

Segue decreto n.  
IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 9 gennaio 2013)

**OGGETTO:** Decreto commissariale n. U00247/2014. Programmi operativi per il triennio 2013- 2015. Riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale. Piano regionale per l'attivazione di posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;

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

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato nominato il Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, quale Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

PRESO ATTO che con la suddetta deliberazione sono stati, altresì, confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro-tempore* della Regione Lazio con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 come riformulato con la successiva Deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal 2013;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 è stato nominato l'arch. Giovanni Bissoni, a decorrere dal 2 dicembre 2014, subcommissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTO decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135 recante disposizioni in materia di revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;

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

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

VISTA la legge 12 novembre 2011 n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2012)”;

VISTA la legge 27 febbraio 2014, n. 15 di conversione, con modificazione, del decreto legge 31.12.2013, n. 150 “Proroga di termini previsti da disposizioni legislative”;

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

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012, con particolare riferimento all’art. 9, che prevede la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali nei confronti di pazienti anziani e di altri soggetti non autosufficienti, l’agevolazione di processi di deospedalizzazione, nonché l’adozione di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA, in merito alla dotazione di posti letto di residenzialità e semiresidenzialità delle strutture, oltre che l’organizzazione dell’assistenza domiciliare;

Segue decreto n.  
IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 9 gennaio 2013)

nonché all'art. 13, comma 14 circa il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTA la legge regionale 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 legge regionale 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 legge regionale 11 agosto 2008, n. 14 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio”;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2010, n. 3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio”;

VISTA la legge regionale 24 dicembre 2010, n. 9 “Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2011 (art. 12, comma 1, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25)”;

VISTA la legge regionale 13 agosto 2011, n. 12 “Disposizioni collegate alla legge di assestamento di bilancio 2011-2013”;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2013, n. 13 “Legge di stabilità regionale 2014”;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2013, n. 14 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2014-2016”;

VISTA la legge regionale 14 luglio 2014, n. 7 ed in particolare l'art. 2, commi dal 73 al 77 in materia di verifica regionale di compatibilità con il fabbisogno assistenziale;

VISTO il regolamento regionale 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) e successive modificazioni ed integrazioni”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 6 maggio 1997, n. 2499 "Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle Residenze Sanitarie Assistenziali. Leggi regionali 41/93, 55/93 e regolamento regionale 6 settembre 1994, n. 1”;

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”
- 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”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 25 gennaio 2008, n. 40 “Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l’ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 8 maggio 2008, n. 325 “Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 8 maggio 2008, n. 326 “Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0087 del 18 dicembre 2009 “Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0017 del 9 marzo 2010 “Atto ricognitivo di cui al decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003”;

VISTO il ddel Commissario *ad acta* n. U0080 del 30 settembre 2010 “Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0082 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”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0090 del 10 novembre 2010 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All.3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie), L.R. 10 Agosto 2010, n. 3”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0103 del 17 dicembre 2010 “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Riorganizzazione e riqualificazione dell’offerta assistenziale ai sensi dei decreti commissariali n. U0017/2008 e n. U0048/2010. Definizione degli elementi di riferimento per l’articolazione dell’offerta nei diversi livelli prestazionali finalizzato alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione”;

Segue decreto n.  
IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 9 gennaio 2013)

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0111 del 31 dicembre 2010 “Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - integrazioni e modifiche”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0006 del 19 gennaio 2011 “Decreto commissariale n. U0103 del 17.12.2010. Istituzione di una Unità di Cure Residenziali Intensive (UCRI) presso l’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U0008 del 10 febbraio 2011 “Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta n. U0013 del 23 marzo 2011 “Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio sanitarie private - Regolamentazione e verifica requisiti”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00038 del 1 marzo 2012 “Modalità e termini per la presentazione alla Regione Lazio della domanda di conferma dell'autorizzazione all'esercizio, ai sensi Legge Regionale n. 4/2003 e successive modifiche e integrazioni, in attuazione della Legge Regionale n. 9 del 24/12/2010, art. 2 comma 17”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00039 del 20 marzo 2012 “Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00099 del 15 giugno 2012 “Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n.U0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00100 del 18 giugno 2012 “Avvio delle procedure di accreditamento istituzionale ai sensi dell’art. 8-quater, comma 7, D. Lgs 502/92 e s.m.i. di nuovi posti residenza riservati a persone non autosufficienti, anche anziane, tipologia di trattamento di mantenimento”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00146 del 6 agosto 2012 “Integrazioni al decreto del Commissario ad Acta n. U00100 del 18.06.2012”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00431 del 24 dicembre 2012 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00076 dell’8 marzo 2013 “Assistenza territoriale. Rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti,

