriatezza, tuttavia, si ritiene di dover procedere ad un attento monitoraggio delle attività erogate in regime non residenziale.

Sullo scorta di quanto sopra, si precisa che al momento rimane confermato quanto attualmente accreditato:

Tabella 11. Offerta e fabbisogno Trattamenti non residenziali

Trattamenti ambulatoriali	Trattamenti domiciliari	Fabbisogno trattamenti ambulatoriali	Fabbisogno trattamenti domiciliari
5790	3794	5790	3794

Il totale dei trattamenti non comprende quelli afferenti al Consorzio Ri.Rei. (D.G.R. n. 702/08; 65/10) ed ex IKT; inoltre, non sono compresi i posti autorizzati ed accreditati della società Belgeca - Centro attività riabilitativa ex art. 26 ARS SANA.



CRITERI PER L'ACCESSO E LA DIMISSIONE AI/DAI PERCORSI RIABILITATIVI IN REGIME RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, NON RESIDENZIALE

REGIME RESIDENZIALE

Riabilitazione estensiva

Secondo la normativa vigente¹, per riabilitazione estensiva si intende *"l'attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito (di norma entro sei mesi dalla dimissione ospedaliera e/o dalla riacutizzazione o recidiva dell'episodio patologico)"*.

Il progetto riabilitativo estensivo può svolgersi in un massimo di 60 giorni; eventuali proroghe devono essere motivate e concordate con i competenti servizi ASL di riferimento. E' confermato il livello di impegno riabilitativo assistenziale unico, previsto nella D.G.R. 583/2002.

Riabilitazione di mantenimento

Secondo la normativa vigente per riabilitazione di mantenimento si intende l'attività *"finalizzata al mantenimento della progressione della disabilità e pertanto caratterizzata da diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari integrati con l'attività di riabilitazione sociale"*.

Il progetto riabilitativo può svolgersi al massimo in 90 giorni; eventuali proroghe devono essere motivate e concordate con i competenti servizi ASL di riferimento. Sono confermati i livelli di impegno riabilitativo assistenziale elevato e medio, previsti nella D.G.R. 583/2002.

Residenze protette per persone con disabilità

La residenzialità protetta è indicata per pazienti, clinicamente stabilizzati, con disabilità complessa non assistibile a domicilio e che necessitano di una risposta assistenziale continuativa a carattere residenziale.

Le residenze protette per persone con disabilità si caratterizzano per carichi assistenziali differenti, definiti in base ai parametri di disabilità che le diverse dimensioni diagnostiche e di disabilità sociale implicano:

- *Residenze protette per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale (RD4)*
- *Residenze protette per persone con disabilità basso carico assistenziale (RD5)*

L'accesso alla RD4 (carico assistenziale alto-medio) avviene in caso di contemporanea presenza di tre componenti, diagnostiche e/o di disabilità sociale (**tabella A**).

L'accesso alla RD5 (basso carico assistenziale) avviene in caso di contemporanea presenza di due componenti, diagnostica e/o sociale con livelli moderati di dipendenza/disabilità (**tabella A**).

Per l'accesso alla RD5, tra le dimensioni diagnostiche non viene indicato il ritardo mentale lieve (codice ICD9-CM 317) poiché si ritiene che le persone con tale disabilità isolata non dovrebbero essere istituzionalizzate bensì inserite in percorsi di abilitazione lavorativa protetta²; è necessaria però l'attivazione di percorsi integrati territoriali (Ente Locale/ASL) finalizzati all'inclusione sociale, anche attraverso attività di formazione professionale. Inoltre, per tale utenza sarebbero più indicate situazioni abitative quali ad esempio Casa Famiglia, Gruppo Appartamento, Comunità Alloggio. Tuttavia, in considerazione del fatto che

¹ Provvedimento 7 maggio 1998 "Linee guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione"; DGR Lazio n. 398/2000

² Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, L. n. 18/2009; L. n. 328/2000

attualmente sono ospitati presso le strutture erogatrici persone con ritardo mentale lieve senza altra patologia associata, si ritiene che gli stessi possano rientrare nella RD5, ad esaurimento.

Tabella A. Carico assistenziale residenze protette per persone con disabilità

Tipologia di struttura	Carico Assistenziale	Dimensione Diagnostica			Disabilità sociale
		ICD 9-CM Livello Intellettivo	ICD 9-CM Sindromi cliniche psichiatriche	ICD 9-CM Esiti di malattie neurologiche, neurosensoriali e osteomuscolari	ICD 10 – Asse VI Valutazione Globale del Funzionamento Psicosociale
RD4	Alto-Medio	318.0 - 318.2 Ritardo Mentale Medio-Grave-Profondo 318.0 Ritardo Mentale Medio 317 Ritardo Mentale Lieve	300-301, 309,312-313 Disturbi Emotivo Comportam.* 295-299 - Disturbi psicotici*	Malattie del sistema nervoso, neurosensoriale e osteomuscolare a grave/completa dipendenza**	6 - 9 Disabilità sociale generalizzata 4 - 5 Disabilità sociale grave
RD5	Basso	318.0 - Ritardo Mentale Medio		Malattie del sistema nervoso, neurosensoriale osteomuscolare a dipendenza moderata**	3 Disabilità sociale moderata

*la presenza di tali condizioni patologiche, che determinano un carico assistenziale maggiore, va definita previa valutazione dei servizi ASL

**con riferimento all'indice di Barthel attualmente in uso

Utenti attualmente in carico – La ricollocazione nelle RD4-RD5 degli utenti attualmente ospiti dei Centri provvisoriamente accreditati sarà effettuata secondo i criteri sopra riportati. Le attività di ricollocazione degli ospiti sono effettuate dalle Unità Cliniche di Valutazione delle ASL, sentiti i responsabili sanitari delle strutture interessate.

