

OGGETTO Regione Lazio: Piano per il potenziamento delle reti territoriali. Adozione documento tecnico.

## IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

### **VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:**

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le deliberazioni della Giunta regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-Regioni;
- art. 1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto: "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale";

### **VISTI per quanto riguarda i poteri:**

- la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con cui il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, è stata nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2018, n. 271, con quale è stato conferito al dott. Renato Botti, soggetto esterno all'amministrazione regionale, l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

### **VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:**

- il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i.;
- 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";
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124 e s.m.i.;
- il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;
- la legge 8 novembre 2012, n. 189;
- l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, rep. n. 82/CSR, concernente il Patto per la Salute – per gli anni 2014–2016;
- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- la legge regionale 10 agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio";

- 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)”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00606 del 30 dicembre 2016 con il quale si istituiscono le AASSLL “Roma 1” e “Roma 2”, si sopprimono le AASSLL “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E” e si ridenominano le AASSLL “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017 Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale";
- la nota prot. n 241778 del 28.3.2019 con la quale è stata trasmessa alle competenti strutture ministeriali la proposta del Programma Operativo 2019-2021;

#### **VISTI per quanto riguarda le norme in tema di autorizzazione e accreditamento:**

- 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” e s.m.i;
- 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”;
- 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;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00434 del 24 dicembre 2012 “Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2 del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00073 dell’11 marzo 2016 “Revoca del DPCA n. U00105 del 9.4.2013. Approvazione dei requisiti minimi dell’assistenza territoriale residenziale riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00283 del 7 luglio 2017 “Adozione dei Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00469 del 7.11.2017 “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00095 del 22 marzo 2018 “Approvazione delle tariffe per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017. Valutazione dell'impatto economico pluriennale. Determinazione delle Linee guida per la selezione del contraente: fasce di qualificazione e pesi ponderali; regole di assegnazione sulla base del principio di rotazione e modello esemplificativo per la valutazione delle performance a supporto della par condicio e della concorrenza”;

- decreto del Commissario ad acta n. U00519 del 28 dicembre 2018 “DPCA n. U00283/2017: elenco soggetti qualificati ai sensi del DPCA n. U00095/2018 per le attività di cure domiciliari della Regione Lazio ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00520 del 28 dicembre 2018 “Percorso di riorganizzazione della riabilitazione territoriale”;

**VISTI per quanto riguarda la definizione dei fabbisogni assistenziali e dei percorsi di riorganizzazione dell’offerta assistenziale territoriale:**

- il decreto del Commissario ad acta n. U00039 del 2 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”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00098 del 30 marzo 2016 “Riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza territoriale. Strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane. Revisione e aggiornamento del decreto del Commissario ad Acta n. U00452 del 22 dicembre 2014;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00187 del 31 maggio 2017 “Disciplina del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, in attuazione del DCA n. U00098/2016”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00016 del 18 gennaio 2018 “Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane: modifiche ed integrazioni al DCA n. U00187/2017”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00467 del 7.11.2017 “Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione”;
- il decreto del Commissario ad acta n. U00226 del 5 giugno 2018 “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale. Testo Unico”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta n. U00139 del 19 aprile 2019 “Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2019 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR per Assistenza psichiatrica e per Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane”;

TENUTO CONTO che il DCA n. U00052/2017 prevede tra i principi cui il Programma Operativo 2016-2018 fa riferimento, la necessità di *“perseguire l’equità nella tutela della salute e nell’accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno”* oltre che, al punto 12.2, *“l’implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL per l’acquisto di prestazioni territoriali... ”*;

**PRESO ATTO**

in materia di non autosufficienza

- del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane di cui al DCA n. U00187/2017 e del DCA n. U00016/2018, tuttora in atto, finalizzato peraltro ad implementare l’offerta nei territori e per i livelli maggiormente carenti (intensivo ed estensivo) e nel quale sono state individuate le seguenti tipologie di strutture che potrebbero contribuire all’incremento di posti:
  - a) strutture pubbliche oggetto di riconversione e/o di finanziamento pubblico;
  - b) strutture private ospedaliere in regime di accreditamento istituzionale disponibili alla riconversione ai sensi del DM 70/2015;
  - c) strutture private in regime di accreditamento istituzionale, che abbiano inoltrato istanza di riconversione nell’ambito di posti letto già autorizzati e accreditati;

*d) strutture private che abbiano ottenuto l'autorizzazione all'esercizio e hanno presentato istanza di accreditamento istituzionale;*

*e) strutture già autorizzate per altre attività che hanno chiesto la trasformazione ed il conseguente accreditamento;*

*f) strutture non autorizzate all'esercizio né accreditate che hanno formulato istanza, ovvero strutture già autorizzate e accreditate che hanno inoltrato istanza di ampliamento di ulteriori p.r. in autorizzazione e in accreditamento.*