Segue decreto n.  
IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 9 gennaio 2013)

anche anziane ai sensi del decreto commissariale n. U00039/2012”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta n. U00101 del 9 aprile 2013 “Sistema tariffario e definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR - RSA e Assistenza residenziale intensiva;

VISTO il decreto del Commissario ad acta n. U00105 del 9 aprile 2013 “Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Approvazione documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane;

VISTO il decreto del Commissario ad acta n. U00426 del 4 ottobre 2013 “Procedura di conferma dell’autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo di strutture sanitarie e socio-sanitarie private. Regolamentazione conclusiva”;

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 30.10.2014 “L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 – Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta n. U00361 del 31 ottobre 2014 “DCA n. U00247 del 25.7.2014 - Programmi operativi regionali per il triennio 2013- 2015. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della “SUITE InterRai” per l’area della non autosufficienza e per le cure palliative”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00368 del 31 ottobre 2014 “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. U00372 del 12 novembre 2014 “L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 – Attuazione delle disposizioni di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 30.10.2014 concernente “Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale.”;

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 26 novembre 2014 “Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”.

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. U00413 del 26 novembre 2014 “Attuazione delle disposizioni previste dal DCA n. U00359 del 30.10.2014 concernente “Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale.” - Atto ricognitivo delle strutture sanitarie e socio sanitarie previsto dall’art. 5, dell’allegato “1”, del DCA n. U00359/2014”

PRESO ATTO del decreto commissariale n. U00039 il quale, nel ridefinire i livelli prestazionali per le strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, prevede che *“all’interno di una singola struttura possono coesistere nuclei assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento) allo scopo di qualificare l’assistenza, garantire la continuità delle cure, migliorare l’appropriatezza delle prestazioni e contenere la spesa”*;

PRESO ATTO che l’art. 7, comma 1bis, della legge n. 15/2014, di conversione, con modificazione, del D.L. n. 150/2013, nel modificare l’art. 1, comma 796, lettera t), della legge 27.12.2006, n. 296 dispone che *“le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio sanitarie, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all’articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992. Qualora le regioni non provvedano ai citati adempimenti entro il 31 ottobre 2014, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, e sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nomina il Presidente della regione o altro soggetto commissario ad acta ai fini dell’adozione dei predetti provvedimenti”*;

PRESO ATTO che il decreto commissariale n. U00247/2014, tra gli obiettivi programmati nell’ambito del percorso *“di riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza territoriale, a supporto del processo di riequilibrio tra l’offerta ospedaliera e quella territoriale, anche tenendo conto dell’evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico”*, prevede che *“La Regione intende*

- *Ridefinire il fabbisogno per i diversi livelli e prestazioni di assistenza, tenendo conto delle disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito con Legge 135/2012 e delle osservazioni ministeriali espresse. La ridefinizione del fabbisogno è da intendersi relativamente all’unità territoriale di riferimento, che, per la città di Roma, non è più la singola ASL ma è rappresentata da un territorio più vasto, omogeneo per caratteristiche socio demografiche, urbanistiche e di offerta di servizi. L’Area metropolitana di Roma non si configura come nuova macro area socio sanitaria ma va considerata un’aggregazione di territori omogenei al solo fine di individuare un criterio utile ad una determinazione più puntuale del fabbisogno.*
- *Formulare un piano regionale con il supporto delle Direzioni aziendali per l’attivazione dei posti residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza in caso di fabbisogno non soddisfatto, con indicatori di valutazione quali il numero di posti residenziali e semiresidenziali attivati sul numero di posti da fabbisogno stimato. Sulla base della nuova articolazione territoriale descritta al punto precedente, ai fini del fabbisogno verranno, con il supporto delle Direzioni aziendali, verranno programmati e attivati i nuovi posti residenziali e semiresidenziali, tenendo conto delle specificità territoriali e delle liste di attesa aziendali e del tasso di occupazione dei posti residenziali (risultando dall’analisi dei dati SIRA un tasso di occupazione, per alcune strutture, al di sotto del 80%), fatto salvo quanto previsto e confermato a livello regionale in termini di dotazione complessiva dai DCA 39/2012 e 76/2013;*