Nuovi utenti - Potranno accedere alle RD4 e alle RD5 nuovi utenti preferenzialmente residenti nel territorio in cui insiste la struttura, previa valutazione dei competenti Servizi ASL di residenza.

sp

REGIME SEMIRESIDENZIALE

Riabilitazione estensiva

Secondo la normativa vigente, per riabilitazione estensiva si intende *"l'attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito (di norma entro sei mesi dalla dimissione ospedaliera e/o dalla riacutizzazione o recidiva dell'episodio patologico)"*.

Il progetto riabilitativo può svolgersi in un tempo massimo di 60 giorni; eventuali proroghe devono essere motivate e concordate con i competenti servizi ASL di riferimento.

E' sospeso il livello di impegno riabilitativo-assistenziale *lieve di cui alla DGR n. 583/2002*, in considerazione del suo scarso utilizzo, come rilevato dall'analisi dei dati del Sistema Informativo dedicato (SIAR).

Riabilitazione di mantenimento

Secondo la normativa vigente, per riabilitazione di mantenimento si intende l'attività *"finalizzata al mantenimento della progressione della disabilità e pertanto caratterizzata da diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari integrati con l'attività di riabilitazione sociale"*.

Il progetto riabilitativo può essere al massimo di 60 giorni; eventuali proroghe devono essere motivate e concordate con i competenti servizi ASL di riferimento.

E' sospeso il livello di impegno riabilitativo-assistenziale *lieve di cui alla DGR n. 583/2002*, in considerazione del suo scarso utilizzo, come rilevato dall'analisi dei dati del Sistema Informativo dedicato (SIAR).

Centri semiresidenziali per persone con disabilità

I Centri semiresidenziali per le persone con disabilità sono indicati per utenti, clinicamente stabilizzati, con disabilità complessa non assistibili a domicilio e che necessitano di una risposta assistenziale continuativa a carattere semiresidenziale.

I Centri semiresidenziali per persone con disabilità si caratterizzano per carichi assistenziali differenti definiti in base ai parametri di disabilità che le diverse dimensioni diagnostiche implicano:

- Centri semiresidenziali per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale (SD4)
- Centri semiresidenziali per persone con disabilità a basso carico assistenziale (SD5)

L'accesso al SD4 (carico assistenziale alto-medio) avviene in caso di contemporanea presenza di tre componenti, diagnostiche e/o di disabilità sociale (**tabella B**).

L'accesso al SD5 (basso carico assistenziale) avviene in caso di contemporanea presenza di due componenti, diagnostica e/o sociale con livelli moderati di dipendenza/disabilità (**tabella B**).

Per l'accesso al SD5, tra le dimensioni diagnostiche non viene indicato il ritardo mentale lieve (codice ICD9-CM 317) poiché si ritiene che le persone con tale disabilità isolata dovrebbero essere inserite in percorsi di abilitazione lavorativa protetta³; è necessaria però l'attivazione di percorsi integrati territoriali (Ente Locale/ASL) finalizzati all'inclusione sociale, anche attraverso attività di formazione professionale. Tuttavia, in considerazione del fatto che attualmente frequentano le strutture erogatrici persone con ritardo mentale lieve senza altra patologia associata, si ritiene che gli stessi possano rientrare nel SD5, ad esaurimento.

³ Convenzione ONU ..., idem

Tabella B. Carico assistenziale Centri semiresidenziali per persone con disabilità

Tipologia di struttura	Carico Assistenziale	Dimensione Diagnostica			Disabilità sociale
		ICD 9-CM Livello intellettivo	ICD 9-CM Sindromi cliniche psichiatriche	ICD 9-CM Esiti di malattie neurologiche, neurosensoriali e osteomuscolari	ICD 10 – Asse VI Valutazione Globale del Funzionamento Psicosociale
SD4	Alto-Medio	318.0 - 318.2 Ritardo Mentale Medio-Grave-Profondo 318.0 – Ritardo Mentale Medio 317 - Ritardo Mentale Lieve	300-301, 309,312-313 Disturbi Emotivo Comportam.* 295-299 - Disturbi psicotici*	Malattie del sistema nervoso, neurosensoriale e osteomuscolare a grave/completa dipendenza**	6 - 9 Disabilità sociale generalizzata 4 - 5 Disabilità sociale grave
SD5	Basso	318.0 - Ritardo Mentale Medio		Malattie del sistema nervoso, neurosensoriale osteomuscolare a dipendenza moderata**	3 Disabilità sociale moderata

* la presenza di tali condizioni patologiche, che determinano un carico assistenziale maggiore, va definita previa valutazione dei servizi ASL

**con riferimento all'indice di Barthel attualmente in uso

Utenti attualmente in carico – La ricollocazione in SD4-SD5 degli utenti attualmente ospiti dei Centri provvisoriamente accreditati sarà effettuata secondo i criteri sopra riportati. Le attività di ricollocazione degli ospiti sono effettuate dalle Unità Cliniche di Valutazione delle ASL, sentiti i responsabili sanitari delle strutture interessate.