*La valutazione dei procedimenti amministrativi correlati alle predette istanze, dovrà essere effettuata dall'amministrazione regionale, con la partecipazione attiva delle Aziende sanitarie locali, tenendo conto del rispetto della priorità assegnata alle strutture di cui ai richiamati punti a), b), c) e dell'esigenza di garantire una razionale e appropriata dislocazione sul territorio, anche su base distrettuale, delle strutture per loro stessa natura di "prossimità", nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie";*

in materia di disabilità

- del processo di riorganizzazione della riabilitazione territoriale di cui al citato DCA n. U00520/2018, tuttora in corso, finalizzato, tra l'altro, a
  - potenziare l'offerta laddove carente, riequilibrandone la distribuzione sul territorio;
  - tendere ad una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche mediante la ridefinizione dei criteri di eleggibilità per l'accesso ai percorsi di riabilitazione territoriale, al fine di garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate;
  - definire uno specifico percorso per la presa in carico di persone con disabilità ad alta complessità;

in materia di cure domiciliari

- del processo di riqualificazione delle prestazioni erogate in ADI ai pazienti non autosufficienti, avviato con il DCA n. U00283/2017, finalizzato, tra l'altro
  - al tendenziale raggiungimento della presa in carico ADI del 2,5% della popolazione di età => a 65 anni, come previsto dal DCA n. U00095/2018;
  - al passaggio graduale dal sistema incentrato sulla gara di appalto al modello di accreditamento istituzionale, al fine di uniformare sul territorio regionale procedure, requisiti e tariffe, al pari delle altre tipologie assistenziali;
  - ad una appropriata presa in carico dei pazienti complessi attraverso i pacchetti di prestazioni per l'Alta Complessità ed il Sollievo;
- che dalle verifiche effettuate dalle ASL sulle stime di bisogno assistenziale, è emersa la necessità di utilizzare uno strumento di valutazione multidimensionale unico a livello regionale, finalizzato ad uniformare la risposta al cittadino e quindi la classificazione dei bisogni e le correlate risorse finanziarie; ciò comporterà la verifica della coerenza degli esiti del nuovo modello di valutazione con il sistema di remunerazione definito dal DCA U00095/2018;

PRESO ATTO, inoltre

- dell'elenco dei soggetti qualificati per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCA del 12 gennaio 2017, di cui al citato DCA n. U00519/2018;
- della nota prot. n. 0221096 del 21 marzo 2019, con la quale l'Area Autorizzazione, accreditamento e controlli ha trasmesso alla competente struttura regionale i dati relativi alle strutture che risultano in possesso di accreditamento al 31.12.2018, tra le quali le strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e quelle per la riabilitazione territoriali, per i diversi setting assistenziali;

- del DCA n. U00060 del 20.2.2019 che rileva, in favore della RSA Madonna delle Grazie sita in Pontecorvo (FR), Via Farnete, n. 5, gestita dalla Soc. "T.E.A.R. S.r.l.", una riduzione del numero dei posti residenziali accreditati, da n. 95 a n. 90, dei quali n. 30 liv. ass. A e n. 60 liv. ass. B;

CONSIDERATO che

- non risultano ad oggi pervenute all'amministrazione regionale istanze di riconversione da parte delle strutture private ospedaliere di cui al DM 70/2015;
- in accordo con le indicazioni di cui al DCA n. U00016/2018 i soggetti privati, interessati ai processi di rimodulazione, ampliamento, nuova attivazione di strutture sociosanitarie, hanno provveduto ad inoltrare alla competente struttura regionale, entro il termine previsto dallo stesso provvedimento, specifica istanza;
- tutte le predette istanze saranno oggetto di valutazione, con riferimento ai previsti requisiti autorizzativi e tenuto conto della necessità di implementare l'offerta di assistenza, prioritariamente per i livelli di trattamento intensivo ed estensivo maggiormente carenti, in rapporto alla localizzazione territoriale, al bisogno aziendale rilevato, alla differenziazione dei livelli assistenziali;

TENUTO CONTO, infine, degli esiti della riunione congiunta del 28 marzo u.s. del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nonché delle successive riunioni tenutesi in sede ministeriale sulla specifica materia, nelle quali si sollecita l'amministrazione regionale a realizzare il potenziamento dell'offerta di posti residenziali per la non autosufficienza – livelli intensivo ed estensivo - a garanzia di un'adeguata risposta assistenziale ai bisogni non soddisfatti; in coerenza con il fabbisogno fissato dal DCA 467/2017;

RITENUTO, pertanto, necessario

- approvare il documento "Regione Lazio: Piano per il potenziamento delle reti territoriali", allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante;
- aggiornare i dati di fabbisogno/offerta di cui al DCA n. U00467/2017, con particolare riferimento alla non autosufficienza ed alla disabilità;
- avviare i processi di rimodulazione, ampliamento, nuova attivazione delle strutture private per la non autosufficienza che hanno già inoltrato specifica istanza all'amministrazione regionale, in accordo con le indicazioni del DCA n. U00016/2018, al fine di implementare l'offerta e garantire il razionale soddisfacimento del bisogno ad oggi rilevato sul territorio, con particolare riferimento ai livelli di trattamento maggiormente carenti (intensivo ed estensivo);
- dare mandato alla competente Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di:
  - definire la procedura da adottare in merito alla valutazione ed accoglimento delle istanze di cui al punto precedente, nel rispetto del cronoprogramma indicato nel documento allegato;
  - verificare, in materia di cure domiciliari, la coerenza degli esiti del nuovo modello di valutazione con il sistema di remunerazione definito dal DCA U00095/2018

## DECRETA

per le motivazioni indicate in premessa, che si intendono integralmente accolte di:

- approvare il documento “Regione Lazio: Piano per il potenziamento delle reti territoriali”, allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante;
- aggiornare i dati di fabbisogno/offerta di cui al DCA n. U00467/2017, con particolare riferimento alla non autosufficienza ed alla disabilità;
- avviare i processi di rimodulazione, ampliamento, nuova attivazione delle strutture private per la non autosufficienza che hanno già inoltrato specifica istanza all’amministrazione regionale, in accordo con le indicazioni del DCA n. U00016/2018, al fine di implementare l’offerta e garantire il razionale soddisfacimento del bisogno ad oggi rilevato sul territorio, con particolare riferimento ai livelli di trattamento maggiormente carenti (intensivo ed estensivo);
- dare mandato alla competente Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di:
  - definire la procedura da adottare in merito alla valutazione ed accoglimento delle istanze di cui al punto precedente, nel rispetto del cronoprogramma indicato nel documento allegato;
  - verificare, in materia di cure domiciliari, la coerenza degli esiti del nuovo modello di valutazione con il sistema di remunerazione definito dal DCA U00095/2018.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di centoventi giorni, decorrenti dalla data di notifica.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale e sul sito della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE  
Nicola Zingaretti





SALUTE LAZIO  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE  
LAZIO

## REGIONE LAZIO: PIANO PER IL POTENZIAMENTO DELLE RETI TERRITORIALI

## Sommario

Introduzione .....	2
Assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti anche anziane .....	4
Modello di intervento .....	6
Valorizzazione economica .....	7
Cronoprogramma .....	8
Assistenza a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.....	9
Modello di intervento .....	10
Valorizzazione economica .....	11
Cronoprogramma .....	11
Cure Domiciliari per persone non autosufficienti .....	12
Modello di intervento .....	12
Valorizzazione economica .....	13
Cronoprogramma .....	13

## Introduzione

Tra le azioni strategiche dei Programmi operativi 2019 - 2021 si colloca la definizione di un modello organizzativo di riferimento dell'assistenza territoriale e delle cure primarie per la regione Lazio, in grado di mettere in rete le forme associative della medicina generale e della pediatria di libera scelta con la filiera dei servizi territoriali che trovano nel Distretto la loro collocazione.

Obiettivo del nuovo modello organizzativo è rispondere efficacemente ai bisogni sanitari delle persone legati a malattie croniche e ai loro esiti, alle condizioni di fragilità e di complessità sociosanitaria. Il modello di lavoro che si vuole sviluppare si basa sulla attività di équipe multi disciplinari e multi professionali, che affrontano la cronicità in un'ottica proattiva e di equità di accesso alle cure, all'interno di un Distretto orientato alla valutazione dei bisogni e alla costruzione di risposte sanitarie integrate, anche attraverso il modello organizzativo della Casa della Salute.

Altro aspetto di rilievo dei Programmi operativi 2019 - 2021 è rappresentato dall'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere e territoriali, finalizzata alla costruzione di un percorso di continuità tra il domicilio della persona, i servizi territoriali e quelli ospedalieri. A tal fine è necessario superare l'approccio fondato su singole prestazioni e specifici atti assistenziali a favore di una presa in carico multi professionale basata sulla valutazione multidimensionale del bisogno con offerta di percorsi di cura organizzati. A seconda della tipologia dei bisogni delle persone, che possono variare da quelli di utenti potenziali dei servizi sanitari e sociosanitari a quelli espressi da persone in condizioni di instabilità clinica, occorre garantire soluzioni organizzative che migliorino l'offerta di servizi. In particolare per i cronici e per le persone non autosufficienti, si dovrà incrementare l'accessibilità alle agende ambulatoriali disponibili, strutturare specifici percorsi, organizzare la gestione attiva del follow up, creando una forte integrazione tra ospedale e servizi territoriali residenziali e domiciliari.

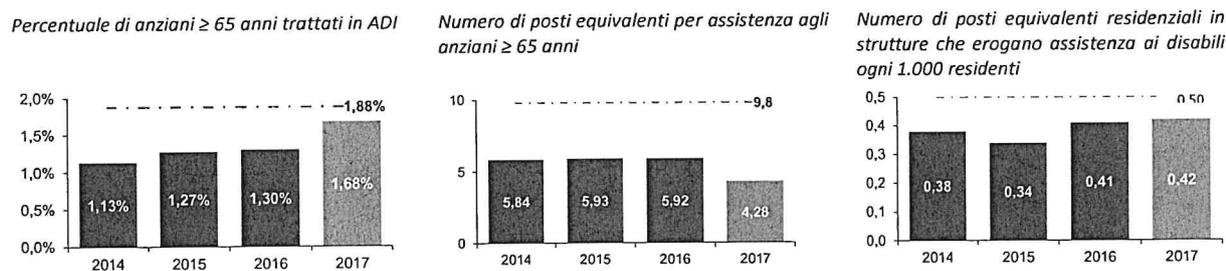
Con il DCA 46/2018 la Regione Lazio ha inoltre recepito il Piano Nazionale Cronicità (PNC), avviandone il percorso di attuazione nelle singole ASL. La Regione ha altresì adottato una serie di misure volte a potenziare il sistema di cure per i pazienti cronici, con particolare riguardo alle cure domiciliari e all'offerta residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti e alle persone con disabilità complesse. Contestualmente le ASL hanno intrapreso iniziative per la presa in carico di pazienti con specifiche patologie croniche e, in alcuni casi, avviato il percorso per una propria pianificazione in attuazione del PNC. È obiettivo dei Programmi operativi 2019 – 2021 la declinazione a livello Regionale del piano delle cronicità, supportato da un sistema di stratificazione della popolazione e dalla costruzione di percorsi di cura assistenziali secondo criteri e modelli omogenei.