PRESO ATTO dei dati di fabbisogno stimato (standard 2,5% pop.  $\geq 75$  anni), nonché dell’offerta assistenziale attuale e potenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, ripartiti per aziende usl nei livelli prestazionali previsti dalla vigente normativa (intensivo, estensivo/estensivo per disturbi cogn. comportamentali gravi e mantenimento A e B in regime residenziale ed estensivo per disturbi cogn. comportamentali gravi e mantenimento in regime semiresidenziale) agli atti della competente Direzione, elaborati sulla scorta dei dati di popolazione ISTAT al 1 gennaio 2014, degli esiti dei

processi di accreditamento istituzionale tuttora in corso, nonché degli ulteriori procedimenti autorizzativi in via di definizione relativi ai

- posti residenza con accreditamento provvisorio
- posti residenza oggetto di riconversione
- posti residenza ex art. 20 legge 67/1988
- posti residenza autorizzati all'esercizio
- posti residenza con parere favorevole alla realizzazione ante LR 4/2003
- posti residenza con parere favorevole alla realizzazione post LR 4/2003)

di cui all'allegato A del presente provvedimento, dai quali emerge sull'intero territorio regionale

- carenza di p.r. per i livelli intensivo ed estensivo/estensivo per disturbi cogn. comp. gravi;
- eccedenza di p.r. per il livello mantenimento A ed insufficienza di p.r. per il livello mantenimento B rispetto ad una carenza complessiva di circa 800 p.r. nel livello mantenimento;
- carenza di posti per i livelli estensivo per disturbi cogn. comp. e mantenimento in regime semiresidenziale;

PRESO ATTO degli esiti della riunione dello scorso 11 dicembre, tenutasi presso la competente Direzione regionale, nella quale i referenti delle Aziende usl territoriali, espressamente invitati dalla competente Direzione, al fine di supportare la Regione nella formulazione del piano per l'attivazione dei posti residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza in caso di fabbisogno non soddisfatto, come previsto dal citato DCA n. U00247/2014, hanno fornito ogni utile informazione soprattutto in merito alle liste di attesa aziendali, ai dati di struttura, nonché rispetto alle criticità e problematiche a vario titolo riscontrate nel territorio di competenza, come di seguito sinteticamente riportate:

- condivisa esigenza di attivare ulteriori posti residenza per il livello intensivo ed estensivo/estensivo per disturbi cogn. comp. gravi, nei limiti del fabbisogno previsto;
- a fronte di liste di attesa nel complesso non rilevanti (ad esclusione del livello mantenimento B), il tasso di occupazione dei posti non risulta particolarmente elevato stante l'impegno economico a carico dell'utente, sul quale grava la compartecipazione della retta e che preferisce ricorrere a soluzioni alternative, quali l'assistenza al proprio domicilio;
- l'attuale sistema dell'offerta appare nel complesso inadeguato ed non sufficientemente flessibile nel fornire risposte coerenti con il bisogno assistenziale dell'utenza; le strutture residenziali dovrebbero essere in grado di fornire risposte adeguate alle variazioni delle condizioni clinico-assistenziali (peggioramento/miglioramento) dei pazienti;
- l'individuazione del fabbisogno dovrà progressivamente tener conto degli elementi emergenti dalla valutazione multidimensionale e dei conseguenti profili assistenziali, senza prescindere dalla consistenza dell'attuale offerta in questa area assistenziale;

RITENUTO, pertanto, necessario approvare il documento "Piano regionale per l'attivazione di posti residenziali e semiresidenziali" di cui all'allegato A al presente provvedimento, che ridefinisce, ai sensi del DCA n. U00247/2014, il fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti anche anziane, nell'ambito del complessivo processo di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale in corso, tenuto conto delle valutazioni ed osservazioni prodotte dalle Aziende usl regionali e sulla scorta delle indicazioni ministeriali fornite in sede di valutazione del decreto commissariale n. U00076/2013 (prot. Lazio-120-08/03/2013-0000077-A) nel quale *"si segnala che l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti, anche anziane*

