

Confutazione della DGRC n. 164/2022

Deliberazione N. **164**

Assessore

Presidente De Luca Vincenzo



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	12

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **06/04/2022**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Aggiornamento della disciplina per le attività residenziali di riabilitazione extraospedaliere, in attuazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	<u>PRESIDENTE</u>
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	_____
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	_____
4)	"	Felice	CASUCCI	_____
5)	"	Ettore	CINQUE	_____
6)	"	Bruno	DISCEPOLO	_____
7)	"	Valeria	FASCIONE	_____
8)	"	Armida	FILIPPELLI	_____
9)	"	Lucia	FORTINI	_____
10)	"	Antonio	MARCHIELLO	_____
11)	"	Mario	MORCONE	_____
	Segretario	Mauro	FERRARA	_____

Confutazione della DGRC n. 164/2022

La deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 164 del 9 aprile 2022 si delinea in attuazione di norme nazionali e regionali.

In premessa, pertanto, vengono richiamate le disposizioni alle quali si subordina, fornendone numerosi estratti.

Sulla scorta di tali disposizioni, viene altresì configurato l'iter amministrativo con il quale la Giunta delibera l'articolato finale.

Senonché la lettura delle varie disposizioni richiamate e dei percorsi logico-deduttivi attuati evidenzia numerose contraddizioni con la normativa vigente e l'attuazione di tesi superficiali che pure, nella logica dell'atto e nelle intenzioni del proponente, dovrebbero supportare e motivare il dettato deliberativo.

Nelle pagine seguenti, pertanto, viene sviluppata una confutazione comparativa di vari estratti della deliberazione, al fine di consentire un'immediata visualizzazione di alcune delle argomentazioni sviluppate nel ricorso in opposizione.

Il lavoro di raffronto consente ulteriormente di delineare l'irragionevolezza della deliberazione che, attraverso un'estrapolazione discrezionale di norme, travisa e snatura la ratio sottesa alle stesse disposizioni, al solo scopo di precostituire un corpus di norme sul quale fondare l'atto amministrativo.

Oggetto :
Aggiornamento della disciplina per le attività residenziali di riabilitazione extraospedaliere, in attuazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano. Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente omissis

PREMESSO, altresì, che il "**Piano triennale 2019-2021** di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art.2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con **decreto commissariale n. 6/2020** e recepito con D.G.R.C. n. 19/2020, individua, tra gli obiettivi dei programmi operativi, l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa da realizzare attraverso l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliere, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per **l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extraospedaliere (RD1)** e criteri di eleggibilità e di accesso;

Il Piano triennale 19-21 alla voce "area Disabilità pag. 32 recita" i percorsi in atto di accreditamento definitivo e di riconversione dei PL ex art. 26 in eccesso consentiranno di avere strutture che avranno una specifica vocazione assistenziale e avere setting più chiari e separati".....". È prevista l'implementazione/riqualificazione dei Livelli...in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente"...". E' già programmato.... per l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extra ospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso che si **aggiungano, e in parte **riqualificano** la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di ex art. 26".**

Da quanto riportato si conferma la riconversione in atto dell'ex art. 26 che non viene affatto eliminato come invece, in pratica, viene fatto con la Delibera in oggetto.

(All. A)

RILEVATO che

a. con la deliberazione n. 3958 del 7 agosto 2001, come modificata ed integrata dalla **D.G.R.C. n. 7301 del 31 dicembre 2001**, la Giunta Regionale ha definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e/o sociosanitarie delle strutture pubbliche e private, tra cui le attività di riabilitazione estensiva (cd. art. 26 legge 833/78) dei presidi di riabilitazione extraospedaliera per i soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;

b. con la **D.G.R.C. n. 482 del 25 marzo 2004** sono state approvate le "**Linee guida** per le attività di riabilitazione in Campania", che forniscono criteri generali per gli interventi di riabilitazione attivabili all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, definendone la tipologia e le strutture erogatrici, ospedaliere e territoriali;

c. con Regolamento n. 1 del 22/6/2007 sono stati definiti, tra l'altro, i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di riabilitazione in regime residenziale;

La DGRC 482/04 riporta le eccezioni previste dalle linee guida Nazionali del 1998, poi riprese da tutte le successive Linee Guida Nazionali fino a quelle del 2021, che amplifica tali patologie non limitandosi a indicarne alcune specifiche.

La DGRC 482/04 così recita al punto 2.2:

"Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per:

- *i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, laddove le loro esigenze non vengano soddisfatte dalle potenzialità delle RRSSAA;*
- *i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3[^]-4[^] classe NYHA, insufficienza respiratoria);*
- *i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento), laddove le loro esigenze non possano essere soddisfatte dalle RSA".*

ALL. 8

d. con **D.C.A. n. 142 del 13.11.2012** la Regione Campania ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011 contenente il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" che, nel definire i "luoghi di cura", evidenzia che "**al raggiungimento di una condizione di stabilità clinica che non necessiti di presenza medica sulle 24 ore** o al venir meno di esigenze diagnostiche ad alta complessità, erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, è opportuno ricorrere alla **riabilitazione intensiva extraospedaliera** ogni qual volta tale risorsa è disponibile sul territorio";

L'accordo fa seguito alle linee guida del 1998 per specificare meglio alcuni elementi. Infatti in premessa recita: *"Con le linee guida sulla riabilitazione del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della riabilitazione attraverso la definizione di una strategia riabilitativa.... tali linee guida rappresentano un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo, dall'altra necessitano di ulteriore aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcom ed ai criteri di appropriatezza dell'intervento".*

Pertanto non modifica in alcun modo i principi delle Linee guida Nazionali del 1998 riprese dalla DGRC 482/04

ALL. B

e. il DM 2 aprile 2015, n. 70, all' art. 1, comma 3, lettera c) definisce equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione, tra gli altri, dei posti letto di riabilitazione intensiva presso le strutture extra-ospedaliere;

Il DM 70/2022 titola "Regolamento per standard...relativi all'assistenza ospedaliera". L'art. 3 titola "ai fini del calcolo della dotazione di PL...". Alla lettera c) si legge: "sono considerati equivalenti a PL ospedalieri i posti per i quali le regioni coprono un costo giornaliero superiore al valore soglia pari alla tariffa corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera....A tal fine le regioni certificano il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia...".