Come dettagliatamente riportato nei Programmi operativi 2019-2021, le Cure Primarie rappresenteranno uno dei principali elementi a sostegno del Piano Cronicità. Già nel DCA 565/2017 è stata espressamente prevista l'effettiva presa in carico del paziente cronico/fragile da parte del medico di medicina generale attraverso il monitoraggio informatico della stessa e la verifica dell'adesione ai PDTA della popolazione interessata. Analoghe previsioni sono riportate nel DCA 40/2018 con riferimento al ruolo dei pediatri di libera scelta nella gestione delle patologie croniche. In coerenza con le linee strategiche previste con gli emanandi Piano Regionale Cronicità e ACN, si dovrà rivedere il modello organizzativo delle cure primarie e di conseguenza il nuovo Accordo integrativo regionale con Medicina generale e Pediatria di libera scelta.

Con la sopracitata programmazione per il triennio 2019-2021, la Regione Lazio vuole intervenire sul SSR per incrementare e migliorare la risposta ai bisogni della persona anche perseguendo il raggiungimento degli indicatori di riferimento utilizzati dal Comitato LEA. Al riguardo, come emerge dal verbale della riunione del 28.03.2019 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato LEA, la Regione non raggiunge i valori target per le prestazioni di assistenza domiciliare, riabilitativa e residenziale. In particolare la percentuale di anziani ( $\geq 65$  anni) assistiti in ADI risulta nel 2017, pari a 1,68%, (obiettivo  $\geq 1,88\%$ ); il numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti si attesta a 4,28 per 1.000 anziani (obiettivo  $\geq 9,8$ ), infine il numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti è pari a 0,42 (obiettivo  $\geq 0,60$ ).

Sebbene dimensionare l'offerta della rete di servizi su un solo indicatore possa in prospettiva permettere alla Regione Lazio di allinearsi ai valori mediani delle regioni italiane, l'utilizzo di tale metodo sintetico potrebbe non rappresentare un'adeguata risposta alla complessità dei bisogni della popolazione. Da specifiche analisi condotte sulla casistica trattata emerge ad esempio che per la non autosufficienza, oltre il 60% degli ospiti in mantenimento ha un'età superiore agli 80 anni, mentre nei livelli intensivo e estensivo la distribuzione per età risulta omogenea nelle diverse classi. Pertanto potrebbe essere più rappresentativo della domanda di servizi da parte della popolazione l'utilizzo di un indicatore specifico per ogni tipologia di trattamento. La determinazione dettagliata dei singoli fabbisogni per livello di intensità, dovrebbe comunque essere vista unitariamente considerando i regimi residenziale-domiciliare come complementari. In tal senso, potrebbe essere opportuno valutare anche a livello nazionale la riparametrazione degli indicatori di fabbisogno assistenziale.

Figura 1. Andamento di specifici indicatori di erogazione dei LEA nel periodo 2014-2017, area distrettuale.



Fonte: Ministero della Salute

Gli interventi per il potenziamento di queste tre reti sono stati già oggetto di programmazione regionale. In particolare, il DCA 467/2017 definisce i fabbisogni assistenziali territoriali. I DCA 187/2017 e 16/2018 individuano invece le linee di programmazione per il potenziamento dell'offerta residenziale e semiresidenziale per non autosufficienti. Il DCA 520/2018 stabilisce uno specifico percorso per la riorganizzazione dei servizi territoriali a favore delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. I DCA 283/2017 e 95/2018 definiscono il sistema di offerta per le cure domiciliari. Con il presente documento si vuole portare in un'unica e coerente pianificazione di interventi, gli atti regionali riguardanti fabbisogno, linee programmatiche e risorse disponibili, inerenti le tre reti di offerta, declinandone le azioni connesse. Al fine di garantire omogeneità e appropriatezza nella valutazione dei bisogni assistenziali, la Regione Lazio si era già dotata di uno strumento di valutazione multidimensionale standardizzato, attualmente si è in fase di gara per l'aggiudicazione del nuovo sistema.

Assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti anche anziane  
 La Regione Lazio presenta una importante carenza nell'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti. Le valutazioni ministeriali stimano un numero di posti letto equivalenti inferiore di oltre la metà rispetto al valore obiettivo (vedi sopra). Tale carenza si riscontra anche dal confronto tra fabbisogno e offerta attiva. Di seguito sono riportate le tabelle di fabbisogno regionale vigenti da DCA 467/2017 aggiornate con i dati di popolazione 2018 ed il confronto per area e per setting con l'offerta (dati di offerta aggiornati al 31 dicembre 2018). Dalle tabelle emerge una carenza di 6.399 posti residenziali (p.r.) e di 1.477 posti semiresidenziali

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI			
Azienda Sanitaria Locale	Fabbisogno	Offerta al 31/12/2018	Δ
	A	B	C = A - B
<u>Residenziale intensivo</u>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	171	60	111
Roma 4	15	0	15
Roma 5	23	20	3
Roma 6	26	0	26
Viterbo	19	10	9
Rieti	10	10	0
Latina	29	0	29
Frosinone	27	40	-13
<b>Totale Intensivo</b>	<b>320</b>	<b>140</b>	<b>180</b>
<u>Residenziale estensivo</u>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	769	0	769
Roma 4	69	0	69
Roma 5	103	57	46
Roma 6	118	20	98
Viterbo	84	0	84
Rieti	46	10	36
Latina	130	20	110
Frosinone	124	0	124
<b>Totale Estensivo</b>	<b>1.443</b>	<b>107</b>	<b>1.336</b>
<u>Residenziale estensivo cognitivo comportamentale</u>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	427	30	397
Roma 4	38	0	38
Roma 5	57	54	3
Roma 6	65	20	45
Viterbo	47	0	47
Rieti	26	20	6
Latina	72	20	52
Frosinone	69	0	69
<b>Totale Estensivo Disturbi Cogn. Comportamentali</b>	<b>801</b>	<b>144</b>	<b>657</b>

**FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI**

Azienda Sanitaria Locale	Fabbisogno	Offerta al 31/12/2018	Δ
<i>Residenziale mantenimento</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	6.320	2.202	4.118
Roma 4	569	708	-139
Roma 5	847	1.284	-437
Roma 6	968	1.062	-94
Viterbo	691	723	-32
Rieti	380	213	167
Latina	1.068	573	495
Frosinone	1.017	869	148
<b>Totale Mantenimento</b>	<b>11.860</b>	<b>7.634</b>	<b>4.226</b>

**FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI SEMIRESIDENZIALI**

Azienda Sanitaria Locale	Fabbisogno	Offerta al 31/12/2018	Δ
	A	B	C = A - B
<i>Semiresidenziale mantenimento</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	427	18	409
Roma 4	38	0	38
Roma 5	57	10	47
Roma 6	65	0	65
Viterbo	47	0	47
Rieti	26	7	19
Latina	72	10	62
Frosinone	69	20	49
<b>Totale mantenimento</b>	<b>801</b>	<b>65</b>	<b>736</b>
<i>Semiresidenziale estensivo DCCG</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	427	0	427
Roma 4	38	0	38
Roma 5	57	30	27
Roma 6	65	30	35
Viterbo	47	0	47
Rieti	26	0	26
Latina	72	0	72
Frosinone	69	0	69
<b>Totale Estensivo DCCG</b>	<b>801</b>	<b>60</b>	<b>741</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.602</b>	<b>125</b>	<b>1.477</b>

Modello di intervento

Nell'ambito del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza di cui ai DCA 187/2017 e 16/2018, sono state individuate le seguenti categorie di strutture che potrebbero contribuire all'incremento dell'offerta:

- a. *strutture pubbliche oggetto di riconversione e/o di finanziamento pubblico;*
- b. *strutture private ospedaliere in regime di accreditamento istituzionale disponibili alla riconversione ai sensi del DM 70/2015;*
- c. *strutture private in regime di accreditamento istituzionale, che abbiano inoltrato istanza di riconversione nell'ambito di posti letto già autorizzati e accreditati;*
- d. *strutture private che abbiano ottenuto l'autorizzazione all'esercizio e hanno presentato istanza di accreditamento istituzionale;*
- e. *strutture già autorizzate per altre attività che hanno chiesto la trasformazione ed il conseguente accreditamento;*
- f. *strutture non autorizzate all'esercizio né accreditate che hanno formulato istanza, ovvero strutture già autorizzate e accreditate che hanno inoltrato istanza di ampliamento di ulteriori p.r. in autorizzazione e in accreditamento.*

I sopra citati provvedimenti riportano anche che *“La valutazione dei procedimenti amministrativi correlati alle predette istanze, dovrà essere effettuata dall'amministrazione regionale, con la partecipazione attiva delle Aziende sanitarie locali, tenendo conto del rispetto della priorità assegnata alle strutture di cui ai richiamati punti a), b), c) e dell'esigenza di garantire una razionale e appropriata dislocazione sul territorio, anche su base distrettuale, delle strutture per loro stessa natura di “prossimità”, nel rispetto dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie”*.

Nell'ambito di tale procedura, tenendo conto delle priorità in essa rappresentate, si riportano i dati relativi:

- a. Strutture pubbliche: 338 p.r.
  - b. Strutture private ospedaliere di cui al DM 70/2015: non sono pervenute all'amministrazione regionale istanze di riconversione;
  - c. Strutture private accreditate nell'ambito della non autosufficienza con istanza di riconversione: 865 p.r.
- Altre richieste (lettere d. e. f.): 717 p.r.

Nell'ottica di avviare l'implementazione dell'offerta e garantire sul territorio un adeguato soddisfacimento del bisogno rilevato, con particolare riferimento ai livelli di trattamento maggiormente carenti (intensivo ed estensivo/estensivo DCCG), come previsto dal citato DCA 16/2018, risulta opportuno avviare i processi di rimodulazione, ampliamento, nuova attivazione relativi alle domande pervenute, per i quali sarà definita una specifica procedura.

## Valorizzazione economica

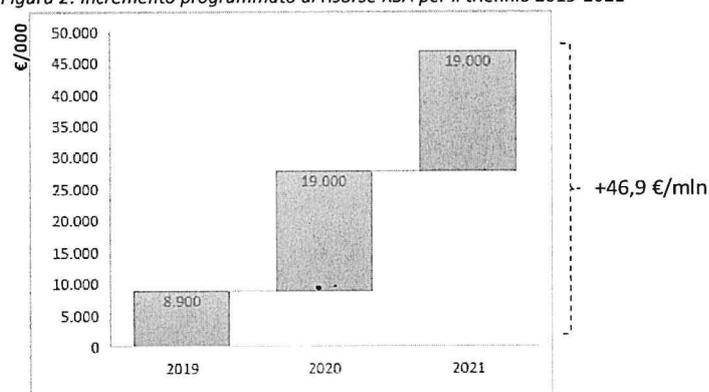
Ad oggi sono pervenute istanze da privati per complessivi 1.582 p.r. come di seguito dettagliato<sup>1</sup>:

- Livello intensivo: 181 p.r. (valorizzazione economica pari a Euro 14.184.236);
- livello estensivo: 1.004 p.r. (valorizzazione economica pari a Euro 51.714.835);
- livello estensivo DCCG: 397 (valorizzazione economica pari a Euro 21.727.056).