*rappresenta una delle aree più critiche della regione, per la cronica carenza di offerta sul territorio regionale...la attivazione di ulteriori 1000 posti letto residenziali nel 2013 e 2000 nel 2014...pur apprezzabile, sembra tuttavia insufficiente rispetto al bisogno assistenziale, mantenendosi ancora ben al di sotto del valore normale indicato dal Comitato LEA (10 più p.l. ogni 1000 anziani)...”, ritenendo di porre in essere prioritariamente le seguenti azioni:*

- valutare gli esiti del processo di accreditamento definitivo delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, tuttora in corso;
- attivare ulteriori posti residenza per i livelli intensivo ed estensivo/estensivo per disturbi cognitivo comportamentali gravi, nei limiti del fabbisogno previsto;
- attivare ulteriori posti residenza per il solo livello mantenimento B (e non anche per il livello mantenimento A che risulta già ampiamente soddisfatto), nei limiti del fabbisogno previsto;
- attivare ulteriori posti semiresidenziali per i livelli estensivo per disturbi cogn. comp. gravi e mantenimento, nei limiti del fabbisogno previsto;
- prevedere un sistema di offerta territoriale residenziale e semiresidenziale maggiormente flessibile, mirato alla effettiva valutazione del bisogno assistenziale dell’utenza, nel quale le strutture possano contenere nuclei di assistenza o quote di posti residenza di diverso livello di trattamento (mantenimento A e B), al fine di garantire l’appropriatezza delle prestazioni in accordo con la variabilità delle condizioni clinico-assistenziali dei pazienti;
- porre in atto azioni finalizzate all’aumento dell’offerta di assistenza domiciliare con l’obiettivo di evitare/ritardare l’istituzionalizzazione della persona mantenendola il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita con contestuale valorizzazione della rete di supporto informale;

#### DECRETA

Per le motivazioni descritte nelle premesse che costituiscono parte integrante del presente provvedimento

- di approvare il documento “Piano regionale per l’attivazione di posti residenziali e semiresidenziali” di cui all’allegato A al presente provvedimento, che ridefinisce, ai sensi del DCA n. U00247/2014, il fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti anche anziane, nell’ambito del complessivo processo di riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza territoriale in corso, elaborato sulla scorta delle valutazioni ed osservazioni prodotte dalle Aziende usl regionali, nonché delle indicazioni ministeriali in materia;
- di dare mandato alla competente Direzione regionale di porre in atto le azioni necessarie al fine di ottemperare alle indicazioni di cui al Piano che si approva con il presente provvedimento, ritenendo di porre in essere prioritariamente le seguenti azioni:
  - valutare gli esiti del processo di accreditamento definitivo delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, tuttora in corso;
  - attivare ulteriori posti residenza per i livelli intensivo ed estensivo/estensivo per disturbi cognitivo comportamentali gravi, nei limiti del fabbisogno previsto;
  - attivare ulteriori posti residenza per il solo livello mantenimento B (e non anche per il livello mantenimento A che risulta già ampiamente soddisfatto), nei limiti del fabbisogno previsto;
  - attivare ulteriori posti semiresidenziali per i livelli estensivo per disturbi cogn. comp. gravi e mantenimento, nei limiti del fabbisogno previsto;

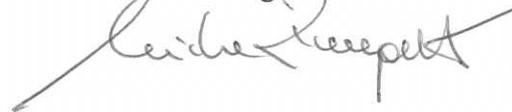
Segue decreto n.  
IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 9 gennaio 2013)

- prevedere un sistema di offerta territoriale residenziale e semiresidenziale maggiormente flessibile, mirato alla effettiva valutazione del bisogno assistenziale dell'utenza, nel quale le strutture possano contenere nuclei di assistenza o quote di posti residenza di diverso livello di trattamento (mantenimento A e B), al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni in accordo con la variabilità delle condizioni clinico-assistenziali dei pazienti;
- porre in atto azioni finalizzate all'aumento dell'offerta di assistenza domiciliare con l'obiettivo di evitare/ritardare l'istituzionalizzazione della persona mantenendola il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita, con contestuale valorizzazione della rete di supporto informale.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nei termini di gg 60 (sessanta) dalla notifica ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gg 120 (centoventi).