E' chiaro che non c'entra niente il tetto entro il quale stabilire la tariffa per la riabilitazione extra ospedaliera (RD1 estensiva). In altri termini: viene stabilita la tariffa per la RD1 estensiva in € 152,77 (addirittura inferiore alle attuali tariffe ex art. 26 per pazienti medi e gravi) solo perché la tariffa per le Case di Cura per Lungodegenti è di € 154,00

ALL. 10

f. il DPCM 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'art. 34 definisce l'assistenza riabilitativa extraospedaliera da garantire alle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, che, relativamente agli interventi erogabili in regime residenziale totalmente a carico del SSN, si articola in:

Il DPCM 12/1/17 all'art. 34 recita: "la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo."

ALL. 3

f1. trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità' importanti e complesse, modificabili;

f2. trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità' di recupero funzionale;

g. il documento "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" elaborato nel 2007 dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA classifica i suddetti trattamenti riabilitativi, intensivi ed estensivi, con il codice di attività RD1;

h. l'offerta di posti letto di riabilitazione residenziale extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali in Campania, ad oggi, è rappresentata dai posti residenziali di "riabilitazione estensiva ex art. 26 della Legge 833/78", articolata in tre livelli i cui requisiti organizzativi sono riportati nell'allegato A del DCA 154/14 cui corrispondono le seguenti tariffe, come determinate dalla DGRC 531 del 30/11/21:

L'ultima delibera ancora in vigore è la DGRC 531 del 30/11/2021 che conferma le classificazioni in: base, medi e gravi

ALL. C

h1. Residenziale Base (ex Internato) € 148,92
 h2. Residenziale Medio livello assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo) € 158,03
 h3. Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato alto livello riabilitativo) € 193,11

Queste tariffe sono state determinate in base ai costi standard, in particolare a quelli relativi al personale necessario

le quali coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale **superiore al valore soglia della tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera,**
i. tale offerta è storicamente utilizzata, prevalentemente, per ricoveri di persone con bisogni sociosanitari di lungoassistenza;

È esattamente così: questa tipologia di malati ha necessità di lungoassistenza, ovvero che non può essere indicata a priori, apoditticamente e burocraticamente, in un massimo di 180 giorni a prescindere da qualsiasi valutazione medico-clinica.

j. la suddetta articolazione assistenziale, operata nel 1996 con la DGRC 6757/96 per sopperire alla mancanza, di allora, di una specifica disciplina per le RSA per disabili, **non risulta essere rispondente alla definizione di riabilitazione extraospedaliera prevista dai L.E.A. e dagli indirizzi nazionali in materia, né al mandato dei presidi extraospedalieri per disabili fisici, psichici e sensoriali di cui al DPR 14 gennaio 1997;**

Non è assolutamente vero.

a) La DGRC 6757/96 vive ancora per la parte riguardante il personale riportato sia nella DGRC 154/14 e poi confermato nella DGRC 531/21;
 b) E' rispondente ai LEA del DPCM 12 gennaio 2017 (art. 34) che sono ancora vigenti;
 c) Il Centro provvisoriamente accreditato ex art. 26/833 risponde perfettamente al mandato del DPR 14 gennaio 1997(All. D). Infatti il punto 4 "Classificazione strutture" è individuato al punto c).
 Di più il capitolo "requisiti minimi strutturali" riporta: *"le prestazioni offerte sono rivolte: - alla riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali."*
 Inoltre nel caso di Villa dei Fiori e dell'Elaion il primo accreditamento delle strutture è stato riconosciuto successivamente al DPR del 1997, confermando ulteriormente la loro rispondenza ai requisiti ivi disposti.

k. **occorre garantire** sul territorio regionale le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera, intensiva ed estensiva, erogabili nella fase immediatamente **post-acuta** per rispondere ai bisogni di persone con esiti di patologie conseguenti ad evento acuto, al raggiungimento delle condizioni che non necessitino di prestazioni erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero;

Vero.
 Infatti la Delibera 164 affronta esclusivamente le necessità "post acuzie" che riguardano per la quasi totalità la disabilità fisica. Ignora però le disabilità psichiche e sensoriali nonché quelle congenite.

RILEVATO, altresì, che:

a. con la L.R. 8 del 22/4/2003 ad oggetto: "Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private - RR.SS.AA" è stata introdotta nell'ordinamento regionale la disciplina per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);

Le RSA non possono soddisfare le esigenze dei malati di lungo assistenza previsti dalle eccezioni della DGRC 482/04, che riporta le Linee guida Nazionali del 1998, ribadite dalle successive Linee guida Nazionali fino alle ultime del 2021. Infatti il personale previsto dalle RSA è nettamente inferiore per numero e per qualità a quello previsto in ex art. 26. Nei due casi di specie (Villa dei Fiori e Coop. Sanatrix Nuovo Elaion) ciò significa, in termini numerici: meno 51 dipendenti per ognuna delle due strutture nel passaggio da ex art. 26 a RSA Alto livello e meno 77 dipendenti nel passaggio da ex art. 26 a RSA medio livello. In termini di qualità: per ognuna delle due strutture i terapisti diminuiscono di 27 unità; gli educatori di 7 unità, gli accompagnatori di 22, e così via. Quantità e qualità di personale non consentono quindi di fornire un'assistenza adeguata ai bisogni di questi pazienti. Resta però in capo all'azienda la responsabilità civile e penale dell'assistenza ai pazienti.

ALL. 14

b. con la DGRC.2006 del 5 novembre 2004 sono state approvate le Linee d'Indirizzo sull'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Anziani, Disabili e Cittadini Affetti da Demenza;

c. con Deliberazione n. 1267 del 16 luglio 2009 sono state determinate le Tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della L.R. 8/2003 rideterminate successivamente con il DCA 6/2010, DCA 110/2014 e DCA 531/2021;

d. il DCA 6 del 4 febbraio 2010 ha stabilito che, in attesa del completamento della rete di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, le tariffe sociosanitarie (RSA/CD disabili e anziani non autosufficienti) saranno applicate anche per le prestazioni erogate dai centri accreditati o provvisoriamente accreditati ex art. 26 Legge 833/78 per pazienti in regime residenziale e semiresidenziali che hanno superato i 240 giorni di permanenza;

Anche nel DCA 6/2010 vengono previste le eccezioni. Infatti recita: " il ciclo riabilitativo è contenuto, di norma, entro i 240 giorni fatta eccezione per a) pazienti affetti da gravi patologie.....su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali...." c) pazienti stabilizzati"

e. con il DCA n. 97 del 16/11/2018, come integrato e modificato dal DCA 74 del 9/10/2019, è stato avviato il processo di riqualificazione dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per le persone non autosufficienti con l'attivazione di specifiche Unità di cure residenziali nell'ambito delle RSA, deputate all'appropriata presa in carico dei pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari anche di lungo periodo, in attuazione dei programmi operativi previsti dal DCA 14/2017 e in coerenza con quanto previsto dall'art. 30 del D.P.C.M. 12.1.2017;

f. **Il DCA n. 83 del 31/10/2019**, recante il Piano regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, ha programmato l'offerta residenziale di riabilitazione intensiva ed estensiva secondo quanto previsto all'art. 34 del DPCM 12/1/2017 prevedendo *"l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi ed estensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungono e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di "ex art. 26"*.