L'offerta proposta ha una valorizzazione economica teorica stimata in Euro 87.626.127. Considerando però che tra i posti potenzialmente attivabili sono ricompresi 879 posti derivanti da riconversione (da mantenimento a estensivo/intensivo), la valorizzazione di cui sopra deve considerare anche la minore spesa che verrà sostenuta nel livello di mantenimento. A seguito di tale valutazione complessiva, il valore teorico delle istanze pervenute si ridetermina in Euro 69.926.130<sup>2</sup>.

Al fine di sostenere tale processo di potenziamento dell'offerta nei territori carenti nel prossimo triennio, la Regione ha pianificato, per il 2019-2021, un incremento di risorse pari a circa 47 milioni di euro (Figura 2). Con tali risorse sarà possibile in ipotesi attivare 180 p.r. di livello intensivo, 426 p.r. livello estensivo, 198 p.r. estensivo DCCG, portando la rete a 8.747 p.r.. Tale crescita dovrà essere necessariamente graduale anche considerando una possibile rivalutazione degli indicatori sulla base dei quali verrà rideterminato il fabbisogno. A tale valore dovranno aggiungersi i p.r. attivabili da parte delle Strutture Pubbliche pari a 338 e finanziati con risorse ex. Art 20 L 67/1988.

Figura 2: Incremento programmato di risorse RSA per il triennio 2019-2021



<sup>1</sup> Le valutazioni economiche riportate sono state effettuate sulla base delle vigenti tariffe (riportate nella seguente tabella) ed ipotizzando un tasso di occupazione dei p.r. del 98%.

Tariffe DCA n. U00101/2013 e DCA n. U00060/2016		
Tipologia	Tariffa	Onere a carico SSR
Intensiva R	€ 220,30	€ 220,30
Estensiva R	€ 144,00	€ 144,00
Estensiva per disturbi Cog, Comp. Gravi R	€ 153,00	€ 153,00
Estensiva per disturbi Cog, Comp. Gravi SR	€ 78,00	€ 78,00
Mantenimento Alto	€ 118,40	€ 59,20
Mantenimento Basso	€ 98,40	€ 49,20

<sup>2</sup> Il minore costo sostenuto nel regime di mantenimento, stimato in 17.920.197,68 €, è stato determinato sulla base delle vigenti tariffe (di cui alla tabella alla nota precedente) ed ipotizzando un tasso di occupazione dei p.r. del 98%.

#### Cronoprogramma

- Incremento dell'offerta residenziale per nuove attivazioni e ampliamenti sulla base delle risorse programmate per il 2019 entro il 30 settembre 2019;
- Definizione della procedura del percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane, ai sensi dei DCA 187/2017 e 16/2018, entro il 30 settembre 2019;
- avvio delle procedure di autorizzazione e di accreditamento, ai sensi dei DCA 187/2017 e 16/2018, entro il 30 settembre 2019;
- avvio delle contrattualizzazioni entro il 31 marzo 2020 subordinatamente al possesso dei requisiti minimi autorizzativi e di quelli ulteriori di accreditamento, di cui alla vigente normativa.

Assistenza a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Di seguito sono riportate le tabelle di fabbisogno regionale vigenti da DCA 467/2017, aggiornate con i dati di popolazione 2018 e con l'indicatore obiettivo fissato a 0,60 p.r. ogni 1.000 abitanti e a 0,45 posti semiresidenziali ogni 1.000 abitanti. Il fabbisogno è confrontato per area e per setting con l'offerta attuale (dati di offerta aggiornati al 31 dicembre 2018). Dalle tabelle emerge una carenza di 1.536 p.r. e di 42 posti semiresidenziali. Oltre alle carenze complessive, le tabelle evidenziano situazioni di elevata disomogeneità nell'offerta tra le diverse ASL.

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI RESIDENZIALI			
Azienda Sanitaria Locale	Fabbisogno	Offerta al 31/12/2018	Δ
	A	B	C = A - B
<i>Residenziale intensivo</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	71	0	71
Roma 4	8	0	8
Roma 5	12	0	12
Roma 6	14	0	14
Viterbo	8	0	8
Rieti	4	0	4
Latina	14	0	14
Frosinone	12	0	12
<b>Totale Intensivo</b>	<b>143</b>	<b>0</b>	<b>143</b>
<i>Residenziale estensivo</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	477	419	58
Roma 4	53	62	-9
Roma 5	81	20	61
Roma 6	93	103	-10
Viterbo	52	155	-103
Rieti	25	5	20
Latina	93	12	81
Frosinone	79	0	79
<b>Totale Estensivo</b>	<b>953</b>	<b>776</b>	<b>177</b>
<i>Residenziale socio-riabilitativo</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	1.223	639	584
Roma 4	136	219	-83
Roma 5	208	143	65
Roma 6	237	92	145
Viterbo	132	80	52
Rieti	65	12	53
Latina	238	23	215
Frosinone	203	18	185
<b>Totale socio-riabilitativo</b>	<b>2.442</b>	<b>1.226</b>	<b>1.216</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.538</b>	<b>2.002</b>	<b>1.536</b>