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

Nicola Zingaretti



**Riorganizzazione e riqualificazione  
dell'assistenza territoriale**

*Piano regionale per l'attivazione di posti  
residenziali e semiresidenziali per persone non  
autosufficienti, anche anziane*

*(Decreto commissariale n. U00247/2014)*

L'attuale sistema residenziale e semiresidenziale prevede tre livelli: intensivo, estensivo e di mantenimento (Alto e Basso). Le RSA di mantenimento svolgono una funzione di lungo-assistenza mentre il livello estensivo dovrebbe garantire una funzione, di fatto oggi non presente sul territorio, caratterizzata da un *turn over* piuttosto rapido dei pazienti (durata pari a 2 o 3 mesi), prestazioni estensive limitate nel tempo finalizzate al recupero di situazioni funzionali attraverso interventi mirati, per consentire al paziente di rientrare al proprio domicilio o nel circuito di mantenimento. Il livello intensivo è invece relativo a situazioni più complesse che necessitano di assistenza sanitaria maggiore (per es. SLA prossime al fine vita).

L'accesso avviene mediante il sistema RUG (Resource Utilization Groups), costruito utilizzando come base informativa il RAI (Resident Assessment Instrument), e precisamente una parte del MDS (Minimum Data Set). Il sistema RUG adottato nel Lazio è strutturato in 30 classi di assorbimento omogeneo di risorse, definite sulla base di criteri generali clinico assistenziali e/o sul punteggio relativo alla scala ADL.

Il DCA U00076/2013 definisce la correlazione tra classe RUG e tipologia di trattamento.

Correlazione RUG / trattamenti residenziali (DCA 76/2013)			
Tipologia di trattamento	Descrizione criteri di inclusione per tipologia di trattamento	Classi RUG che contengono tali criteri e orientano l'leggibilità	Onere
INTENSIVO	Necessità di trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali rivolti a persone, anche anziane, gravemente compromesse (ventilazione meccanica assistita, nutrizione artificiale protratta e completa, trattamento di stati vegetativi o coma prolungato, malattie neurodegenerative progressive, ecc.),	SE3 E IN PARTE SE2 - SE1	100% SSR
ESTENSIVO	Necessità di trattamenti estensivi a persone non autosufficienti-, anche anziane, da poco stabilizzate e ancora con una elevata necessità di tutela sanitaria (cure mediche, cure infermieristiche pluri—quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia e.v., nutrizione artificiale completa, lesioni da decubito profondo, dialisi ecc.),	SE2 - SE1 E IN PARTE SSC - SSB - SSA	100% SSR
ESTENSIVO per disturbi cognitivo - comportamentali gravi	Necessità di trattamenti estensivi a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che necessitano di interventi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico".	IB2 - IB1 - BB2 - BB1 E IN PARTE IA2 - IA1 - BA2 - BA1	100% SSR
MANTENIMENTO A	Necessità di trattamenti di mantenimento a persone non autosufficienti-, anche anziane, stabilizzate da tempo con una alta necessità di tutela sanitaria (cure mediche, cure infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia e.v., nutrizione artificiale parziale o transitoria, lesioni da decubito, dialisi, ecc.),	SSC - SSB - SSA - CC2 - CC1 - CB2 - CB1 E IN PARTE CA2 - CA1 - IA2- IA1 - BA2 - BA1- PE2 - PE1	50% SSR
MANTENIMENTO B	Necessità di trattamenti di lungoassistenza / mantenimento anche di tipo riabilitativo a persone non autosufficienti, anche anziane, con -media - bassa necessità di tutela sanitaria.	CA2 - CA1 - PE2- PE1 - PD2 - PD1 -PC2 - PC1 E IN PARTE PB2 - PB1	50% SSR

Il RUG è uno strumento di classificazione del *case mix*; identifica quindi il livello di assistenza più appropriato per il paziente e consentirebbe di collegare le classi o aree RUG al sistema di rimborso (con tariffe differenziate, tarate sullo staff impegnato per assistere quel determinato paziente).