Il DCA 83 alla tabella 80 individua:

- per la sola riabilitazione intensiva RD1 (e l'età evolutiva RD2) n. 291 PL.
 - per il Residenziale Estensivo PL n.1.282 PL.
- Oggi i PL accreditati in ex art. 26 sono 806.
Questo significa che quando i PL dell'ex art. 26 spariranno non ci sarà copertura della Residenzialità Estensiva.
Inoltre lo stesso DCA 83 afferma che l'RD1 si aggiunge e in parte riqualifica l'ex art. 26 non certo che lo elimina, come praticamente fa la delibera 164.

ALL. 5

PRESO ATTO

- **che i competenti uffici regionali, alla luce dell'evoluzione normativa e delle più recenti linee di indirizzo nazionali** sulla riabilitazione, al fine di dare attuazione al programma di implementazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera per le persone con disabilità, ha elaborato la proposta di modifica ed integrazione della disciplina relativa alle attività residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali ridefinendo le specifiche caratteristiche degli stessi, le attività erogabili ed i livelli organizzativi, **così come esplicitati nei seguenti allegati:**

(...)

c. Allegato 3 - "Articolazione del personale e minuti di assistenza", che definisce lo standard di personale e le relative tariffe;

1. Sia per l'RD1 Intensiva che per quella Estensiva non è previsto il personale indispensabile per il funzionamento di un Centro, ovvero quello addetto ai servizi come: portiere e centralino, operai, personale amministrativo, ecc. Questo tipo di personale è previsto invece per la formazione delle tariffe dalle attuali DCA 154/14, DGRC 153/21

2. Il personale previsto per l'RD1 intensivo (con tariffa di € 204,87) è superiore a quello previsto per le Case di Cura Codice 56 che percepiscono però una tariffa giornaliera superiore di quasi 60 euro (€ 261,84).

– che l'istruttoria degli uffici evidenzia altresì la necessità:

- a. di modificare ed integrare la DGRC 7301 del 31/12/2001, ridefinendo i “Presidi di riabilitazione estensiva dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” di cui alla citata DGRC 7301/2001, come “Presidi di riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali”, secondo quanto integralmente indicato nell'Allegato 1 del presente provvedimento;
- b. di modificare quanto previsto al paragrafo 2.2 “Tipologia degli interventi di riabilitazione” del documento allegato alla DGRC 482/2004 che, per effetto del nuovo regime non è applicabile alle Unità di cure di riabilitazione RD1 intensive ed estensive;

La DGRC n. 482/04 al paragrafo 2.2 riporta le eccezioni previste dalle linee guida Nazionali del 1998 poi riprese da tutte le successive Linee Guida Nazionali fino a quelle del 2021 che, ripetiamo, le **amplifica**, non limitandosi a indicare solo alcune particolari patologie.

Nello specifico, mentre nella DGRC n. 482 vengono valutate le esigenze dei malati fisici, psichici e sensoriali questa delibera affronta le esigenze solo dei malati fisici. In altri termini la modifica del paragrafo potrebbe riguardare solo l'RD1 intensiva.

ALL. 8

- c. di espungere dall'Allegato A al DCA 154/2014, i requisiti organizzativi relativi alle prestazioni in Residenziale Base (ex Internato), Residenziale Medio livello assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo), Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato alto livello riabilitativo);

L'ultima delibera ancora in vigore è la DGRC 531 del

30/11/2021 che conferma le classificazioni in tre categorie: base, medi e gravi. Nel dispositivo al punto 4 recita “*di approvare l'aggiornamento delle tariffe (...), utilizzando la stessa metodologia applicata per l'adozione delle tariffe di cui ai DCA 153, 154 e 110, affermando i tabellari delle diverse figure professionali ai contratti rinnovati AIOP e ANFFAS*”.

ALL. C

- d. di confermare, per i presidi di riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera, i medesimi requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale di cui al Regolamento 1 del 22 giugno 2007 relativi alle strutture erogatrici di attività di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, nelle more dell'approvazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale di cui al DCA n. 55 del 5.7.2018;

e. di confermare il fabbisogno programmato indicato nella tabella 80 del DCA 83/2019 di posti letto a livello aziendale per la riabilitazione estensiva extraospedaliera (ora RD1 estensiva) e intensiva RD1;

Il DCA 83 alla tabella 80 individua:

- per la sola riabilitazione intensiva RD1 (e l'età evolutiva RD2) n. 291 PL.

- per il Residenziale Estensivo PL n.1.282 PL .

Oggi i PL accreditati in ex art. 26 sono 806.

Questo significa che quando i PL dell'ex art. 26 spariranno non ci sarà copertura della Residenzialità Estensiva.

Inoltre lo stesso DCA 83 afferma che l'RD1 si aggiunge e in parte riqualifica l'ex art. 26 non certo che lo elimina, come praticamente fa la delibera 164.

ALL. 5

f. di stabilire che il fabbisogno programmato con DCA 83/2019 di posti letto a livello regionale per la riabilitazione intensiva extraospedaliera (RD1 intensiva) può essere soddisfatto, secondo le modalità di cui all'Allegato 2, con l'attivazione di offerta da parte di soggetti, prioritariamente e nell'ordine, attraverso:

f1. la trasformazione dei posti letto ex art. 26 accreditati e accreditati in eccesso in corso di riconversione non ancora conclusa nell'ambito di un eventuale aggiornamento di accordo di riconversione già sottoscritto, per un numero massimo di posti letto tra quelli già accreditati o accreditati in eccesso.

f2. Posti letto già autorizzati come Presidio di riabilitazione residenziale estensiva ex art. 26 Legge 833/78, nei limiti del fabbisogno residuo di riabilitazione intensiva (RD1 intensiva).