FABBISOGNO STIMATO E OFFERTA DI POSTI SEMIRESIDENZIALI			
Azienda Sanitaria Locale	Fabbisogno	Offerta al 31/12/2018	Δ
	A	B	C = A - B
<i>Semiresidenziale estensivo</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	305	1.072	-767
Roma 4	34	16	18
Roma 5	52	6	46
Roma 6	59	70	-11
Viterbo	33	42	-9
Rieti	16	14	2
Latina	60	23	37
Frosinone	51	90	-39
<b>Totale Semiresidenziale estensivo</b>	<b>610</b>	<b>1.333</b>	<b>-723</b>
<i>Semiresidenziale socio-riabilitativo</i>			
Roma Capitale (RM1/RM3)	1.023	952	71
Roma 4	114	55	59
Roma 5	174	50	124
Roma 6	199	85	114
Viterbo	110	56	54
Rieti	54	0	54
Latina	200	77	123
Frosinone	170	4	166
<b>Totale Semiresidenziale sr.</b>	<b>2.044</b>	<b>1.279</b>	<b>765</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.654</b>	<b>2.612</b>	<b>42</b>

Per quanto riguarda i setting non residenziale si fa riferimento alle previsioni di cui al DCA 467/2017.

Modello di intervento

Relativamente all'Area della disabilità, la Regione ha intrapreso un percorso di riorganizzazione dei servizi territoriali, avviato con il DCA 520/2018.

A tal fine i lavori programmati prevedono i seguenti interventi:

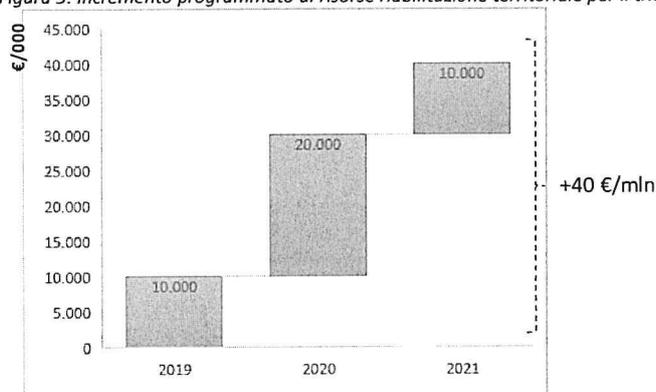
- ridefinizione dei criteri di eleggibilità per l'accesso ai percorsi di riabilitazione territoriale, per garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate;
- individuazione di uno specifico percorso per la presa in carico di persone con disabilità ad alta complessità;
- valutazione del fabbisogno e dell'offerta di trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento residenziali a moderato impegno assistenziale;
- incremento dell'offerta riabilitativa nei territori maggiormente carenti.

Con il presente piano si prevede inoltre di avviare i lavori per la rivalutazione del fabbisogno complessivo congiunto di post-acuzie e riabilitazione territoriale allo scopo di rendere coerente l'offerta rispetto ai reali bisogni espressi con particolare riferimento alla riabilitazione intensiva e per quanto riguarda la post-acuzie al codice 56.

## Valorizzazione economica

Per potenziare l'offerta riabilitativa nei territori carenti, la regione ha pianificato per il triennio 2019-2021 maggiori risorse per 40 milioni di euro (Figura 3). Con tale importo si vuole ridurre in maniera consistente il divario con il fabbisogno obiettivo, stimato per il regime residenziale in c.a. 50 milioni di euro<sup>3</sup>. Tale crescita dovrà essere necessariamente graduale anche considerando una possibile rivalutazione degli indicatori sulla base dei quali verrà rideterminato il fabbisogno.

Figura 3: Incremento programmato di risorse riabilitazione territoriale per il triennio 2019-2021



## Cronoprogramma

- Incremento dell'offerta residenziale per nuove attivazioni, ampliamenti e rimodulazioni sulla base delle risorse programmate per il 2019 entro il 30 settembre 2019;
- Ridefinizione dei criteri di eleggibilità per l'accesso ai percorsi di riabilitazione territoriale entro il 30/10/2019;
- aggiornamento del fabbisogno entro il 30/10/2019;
- avvio del percorso di attivazione dell'offerta riabilitativa intensiva extraospedaliera entro il 31/12/2019;
- individuazione di uno specifico percorso per la presa in carico di persone con disabilità ad alta complessità entro il 31/12/2019;
- aggiornamento dei requisiti, del sistema di remunerazione e dei relativi budget in coerenza con il percorso sopra delineato entro il 31/12/2019;
- avvio della contrattualizzazione entro il 31/12/2019;
- valutazione del fabbisogno e dell'offerta di trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento residenziali a moderato impegno assistenziale entro il 30/06/2020.

<sup>3</sup> Le giornate erogabili sui posti di riabilitazione intensiva sono state valorizzate applicando la tariffa approvata dal Commissario ad acta con DCA G04762/2017 pari a euro 227,44 al giorno. Tutte le altre giornate erogabili sono state valorizzate applicando le tariffe stabilite con la DGR n. 583/2002. La valorizzazione è stata calcolata applicando le tariffe "medie" nei casi previsti di 3 livelli di intensità (elevata, media e lieve) applicate ad un tasso di occupazione del 98%.

DGR 583/2002 - G04762/2017	LIVELLO ASSISTENZIALE	TARIFFA	ONERE SSR
RESIDENZIALE	INTENSIVO	227,44 €	227,44 €
	ESTENSIVO	129,11 €	129,11 €
	MANTENIMENTO MEDIA	98,13 €	68,69 €
SEMIRESIDENZIALE	ESTENSIVO MEDIA	65,54 €	65,54 €
	MANTENIMENTO MEDIA	49,94 €	34,96 €

## Cure Domiciliari per persone non autosufficienti

La Regione Lazio ha avviato il processo di riqualificazione delle prestazioni erogate in ADI ai pazienti non autosufficienti. In particolare, con i DCA 283/2017 e DCA 95/2018 sono stati previsti i requisiti di accreditamento, le tariffe e definito il fabbisogno. Con il DCA 519/2018 è stato inoltre formalizzato l'elenco dei soggetti erogatori qualificati per le attività di cure domiciliari, per ciascuna ASL.