L'attuale assetto del sistema di assistenza residenziale e semiresidenziale prevede che le strutture vengano accreditate e contrattualizzate sulla base di un numero dato di posti residenza suddivisi in intensivi, estensivi, di mantenimento (Alto e Basso); le condizioni clinico assistenziali dell'ospite, però, possono richiedere un maggiore o minore impegno di assistenza che può comportare un diverso carico assistenziale da dedicare all'assistito. Potranno, pertanto, verificarsi periodi in cui sia presente un *case mix* di ospiti diverso rispetto alla configurazione per la quale, alla struttura, è stato rilasciato il titolo di accreditamento (trattamenti intensivi, estensivi, di mantenimento).. Qualora in una struttura di "Mantenimento Basso", le condizioni cliniche di un ospite richiedano un *setting* assistenziale di "Mantenimento Alto", tale ospite si troverebbe in un contesto inappropriato

(assistenza su un posto residenziale accreditato per il Mantenimento Basso a un ospite che ha bisogno di assistenza di Mantenimento Alto), con il rischio di non garantire l'impegno assistenziale necessario. Al contrario, un ospite che richiede un *setting* assistenziale di "Mantenimento Basso", se inserito in una struttura accreditata per il "Mantenimento Alto", riceverà un impegno assistenziale superiore a quello necessario.

Il DCA n. U00103/2010, in tema di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta assistenziale ai sensi del Decreto commissariale n. U0017/2008, con riferimento alle Residenze Sanitarie Assistenziali, evidenzia l'opportunità di interpretare i nuclei come una struttura flessibile in cui è ragionevole che venga assistita anche una percentuale di ospiti appropriati per altri livelli, il cui numero ed intensità assistenziale possa essere in linea con i requisiti organizzativi necessari per garantire l'assistenza basata sul *case mix* presente in quel momento all'interno della struttura.

Successivamente il decreto commissariale n. U00039/2012, nel ridefinire i livelli prestazionali per le strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, prevede che *"all'interno di una singola struttura possono coesistere nuclei assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento) allo scopo di qualificare l'assistenza, garantire la continuità delle cure, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e contenere la spesa"*.

Potranno essere definite, nell'ambito delle singole strutture, sulla base delle tipologie di trattamento previste dalla normativa vigente — trattamenti di mantenimento Alto e Basso — combinazioni di trattamenti a seconda delle esigenze assistenziali e del profilo di *case mix* determinato dal RUG (organizzazione per intensità di assistenza) nei limiti dei posti residenza autorizzati e accreditati, nonché del tetto di budget. Le possibili variazioni potranno permettere l'impiego di risorse riferibili al personale adeguatamente proporzionate rispetto alle diverse combinazioni omogenee quantificabili sulla base di standard predefiniti. La remunerazione sarà corrisposta in rapporto al *case mix* del periodo di fatturazione, restando inteso che il tetto di spesa annuale, fissato con decreto commissariale e contrattualizzato con la ASL competente per territorio, debba ritenersi invalicabile. Il tetto di spesa, assegnato per singola struttura, viene stabilito valorizzando la produzione massima erogabile sulla base dei posti residenza autorizzati e accreditati, applicando le tariffe vigenti di cui al DCA n. U00101/2013.

Relativamente all'attuale classificazione definita dal predetto decreto commissariale n. U00039/2012 e s.m.i. e da un'analisi dei dati recenti, è possibile stimare la composizione del fabbisogno in trattamenti di mantenimento Alto pari al 55% e di mantenimento Basso pari al 45%; di conseguenza è presumibile attendersi, nel tempo, distribuzioni equivalenti nelle strutture, a partire da quelle in cui, attualmente, sono presenti entrambi i livelli.

Si riportano di seguito i dati di fabbisogno e di offerta assistenziale delle strutture residenziali e semiresidenziali in argomento.