RITENUTO, pertanto,

a) di dover approvare i summenzionati Allegati 1 - 2 - 3 predisposti dagli uffici regionali e, per l'effetto:

1) di dover modificare ed integrare la DGRC 7301 del 31/12/2001, ridefinendo i "Presidi di riabilitazione estensiva dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali" di cui alla citata DGRC 7301/2001, come "Presidi di riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali", secondo quanto integralmente indicato nell'Allegato 1 del presente provvedimento;

2) di dover modificare quanto previsto al paragrafo 2.2 "Tipologia degli interventi di riabilitazione" del documento allegato alla DGRC 482/2004 che, per effetto del presente provvedimento, non è applicabile alle Unità di cure di riabilitazione RD1 intensive ed estensive;

Per la DGRC 482/2004 la delibera elimina il paragrafo

riguardante le eccezioni. Però più avanti ripropone le linee guida Nazionali del 4/8/2021 che invece prevedono le eccezioni.

ALL. 8

3) di dover espungere dall'Allegato A al DCA 154/2014, i requisiti organizzativi relativi alle prestazioni in Residenziale Base (ex Internato), Residenziale Medio livello assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo), Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato alto livello riabilitativo), non più attuali all'esito dell'approvazione dei documenti sopra menzionati;

Espunge dall'allegato A del DCA 154/14 i requisiti organizzativi ma non elimina la delibera successiva, la DGRC 531 del 30.11.21, che ripropone la classificazione nelle categorie base, medi e gravi, rivalutando le tariffe.

ALL. C

4) di dover confermare, per i presidi di riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera, i medesimi requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale di cui al Regolamento 1 del 22 giugno 2007 relativi alle strutture erogatrici di attività di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, nelle more dell'approvazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale di cui al DCA n. 55 del 5.7.2018;

5) di dover confermare il fabbisogno programmato indicato nella tabella 80 del DCA 83/2019 di posti letto a livello aziendale per la riabilitazione estensiva extraospedaliera (ora RD1 estensiva) e intensiva RD1;

Il DCA 83 alla tabella 80 individua:

- per la sola riabilitazione intensiva RD1 (e l'età evolutiva RD2) n. 291 PL.

- per il Residenziale Estensivo PL n. 1.282 PL .

Oggi i PL accreditati in ex art. 26 sono 806.

Questo significa che quando i PL dell'ex art. 26 spariranno non ci sarà copertura della Residenzialità Estensiva.

Inoltre lo stesso DCA 83 afferma che l'RD1 si aggiunge e in parte riqualifica l'ex art. 26 non certo che lo elimina ,come praticamente fa la delibera 164.

ALL. 5

6) di dover stabilire che il fabbisogno programmato con DCA 83/2019 di posti letto a livello regionale per la riabilitazione intensiva extraospedaliera (**RD1 intensiva**) può essere soddisfatto, secondo le modalità di cui all'Allegato 2, con l'attivazione di offerta da parte di soggetti, prioritariamente e nell'ordine, attraverso:

Il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/5/22

prescrive a pag. 16 al punto 3, Analisi del bisogno di salute, la “*... valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio)*”.

Mentre il fabbisogno del DCA 83 è determinato sulla base della popolazione residente.

ALL. E

6a. la trasformazione dei posti letto ex art. 26 accreditati e accreditati in eccesso in corso di riconversione non ancora conclusa nell'ambito di un eventuale aggiornamento di accordo di riconversione già sottoscritto, per un numero massimo di posti letto tra quelli già accreditati o accreditati in eccesso.

6b. Posti letto già autorizzati come Presidio di riabilitazione residenziale estensiva ex art. 26 Legge 833/78, nei limiti del fabbisogno residuo di riabilitazione intensiva (RD1 intensiva).

7) Di dover dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute di adottare ogni atto per l'avvio e il sollecito espletamento delle procedure connesse all'attuazione della disciplina introdotta con il presente provvedimento;

VISTI:

a. l'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che definisce prestazioni di riabilitazione le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa;

La delibera invece non considera i disabili psichici e sensoriali nonché quelli con patologie disabilitanti congenite e si limita alla riabilitazione post acuta per i fisici

b. l'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm. e ii rubricato "Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza"

c. il DPR 14 gennaio 1997, recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle strutture, definite Presidi di riabilitazione extraospedaliera, che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo che provvedono al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa;

d. l'Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 1998 recante "Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione";

Prevede le eccezioni al paragrafo 2.2
ALL. 7

Estratti da D.G.R.C. n. 164/2022	Confutazione
<p>e. l'Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011 sul "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione", recepito dalla Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13.11.2012, che al capitolo 4, lettera c), definisce i luoghi di cura della riabilitazione nel continuum assistenziale;</p>	<p>L'accordo fa seguito alle linee guida del 1998 per specificare meglio alcuni elementi. Infatti recita in premessa: <i>"Con le linee guida sulla riabilitazione del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della riabilitazione attraverso la definizione di una strategia riabilitativa (...). Tali linee guida rappresentano un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo, dall'altra necessitano di ulteriore aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcom ed ai criteri di appropriatezza dell'intervento"</i>. Al capitolo 4, lettera c), definisce i "luoghi di cura" della riabilitazione nel continuum assistenziale e parla esclusivamente della riabilitazione post acuta. ALL B</p>
<p>f. il DCA 154/2014 che, nell'allegato, definisce i minuti di assistenza per ogni singola funzione o figura professionale per i diversi setting per i quali sono determinate le tariffe per la riabilitazione estensiva ex art. 26;</p>	<p>Il DCA 154/14 viene superato dalla DGRC 531/21 per la rivalutazione delle tariffe</p>
<p>g. il "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021", approvato con DCA n. 83 del 31/10/2019;</p>	<p>Il Piano triennale 19-21 alla voce "area Disabilità", pag. 32, recita: <i>"I percorsi in atto di accreditamento definitivo e di riconversione dei PL ex art. 26 in eccesso consentiranno di avere strutture che avranno una specifica vocazione assistenziale e avere setting più chiari e separati (...). È prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli (...) in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente. (...) E' già programmato (...) per l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extra ospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso che si aggiungano, e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di ex art. 26"</i>. Da quanto riportato si conferma la riconversione in atto dell'ex art. 26 che non viene affatto eliminato, come invece praticamente realizzato dalla Delibera in oggetto. ALL. A</p>
<p>h. l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione." Rep. Atti n. 124/CSR del 4 agosto 2021</p>	<p>La Conferenza Stato Regioni del 4/8/21 rep. Atti 124/CSR riporta le eccezioni a pag. 26 che così cita <i>"(...) e non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo"</i>. ALL. 4</p>