Nuovi utenti - Potranno accedere in SD4 e SD5 nuovi utenti preferenzialmente residenti nel territorio in cui insiste la struttura, previa valutazione dei competenti Servizi ASL di residenza.

REGIME NON RESIDENZIALE

Domiciliare

Il trattamento in regime domiciliare è finalizzato: (1) a consentire alla persona la permanenza nel proprio ambito socio-familiare, riducendo l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione, (2) a favorire il recupero e/o il mantenimento delle potenzialità in un costante processo di responsabilizzazione e autonomizzazione della persona e dei suoi familiari, (3) a migliorare la qualità di vita della persona e della sua famiglia.

E' indicato per persone con disabilità complessa che non possono accedere alle strutture ambulatoriali e che presentano condizioni cliniche stabili e funzioni cognitive-collaborative conservate. E' indicata la presenza del caregiver.

Sono esclusi dal trattamento domiciliare coloro che presentano disabilità minimali e/o transitorie, per i quali, ai sensi delle DGR n. 731/2005 e n. 435/2007, non è consentito neanche l'accesso ai trattamenti estensivi e di mantenimento in regime non residenziale ambulatoriale.

Il progetto riabilitativo si svolge in un tempo definito; eventuali proroghe vanno motivate e concordate con i competenti servizi ASL.

In *modalità estensiva* è prevista una durata non superiore a 60 giorni, tranne che per i soggetti in età evolutiva.

In *modalità di mantenimento* è prevista una durata non superiore a 90 giorni, non ripetibile nell'anno solare; eventuali deroghe, per soggetti affetti da gravi patologie, vanno concordate con i competenti servizi delle ASL.

I progetti riabilitativi domiciliari in modalità estensiva o di mantenimento non possono essere avviati contemporaneamente all'attivazione di ulteriori percorsi riabilitativi, compresi quelli erogati dall'Assistenza Domiciliare Integrata.

Ambulatoriale

Con D.G.R. n. 731/2005 e D.G.R. n. 435/2007 è stato disciplinato l'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in regime non residenziale ambulatoriale per definite patologie; il documento relativo ai criteri per l'accesso agli specifici percorsi riabilitativi per *Disabilità intellettiva e Disturbi generalizzati dello sviluppo in età evolutiva*, sarà inserito nel "Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento ex art. 26, L. 833/78".



PECULIARITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Regimi assistenziali residenziale e semiresidenziale

Relativamente all'età evolutiva si ritiene siano più appropriati i trattamenti erogati in modalità estensiva in *regime ambulatoriale*. Tuttavia per rispondere ai bisogni di particolari quadri clinici caratterizzati da pluridisabilità (fisica-psichica e sensoriale) possono rendersi necessari percorsi assistenziali articolati anche in *regime di residenzialità e semiresidenzialità* a seconda della fase clinica, delle crisi evolutive e delle risorse socio-ambientali del minore (es. soggetti con diagnosi di autismo e/o ritardo mentale associato a disturbo psichiatrico). Inoltre la presenza di gravi "malattie del sistema nervoso centrale e neurosensoriale" può rappresentare di per sé unico criterio di accesso che richiede un livello di assistenza più o meno complesso a seconda dell'espressività clinica e delle limitazioni funzionali conseguenti a tale patologia.

Trattamento domiciliare

Il trattamento domiciliare in età evolutiva è indicato soltanto in situazioni limite in cui coesistono condizioni di tipo clinico e/o sociale particolari e talmente gravi da impedire la possibilità del minore di accedere al trattamento ambulatoriale nonché per ridurre il rischio di ospedalizzazione e, di conseguenza, di istituzionalizzazione, di soggetti con menomazioni gravi e gravissime⁴.

Si sottolinea, altresì, che la DGR n. 731/2005, all'allegato 10, disciplina l'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in regime non residenziale ambulatoriale per definite patologie, tra cui i Disturbi specifici dello sviluppo. È, pertanto, inappropriato l'intervento domiciliare per i Disturbi specifici dello sviluppo, tranne casi particolari concordati con i servizi territoriali di competenza (TSMREE).

Si ritiene, inoltre, non opportuno effettuare l'intervento riabilitativo presso le Istituzioni scolastiche in quanto interferisce con gli obiettivi dell'integrazione scolastica e dell'inclusione sociale del minore con disabilità.



⁴ v. Commissione sulla riabilitazione pediatrica del Ministero della Sanità, 2005