TAB. 1 - FABBISOGNO STIMATO DI POSTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI 2014			
Tipologia di trattamento		%	Numero posti
Intensivo residenziale		2	273
Estensivo residenziale		9	1228
Estensivo residenziale per dist. cogn. comportamentali gravi		5	682
Estensivo semires. per dist. cogn. comportamentali gravi		5	682
Mantenimento residenziale		74	10096
Mantenimento semiresidenziale		5	682
<b>TOTALE</b>		<b>100</b>	<b>13643</b>

**TAB. 2 - FABBISOGNO STIMATO DI POSTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI 2014 SUDDIVISO PER AZIENDE USL**

AZIENDA USL	FABBISOGNO STIMATO COMPLESSIVO						N. POSTI TOTALI
	N. POSTI INTENSIVO	N. POSTI ESTENSIVO	N. POSTI ESTENSIVO DIST. COGN. COMP. GRAVI	N. POSTI MANTENIMENTO A /B	N. POSTI MANTENIMENTO SEMIRESIDENZ.	N. POSTI ESTENSIVO DIST. COGN. COMP. GRAVI SEMIRESIDENZ.	
ROMA CAPITALE (RMA/RME)	158	712	396	5855	396	396	7913
RMF	13	60	34	496	34	34	671
RMG	21	94	52	769	52	52	1040
RMH	23	103	57	852	57	57	1149
VT	18	81	45	667	45	45	901
RI	10	45	25	369	25	25	499
LT	3	12	6	96	6	6	129
FR	27	121	67	992	67	67	1341
<b>TOTALE</b>	<b>273</b>	<b>1228</b>	<b>682</b>	<b>10096</b>	<b>682</b>	<b>682</b>	<b>13643</b>

**TAB. 3 - FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA RESIDENZIALE INTENSIVO ATTUALE E POTENZIALE 2014**

Azienda usl	Fabbisogno di posti residenza	Offerta di posti residenza		Differenza Fabbisogno/Offerta
		Con onere a carico del SSR	In itinere/da riconversione	
ROMA CAPITALE (RMA/RME)	158	40	40	-78
RMF	13	0	0	-13
RMG	21	0	0	-21
RMH	23	0	0	-23
VT	18	10	7	-1
RI	10	0	0	-10
LT	3	0	20	17
FR	27	40	0	13
<b>Totale</b>	<b>273</b>	<b>90</b>	<b>67</b>	<b>-116</b>

**TAB. 4 - FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA RESIDENZIALE ESTENSIVO POTENZIALE 2014**

Azienda usl	Fabbisogno Estensivo	Offerta potenziale Estensivo	Offerta in itinere Estensivo (nuove autorizz.)	Differenza Fabbisogno/Offerta Estensivo	Fabbisogno Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi	Offerta potenziale Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi	Offerta in itinere Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi (nuove autorizz.)	Differenza Fabbisogno/Offerta Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi
ROMA CAPITALE (RMA/RME)	712	20	0	-692	396	0	30	-366
RMF	60	0	30	-30	34	0	20	-14
RMG	94	0	0	-94	52	0	0	-52
RMH	103	60	20	-23	57	0	20	-37
VT	81	60	0	-21	45	20	0	-25
RI	45	40	0	-5	25	0	20	-5
LT	12	70	0	58	6	20	0	14
FR	121	60	0	-61	67	63	0	-4
<b>Totale</b>	<b>1.228</b>	<b>310</b>	<b>50</b>	<b>-868</b>	<b>682</b>	<b>103</b>	<b>90</b>	<b>-489</b>

**TAB. 5 - FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA RESIDENZIALE MANTENIMENTO ATTUALE E POTENZIALE 2014**

Azienda usl	Fabbisogno di posti residenza			Offerta di posti residenza attuali e potenziali												Differenza Fabbisogno / Offerta
	Totale Fabbisogno	A	B	Totale Offerta	Con onere SSR		Da riconversione		Altre riconv.	Legge 67/988 ex art. 20 lavori conclusi	Legge 67/88 ex art. 20 lavori in corso	Autorizzati	Pareni favorevoli alla realizzazione ante L.R. 4/2003	Verifica di compatibilità LR 4/2003 Pareni favorevoli		
					A	B	A	B								
ROMA CAPITALE (RMA/RME)	5.855	3222	2633	2583	1846	431	0	10	0	0	102	0	0	194	-3.272	
RMF	496	273	223	788	611	97	0	0	0	0	80	0	0	0	292	
RMG	769	423	346	1304	1078	226	0	0	0	0	0	0	0	0	535	
RMH	852	469	383	1242	925	137	30	20	20	0	30	80	0	0	390	
VT	667	367	300	833	367	296	0	0	0	40	80	50	0	0	166	
RI	369	203	166	533	98	12	0	0	0	0	268	15	80	60	164	
LT	96	53	43	913	479	61	0	13	0	0	60	0	140	160	817	
FR	992	546	446	1104	620	274	0	0	0	20	0	40	100	50	112	
<b>TOTALE</b>	<b>10.096</b>	<b>5.556</b>	<b>4.540</b>	<b>9.300</b>	<b>6.024</b>	<b>1.534</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>20</b>	<b>60</b>	<b>620</b>	<b>185</b>	<b>320</b>	<b>464</b>	<b>-796</b>	