PROPONE e la Giunta in conformità a voti unanimi
DELIBERA

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si
intende integralmente riportato:

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si
intende integralmente riportato:

1) di approvare gli Allegati 1 - "Presidi di
riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera
per persone con disabilità", L'Allegato 2 "Tipologia
degli interventi di riabilitazione residenziale
extraospedaliera - Criteri di eleggibilità e di accesso"
e Allegato 3 "Articolazione del personale e minuti di
assistenza", che formano parte integrante e
sostanziale del presente provvedimento;

2) di modificare ed integrare la DGRC 7301 del
31/12/2001, ridefinendo i "Presidi di riabilitazione
estensiva dei soggetti portatori di disabilità fisiche,
psichiche e sensoriali" di cui alla citata DGRC
7301/2001, come "Presidi di riabilitazione intensiva
ed estensiva extraospedaliera per persone con
disabilità fisiche, psichiche e sensoriali", secondo
quanto integralmente indicato nell'Allegato 1 del
presente provvedimento;

3) di modificare quanto previsto al paragrafo 2.2
"Tipologia degli interventi di riabilitazione" del
documento allegato alla DGRC 482/2004 che, per
effetto del presente provvedimento, non è applicabile
con riferimento alle Unità di cure di riabilitazione
RD1 intensive ed estensive;

La DGRC n. 482/04 al paragrafo 2.2 riporta le eccezioni previste
dalle Linee Guida Nazionali del 1998, poi riprese da tutte le
successive Linee Guida Nazionali fino a quelle del 2021 che le
amplificano non indicando solo alcune particolari patologie.
In particolare mentre nella DGRC n. 482 vengono valutate le
esigenze dei malati fisici, psichici e sensoriali questa delibera
affronta le esigenze solo dei malati fisici. In altri termini la
modifica del paragrafo potrebbe riguardare solo l'RD1 intensiva

ALL. 8

4) di espungere dall'Allegato A al DCA 154/2014, per
effetto del presente provvedimento, i requisiti
organizzativi relativi alle prestazioni in Residenziale
Base (ex Internato), Residenziale Medio livello
assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo),
Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato
alto livello riabilitativo);

Espunge dall'allegato A del DCA 154/14 i requisiti organizzativi,
ma non elimina la delibera successiva, la DGRC 531 del 30.11.21
che ripropone la classificazione in base, medi e gravi,
rivalutando le tariffe.

ALL. C

5) di confermare, per i presidi di riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera, i medesimi requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale di cui al Regolamento 1 del 22 giugno 2007 relativi alle strutture erogatrici di attività di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, nelle more dell'approvazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale di cui al DCA n. 55 del 5.7.2018

6) di confermare il fabbisogno programmato indicato nella tabella 80 del DCA 83/2019 di posti letto a livello aziendale per la riabilitazione estensiva extraospedaliera (ora RD1estensiva) e intensiva RD1;

Il DCA 83 alla tabella 80 individua per la sola riabilitazione intensiva RD1 (e l'età evolutiva RD2) n. 291 PL. Mentre assegna per il Residenziale Estensiva PL 1.282. Oggi i PL accreditati (Riabilitazione Estensiva) in ex art. 26 sono 806. Questo significa che quando i PL dell'ex art. 26 spariranno non ci sarà copertura della Residenzialità Estensiva. Inoltre lo stesso 83 afferma che l'RD1 si aggiunge e riqualifica l'ex art. 26 non che lo elimina come invece, in pratica, viene fatto con l'applicazione di questa delibera.

ALL. 5

7) di stabilire che il fabbisogno programmato con DCA 83/2019 di posti letto a livello regionale per la riabilitazione intensiva extraospedaliera (RD1 intensiva) può essere soddisfatto, secondo le modalità di cui all'Allegato 2, con l'attivazione di offerta da parte di soggetti, prioritariamente e nell'ordine, attraverso:

Il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/5/22 prescrive a pag. 16, al punto 3 "Analisi del bisogno di salute", "(...) valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio)". Mentre il fabbisogno del DCA 83 è determinato sulla base della popolazione residente.

ALL. E

7a. la trasformazione dei posti letto ex art. 26 accreditati e accreditati in eccesso in corso di riconversione non ancora conclusa nell'ambito di un eventuale aggiornamento di accordo di riconversione già sottoscritto, per un numero massimo di posti letto tra quelli già accreditati o accreditati in eccesso.

a) Con DCA 116/14 la Regione decise, sul principio sbagliato e irragionevole della territorialità, di riconvertire in RSA il 40% dei p.l. residenziali ex art. 26 L. 833/78 del salernitano, tra cui quelli di Villa dei Fiori e della Coop. Sanatrix Nuovo Elaion. Con DDCCAA nn. 89/2019 e 9/2020 la Regione Campania definì gli accordi di riconversione di parte dei p.l. residenziali ex art. 26 dei centri di riabilitazione salernitani, attribuendo a ciascuna delle due strutture accreditate (in luogo dei n. 130 p.l. ex art. 26 in precedenza riconosciuti sia a Villa dei Fiori che alla Coop. Sanatrix Nuovo Elaion) n. 57 p.l. in attività sociosanitarie e confermando n. 83 p.l. in ex art. 26.

Le due strutture in questi ultimi tre anni hanno attivato le procedure per l'adeguamento, sostenendo costi per consulenze e progettazione per l'adeguamento strutturale (si pensi che le stanze di degenza passano dagli attuali 4 posti letto a 3 posti letto). Con l'attuale delibera, a distanza di 3 anni, quanto sancito viene annullato e si vuole di fatto riconvertire le due intere strutture in RSA, danneggiando le aziende che, di fatto, si vedrebbero diminuito il numero di posti letto in quanto le volumetrie degli edifici che ospitano i pazienti non consentono la riconversione di ulteriori posti letto in RSA.

b) Inoltre la Asl Sa, solo pochi mesi fa, con delibere n. 545 del 20/4/22 e n. 827 del 23/6/22, dopo verifiche strutturali e organizzative, con riguardo specifico al personale in organico, ha attribuito le COM (Capacità Operativa Massima) pern. 130 p.l. in ex art. 26 sia a Villa dei Fiori che alla Coop. Sanatrix Nuovo Elaion. Lo stesso personale esaminato, con l'ulteriore trasformazione disposta dalla Regione Campania con DGRC n. 164/2022, risulterebbe in esubero per un numero variabile dai 50 a 77 dipendenti per struttura.