In tabella è riportato il fabbisogno ADI espresso in numero di Posti ADI come da DCA 467/2017.

Fabbisogno ADI						
<i>Posti ADI per ASL</i>	I livello	II livello	III livello	Alta Complessità	P1	P2
Roma 1	618	523	613	130	74.288	78.289
Roma 2	915	966	349	110	24.000	6.000
Roma 3	283	189	208	60	5.469	6.099
Roma 4	167	112	169	39	755	16.000
Roma 5	483	293	165	55	9.514	15.381
Roma 6	323	215	232	68	6.872	9.766
Viterbo	285	215	282	8	790	2.408
Rieti	114	135	20	8	10.992	2.640
Latina	650	179	100	57	24.600	42.328
Frosinone	326	214	225	63	7.167	10.165
<b>Totale</b>	<b>4.164</b>	<b>3.041</b>	<b>2.363</b>	<b>598</b>	<b>164.447</b>	<b>189.076</b>

### Modello di intervento

Al fine di avviare il nuovo sistema basato sull'accREDITamento, le ASL hanno provveduto a riclassificare i Piani di assistenza Individuale (PAI) secondo i nuovi criteri previsti dalla normativa regionale. Dalle verifiche sulle stime effettuate dalle ASL, è emersa la necessità di prevedere ulteriori interventi regolatori per la corretta presa in carico dei pazienti complessi. Inoltre, come accennato in premessa, è emersa la necessità di utilizzare uno strumento di valutazione multidimensionale unico a livello regionale per dare omogeneità di risposta al cittadino e quindi omogeneità nella classificazione dei bisogni e delle relative risorse necessarie. Di conseguenza dovrà essere verificata la coerenza del sistema tariffario ex DCA 95/2018 con la nuova classificazione derivante dal sistema di valutazione unico.

Inoltre la specifica organizzazione del servizio ADI richiede un'attenta valutazione anche in merito a quanto previsto dall'art.9 della LR 13/2018 per il quale *"il personale sanitario dedicato ai servizi alla persona, necessario a soddisfare gli standard organizzativi, dovrà avere con la struttura un rapporto di lavoro di dipendenza regolato dal Contratto collettivo nazionale di lavoro..."*

Il completamento del percorso di riorganizzazione delle Cure domiciliari prevede:

- l'attivazione di un sistema di valutazione multidimensionale unico a livello regionale;
- la verifica di coerenza dell'attuale sistema tariffario con la nuova classificazione derivante dal sistema di valutazione unico;

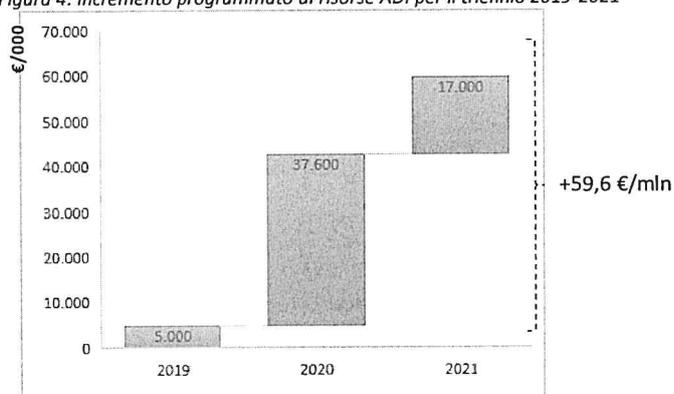
- l'adozione dello schema di accordo quadro per le strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di ADI;
- la formalizzazione del decreto di assegnazione dei livelli di finanziamento alle ASL per la successiva sottoscrizione degli accordi quadro;
- l'adeguamento del Sistema Pagamenti alla nuova linea di attività assistenziale, con assegnazione dell'utenza per ogni soggetto interessato;
- la ridefinizione dei pacchetti per i pazienti complessi.

#### Valorizzazione economica

Al fine di sostenere l'intero processo di riorganizzazione e potenziamento delle Cure domiciliari, anche per soddisfare l'indicatore LEA di copertura della popolazione anziana presa in carico, sono state pianificate per il triennio 2019-21 maggiori risorse per circa 60 milioni (figura 4).

Con questo importo, è possibile aumentare la presa in carico superando il valore obiettivo nazionale dell'1,88% della popolazione over 65 anni tenendo conto dell'aggiornamento del sistema di remunerazione e dei requisiti richiesti.

Figura 4: Incremento programmato di risorse ADI per il triennio 2019-2021



#### Cronoprogramma

- Incremento dell'offerta domiciliare sulla base delle risorse programmate per il 2019;
- acquisizione di un sistema di valutazione multidimensionale unico a livello regionale entro il 30 settembre 2019;
- verifica di coerenza dell'attuale sistema tariffario con la nuova classificazione derivante dal sistema di valutazione unico entro il 31 dicembre 2019;
- ridefinizione dei pacchetti Alta Complessità e Sollievo entro il 31 dicembre 2019;
- sottoscrizione degli accordi quadro con gli operatori accreditati a partire da gennaio 2020.