**TAB. 6 - FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA SEMIRESIDENZIALE ATTUALE E POTENZIALE 2014**

Azienda usl	Fabbisogno posti semires. Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi	Offerta attuale Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi	Offerta in itinere Estensivo Dist. Cogn.Comp. Gravi (nuove autorizz.)	Differenza Fabbisogno/Offert a Estensivo Dist. Cogn. Comp. Gravi	Fabbisogno posti semires. Mantenimento	Offerta attuale Mantenimento	Offerta in itinere Mantenimento (nuove autorizz.)	Differenza Fabbisogno/Offerta Mantenimento
ROMA CAPITALE (RMA/RME)	396	0	6	-390	396	18	50	-328
RMF	34	0	0	-34	34	0	28	-6
RMG	52	0	0	-52	52	10	0	-42
RMH	57	0	0	-57	57	0	40	-17
VT	45	0	0	-45	45	37	0	-8
RI	25	0	0	-25	25	7	0	-18
LT	6	0	10	4	6	26	20	40
FR	67	0	0	-67	67	20	0	-47
<b>Totale</b>	<b>682</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>-666</b>	<b>682</b>	<b>118</b>	<b>138</b>	<b>-426</b>

TAB. 7 - FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA ATTUALE E POTENZIALE DI POSTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI 2014 - QUADRO RIASSUNTIVO

Azienda usl	Fabbisogno residenziale Intensivo	Offerta residenziale Intensivo	Differenza Fabbisogno/Offerta Intensivo	Fabbisogno residenziale Estensivo	Offerta residenziale Estensivo	Differenza Fabbisogno/Offerta Estensivo	Fabbisogno residenziale Estensivo Comp. Gravi	Offerta residenziale Estensivo Comp. Gravi	Differenza Fabbisogno/Offerta Estensivo Comp. Gravi	Fabbisogno residenziale Estensivo Comp. Gravi A/B	Offerta residenziale Estensivo Comp. Gravi A/B	Differenza Fabbisogno/Offerta Estensivo Comp. Gravi A/B	Fabbisogno semiresidenziale Estensivo Comp. Gravi	Offerta semiresidenziale Estensivo Comp. Gravi	Differenza Fabbisogno/Offerta semiresidenziale Estensivo Comp. Gravi	Offerta semiresidenziale Estensivo Comp. Gravi	Fabbisogno semiresidenziale Estensivo Comp. Gravi	Differenza Fabbisogno/Offerta semiresidenziale Estensivo Comp. Gravi
ROMA CAPITALE (RMA/RME)	158	80	-78	712	20	-692	396	30	-366	5855	2583	-3272	396	6	-390	396	68	-328
RME	13	0	-13	60	30	-30	34	20	-14	496	788	292	34	0	-34	34	28	-6
RMG	21	0	-21	94	0	-94	52	0	-52	768	1304	535	52	0	-52	52	10	-42
RMH	23	0	-23	103	80	-23	57	20	-37	832	1242	390	57	0	-57	57	40	-17
VT	18	17	-1	81	60	-21	45	20	-25	667	833	166	45	0	-45	45	37	-8
RI	10	0	-10	45	40	-5	25	20	-5	369	533	164	25	0	-25	25	7	-18
LT	3	20	17	12	70	58	6	20	14	96	913	817	6	10	4	6	46	40
FR	27	40	13	121	60	-61	67	63	-4	992	1104	112	67	0	-67	67	20	-47
TOTALE	273	157	-116	1228	360	-868	682	193	-489	10096	9300	-796	682	16	-666	682	256	-426