ALL. F Decreto 116/14

ALL. G DCA nn. 89/2019 e 9/20

7b. Posti letto già autorizzati come Presidio di riabilitazione residenziale estensiva ex art. 26 Legge 833/78, nei limiti del fabbisogno residuo di riabilitazione intensiva (RD1 intensiva).

8) di dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute di adottare ogni atto per l'avvio e il sollecito espletamento delle procedure connesse all'attuazione della disciplina introdotta con il presente provvedimento;

9) di impegnare le Aziende Sanitarie ad attivare sul proprio territorio una adeguata diffusione delle disposizioni contenute nel presente provvedimento;

10) di trasmettere il presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, alle Associazioni di categorie del settore e all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania nonché al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità.

DATA ADOZIONE 06/04/2022 INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA 09/06/2022



ALLEGATO 1

PRESIDI DI RIABILITAZIONE INTENSIVA ED ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA PER PERSONE CON DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI

Si definiscono presidi di riabilitazione extraospedaliera le strutture che erogano prestazioni residenziali e/o semiresidenziali che provvedono al recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, dipendenti da qualunque causa.

Le strutture di riabilitazione intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria capace di garantire il recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate, attraverso cicli di degenza diurna o continuativa.

Il presidio di riabilitazione extraospedaliera è compreso nella rete della disabilità e dei percorsi assistenziali/riabilitativi ed opera in stretta integrazione con le strutture di ricovero del sistema ospedaliero e con i servizi distrettuali territoriali per i pazienti con disabilità importanti e complesse, modificabili, provenienti sia dai reparti per acuti o dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera per il completamento dei programmi riabilitativi, sia dal territorio.

Ad ogni presidio sono preposti un Direttore sanitario e un responsabile delle funzioni amministrative.

I presidi di riabilitazione extraospedaliera si articolano in specifiche unità di cure, organizzate per attività di riabilitazione intensiva (in regime residenziale) e di riabilitazione estensiva (residenziale e semiresidenziale) non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare, per situazioni che non richiedono comunque ricovero ospedaliero.

Le Unità di cure residenziali sono state classificate dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza con il codice di attività RD1.

Le unità di cura si distinguono in:

- a) **Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)**, deputata alla presa in carico e al trattamento di persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica, con disabilità importanti e complesse, **modificabili**, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore;
- b) **Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)**, deputata alla presa in carico e al trattamento di persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 90 minuti giornalieri (6 giorni su 7) e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore
- c) **Unità di cura semiresidenziale per riabilitazione estensiva**, deputata alla presa in carico e al trattamento di persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera.

Le unità di cura di riabilitazione estensiva "RD1 estensiva" sono articolate in moduli di max 20 posti letto.

Le unità di cura di riabilitazione intensiva "RD1 intensiva" sono articolate in massimo 2 moduli di max 10 posti letto ciascuno.

L'unità di cura residenziale RD1-intensiva può essere attivata esclusivamente nei Presidi di riabilitazione per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in cui operi almeno una unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 estensiva).

Per ogni Unità di cura il "Progetto di struttura" ne esplicita le caratteristiche strutturali ed



organizzative, la vocazione, le attrezzature e le figure professionali con specifiche competenze ai fini di un contesto operativo adeguato al livello e alla complessità delle patologie trattate.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE UNITA' DI CURA DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA ED INTENSIVA,

Si riportano di seguito i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per le unità di cura di riabilitazione residenziale estensiva ed intensiva. Per i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per unità di cura semiresidenziale, si rinvia a quanto previsto dalla DGRC 7301/2001 e smi Sezione C “*Presidi di riabilitazione estensiva dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali*” ora definiti Presidi di riabilitazione extraospedaliera.

1. Requisiti minimi per unità di cura residenziale estensiva

1.1 Requisiti minimi strutturali

- a. Locali per accertamenti psicodiagnostici;
- b. Locali e palestra per terapie riabilitative;
- c. Locale soggiorno/pranzo;
- d. Cucina;
- e. Locale per attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero;
- f. Locale spogliatoi/guardaroba;
- g. Servizi igienici distinti per personale ed utenti.
- h. Camere di degenza: 9 mq per posto letto;
- i. per le camere singole: 12 mq per posto letto;
- j. Non più di 4 posti letto per camera;
- k. Nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima nelle camere a 2, a 3 e a 4 posti letto di 9 mq per il primo letto e 7 mq per i successivi;
- l. Servizio igienico per ogni camera con possibilità di accesso a rotazione completa delle carrozzine per disabili;
- m. Spazi di soggiorno
- n. Dotazione dei servizi igienici annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche.

1.2 Requisiti minimi tecnologici

- a. I locali di trattamento devono essere dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura.
- b. Allo scopo di fronteggiare eventuale emergenza dovrà essere presente un carrello di pronto soccorso con apparecchiature per l'assistenza cardio-respiratoria e farmaci di emergenza.

1.3 Requisiti minimi organizzativi

- a. Presenza di una equipe multidisciplinare che comprenda:
 - personale medico;
 - personale dell'area psicologica e pedagogica;
 - professionisti della riabilitazione;
 - personale di assistenza sociale.
- b. Per ogni paziente deve essere redatto dall'equipe multiprofessionale un progetto Riabilitativo comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità.
- c. Deve essere garantita ai pazienti e ai loro familiari una adeguata informazione con l'illustrazione del progetto riabilitativo.
- d. Deve essere garantito l'accesso dei familiari alla struttura.



- e. Deve essere previsto uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.
- f. Deve essere previsto un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti.

Per lo standard delle figure professionali e la relativa tariffa si rinvia all'Allegato 3 del presente documento.

2. Requisiti minimi per unità di cura residenziale di riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)

Oltre ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti per la riabilitazione estensiva, di cui al punto 1 del presente documento, è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

2.1 Requisiti minimi strutturali specifici

- a. Locali idonei per:
 - Ambulatorio /medicheria
 - deposito biancheria sporca
 - deposito biancheria pulita
 - vuotatoio e lavapadelle
 - tisaneria
 - soggiorno/gioco-TV/ spazio collettivo
 - deposito medicinali e presidi medico-chirurgici
 - Bagno assistito dotato di vasca per immersione totale in posizione supina
 - Spazi per la socializzazione, accoglienza e incontri con le famiglie e comunque dimensionato in relazione al numero di ospiti

2.2 Requisiti minimi tecnologici specifici

- a. Letti di degenza elettrici (per tutti i posti letto) articolati, con sponde e ruote e che si possano abbassare fino a 40 cm, con relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte"
- b. sistema di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetraplegici a succhio-soffio o con bottone;
- c. materassi antidecubito ad alta tecnologia (se a camere d'aria alternanti, deve essere prevista la possibilità di sgonfiaggio veloce per il massaggio cardiaco);
- d. carrozzine specifiche ed adattate all'utenza (a schienale alto abbattibile e pedana adattabile)
- e. poltroncine doccia;
- f. comodini bidirezionali per disabili;
- g. sistema di aspirazione elettrico per le secrezioni bronchiali;
- h. macchina per la tosse;
- i. apparecchi per aerosolterapia;
- j. sollevatore elettrico con più imbracature;
- k. seggioloni polifunzionali;
- l. apparecchiature per la somministrazione di ossigeno a norma delle disposizioni vigenti in materia;
- m. pesa persona per non autosufficienti;
- n. barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- o. carrello per l'emergenza dotato di:
 - elettrocardiografo
 - pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi
 - laringoscopio completo
 - saturimetro
 - defibrillatore automatico (eventualmente anche a disposizione della struttura)
 - dotazione di farmaci per l'emergenza



- p. materiali e strumenti appropriati per la valutazione funzionale e per l'attuazione dei programmi riabilitativi previsti per le specifiche aree di intervento.

La dotazione strumentale deve essere appropriata e correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività erogate, assicurandone uno svolgimento sicuro.

Per la riabilitazione cardiologica devono, inoltre, essere presenti:

1. Sistema Holter-ECG e Holter pressione
2. Ergometria, ecocardiografia e ECG
3. Sistema telemetrico ECG, ossimeri, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant
4. Attrezzatura per il drenaggio bronchiale
5. Strumenti per l'assistenza alla tosse

Per la riabilitazione respiratoria devono essere presenti inoltre:

1. Saturimetro
2. Spirometro
3. ECG
4. Ergometria
5. Emogasanalisi
6. Apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva e negativa
7. Broncoaspiratori
8. Strumenti per l'assistenza alla tosse
9. Apparecchi portatili per ossigeno terapia

2.3 Requisiti minimi organizzativi specifici

Le attività sono caratterizzate da un impegno di almeno 3 ore giornaliere di trattamento riabilitativo specifico, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 18 ore settimanali, e da un elevato impegno assistenziale riferibile ad interventi di nursing nelle 24 ore.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni diagnostico-valutative, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative con impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e richiedono una presa in carico da parte di un'equipe riabilitativa multiprofessionale, come indicato nel Piano di Indirizzo per la riabilitazione (2011), con il coinvolgimento degli specifici professionisti, secondo i bisogni clinico-riabilitativi e socio-assistenziali della persona.

L'equipe multidisciplinare è composta da:

- a. medico specialista in riabilitazione¹;
- b. professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, ecc)
- c. infermiere;
- d. psicologo;
- e. assistente sociale
- f. operatore socio sanitario

¹ Ai sensi del Piano di indirizzo per la riabilitazione del 2011 per medico specialista in riabilitazione "si intende un medico con specializzazione in medicina fisica ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative individuate da questo documento".



L'equipe è integrata da medici specialisti consulenti, secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività

L'equipe multidisciplinare effettua la presa in carico globale della persona, con il coinvolgimento della famiglia, attraverso l'implementazione del progetto riabilitativo individuale e provvede all'attuazione dei programmi riabilitativi previsti per le specifiche aree di intervento, in funzione delle necessità del paziente:

- a. riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- b. riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- c. riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- d. riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- e. riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- f. informazione/formazione del caregiver.

Il personale deve essere adeguato (numero di figure professionali e competenze specifiche) in relazione alla dimensione del modulo e alla tipologia di pazienti accolti.

Lo standard delle figure professionali e la relativa tariffa previsti per l'Unità di cura RD1 intensiva sono specificati nell'Allegato 3 al presente documento.



ALLEGATO 2

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI DI RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA, CRITERI DI ELEGGIBILITA' E DI ACCESSO

A modifica ed integrazione del documento allegato alla DGR 482/2004, di seguito si definiscono, alla luce del DPCM 12 gennaio 2017, la tipologia di attività di riabilitazione residenziale erogabili nei presidi di riabilitazione extraospedaliera continuativo e i criteri generali di accesso.

In relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite le stesse si distinguono in:

1. Riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)
2. Riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)

1. Riabilitazione intensiva residenziale

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità importanti e complesse, modificabili, di norma in fase successiva a quella ospedaliera, quando non è più necessaria assistenza medica nelle 24 ore, per condizioni che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore ma tali da consentire una elevata intensità di cura riabilitativa (**almeno tre ore** di trattamento riabilitativo specifico giornaliero).

Tali attività sono erogabili nell' Unità di cura residenziale di riabilitazione intensiva (RD1 intensiva).

Le prestazioni sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale

La durata dei trattamenti non supera, di norma, **i 45 giorni**, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo, vale a dire il persistere di significativo potenziale di recupero e la necessità di implementare il progetto riabilitativo per la realizzazione di programmi riabilitativi strutturati per precisi obiettivi funzionali e in un ambiente favorente il recupero per 24 ore. In quest'ultimo caso la durata del trattamento non può superare i **90** giorni complessivi. La lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica.

A conclusione del progetto riabilitativo, nei limiti sopraindicati, al paziente deve essere garantita la continuità assistenziale al proprio domicilio o in altro setting più appropriato.

In caso di permanenza in riabilitazione intensiva in RD1 oltre il valore soglia di 90 giorni e per un massimo di 120 giorni, dal 91° al 120° giorno la tariffa riconosciuta è quella determinata per la riabilitazione RD1 estensiva.

Criteri di eleggibilità

Possono accedere alla riabilitazione intensiva extraospedaliera persone affette da disabilità, provenienti da reparti per acuti o da una struttura di riabilitazione ospedaliera o dal domicilio, nella fase di post-acuzie e/o riacutizzazione della patologia invalidante, che presenta contemporaneamente i seguenti criteri:

- condizioni cliniche stabili, tali da non richiedere sorveglianza medica h 24. (In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere ad un presidio di riabilitazione extraospedaliera).
- necessità di un alto supporto assistenziale ed infermieristico nelle 24 ore.
- potenzialità di significativo miglioramento funzionale in un tempo definito nella fase di immediata post-acuzie e/o riacutizzazione della patologia invalidante.
- sostenibilità al trattamento riabilitativo intensivo in base alla modificabilità del quadro funzionale (le condizioni cliniche del paziente sono tali da permettere un trattamento riabilitativo, da somministrarsi con l'approccio interdisciplinare, di almeno tre ore al giorno di attività riabilitative specialistiche;
- capacità del paziente di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo



2. Riabilitazione estensiva residenziale

Gli interventi di riabilitazione estensiva, **in regime residenziale**, sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità complesse, con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 90 minuti giornalieri di trattamento specifico e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore.

Tali attività sono erogabili sono erogabili nell' Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 estensiva).

La durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo, vale a dire il persistere di potenziale di recupero e la necessità di implementare il progetto riabilitativo per la realizzazione di programmi riabilitativi strutturati per precisi obiettivi funzionali in un ambiente favorente il recupero per 24 ore. In ogni caso la durata massima dei trattamenti in riabilitazione estensiva non deve essere superiore a 180 giorni. Il permanere in tale setting oltre i 180 giorni costituisce inappropriata clinica per cui si procederà alle dimissioni o alla collocazione del paziente in altro setting assistenziale più appropriato.

Le prestazioni sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale

Criteria di eleggibilità

Possono accedere alla riabilitazione estensiva territoriale extraospedaliera, persone affette da disabilità provenienti da reparti ospedalieri, case di cura, P.O., A.O., ecc. o dal domicilio, nella fase di post-acuzie e/o riacutizzazione della patologia invalidante per la continuità delle cure, o provenienti da Unità di cure di riabilitazione RD1 intensiva per la prosecuzione del percorso riabilitativo, che presentano contemporaneamente i seguenti criteri:

- Sostenibilità al trattamento riabilitativo, in base alla modificabilità del quadro funzionale
- Condizioni cliniche generali sufficientemente stabilizzate da non richiedere sorveglianza medica nelle 24 ore
- Disabilità complessa a più lento recupero funzionale
- Aggravamenti di condizioni precedentemente stabilizzate che non possono utilmente giovare di un trattamento intensivo
- Necessità assistenziale non erogabile in regime ambulatoriale o domiciliare
- Il paziente deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo

3. Criteri generali di accesso alla riabilitazione extraospedaliera estensiva ed intensiva

L'accesso ai trattamenti di riabilitazione extraospedaliera avviene previa valutazione multidimensionale/multidisciplinare che deve tener conto dei seguenti elementi fondamentali:

- stabilità e complessità clinica
- livello di funzionalità ed autonomia
- gradiente di modificabilità delle menomazioni e disabilità
- stato cognitivo e comportamentale
- collaborazione e adesione alla terapia
- resistenza alle attività fisiche e cognitive.

Il livello di gravità e complessità della disabilità sono quantificati attraverso specifiche scale standardizzate che consentono di valutare sia l'adeguatezza dell'allocazione che la progressione del paziente e il recupero funzionale.

L'accesso ai trattamenti extraospedalieri di riabilitazione presuppone la definizione di un **progetto riabilitativo individuale** contenente:

- la valutazione multidimensionale (definizione del complesso integrato dei bisogni della



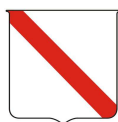
persona, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socioeconomiche);

- la valutazione multidisciplinare del bisogno riabilitativo;
- le aree di intervento;
- gli obiettivi attesi in termini di recupero delle abilità;
- le strategie e le risorse per realizzarli;
- le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi;
- i responsabili dei programmi riabilitativi;
- le misure di esito;
- i tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti.

L'equipe riabilitativa, al completamento del progetto riabilitativo, individua il setting assistenziale per l'eventuale prosecuzione delle cure o provvede alla dimissione del paziente.

In caso di paziente ricoverato in ambito ospedaliero (case di cura, P.O. A.O. ecc) che dimette, ove non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il Direttore del Distretto di residenza, sulla base della relazione inviata dal Responsabile del reparto che dimette, dispone il ricovero in RD1 (estensiva/intensiva) con riserva di completare l'iter procedurale di accesso, mediante la relazione del progetto riabilitativo entro 7 giorni dall'inserimento in struttura; la struttura ospitante si atterrà ad attuare il percorso individuato dalla struttura proponente fino alla redazione/revisione/implementazione del progetto riabilitativo da parte del distretto medesimo. L'ammissione con tale procedura non ne modifica la durata massima prevista nel presente documento.

La fornitura dei farmaci, relativamente al primo ciclo di terapia a seguito di dimissione di cui all'art. 8 del D.L. 405/2001 deve essere effettuata dalla farmacia della struttura che dimette e gli stessi ricompresi nel prontuario farmaceutico regionale – PTR. Le terapie farmacologiche da somministrare nel periodo di degenza dovranno essere garantite anche per il tramite della ASL di pertinenza della struttura sanitaria nelle forme dalle stesse convenute.



ALLEGATO 3

Requisiti organizzativi e tariffa per Unità di cure residenziali di riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)

Tipologia di personale	Minuti/die/pz
medico specialista in riabilitazione	9
professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale)	180
Terapista Coordinatore per presidio	2
infermiere h24	126
psicologo	3
assistente sociale	3
operatore socio sanitario (su tre turni)	108

La tariffa piena giornaliera è pari a € 204,87

La tariffa come sopra definita dal 91° al 120 giorno è pari alla tariffa RD1 estensiva € 152,77

Requisiti organizzativi e tariffa per Unità di cure residenziali di riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)

Tipologia di personale	Minuti/die/pz
medico specialista in riabilitazione	6
professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale)	90
Terapista Coordinatore per presidio	2
infermiere	75
psicologo	3
assistente sociale	3
operatore socio sanitario (su tre turni)	126

La tariffa piena giornaliera è pari a € 152,77