



**REGIONE**

**LAZIO**

# **Piano di programmazione dell'assistenza territoriale**

**2024 - 2026**

## INDICE

<b>1</b>	<b>Il contesto epidemiologico</b>	<b>4</b>
1.1	Cronicità e multicronicità	4
1.2	I fattori di vulnerabilità socioeconomica	6
1.3	Popolazione sana e fattori di rischio	6
<b>2</b>	<b>Assistenza distrettuale</b>	<b>7</b>
2.1	Premessa	7
2.2	Principi della programmazione territoriale	9
2.2.1	Rafforzamento governance distrettuale	9
2.2.2	Proattività, ascolto e prossimità	9
2.3	Accesso ai servizi e presa in carico	10
<b>3</b>	<b>Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'accesso ai servizi e della presa in carico</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Assistenza alle persone non autosufficienti</b>	<b>14</b>
4.1	Il contesto della Regione Lazio	14
4.2	Offerta Attiva	14
4.3	Offerta programmata	16
4.4	Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti	20
4.5	Cure palliative e terapia del dolore	21
4.6	Offerta attiva	22
4.7	Offerta programmata	22
4.8	Hospice pediatrico e Rete Cure Palliative Pediatriche	23
4.9	Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento della rete di cure palliative e della terapia del dolore	23
4.10	Assistenza domiciliare integrata	25
4.11	Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata	27
<b>5</b>	<b>Assistenza primaria e continuità assistenziale</b>	<b>30</b>
5.1	Il contesto della Regione Lazio	30
5.2	Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale	31
<b>6</b>	<b>Assistenza alle persone disabili</b>	<b>33</b>
6.1	Il contesto della Regione Lazio	33

6.2	Setting residenziale e semiresidenziale .....	33
6.2.1	Offerta attiva .....	33
6.2.2	Offerta programmata .....	35
6.3	Setting ambulatoriale e domiciliare.....	37
6.4	Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento della riabilitazione territoriale .....	38
<b>7</b>	<b>Cure Intermedie tra ospedale e domicilio: gli Ospedali di Comunità .....</b>	<b>41</b>
<b>8</b>	<b>Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA .....</b>	<b>43</b>
<b>9</b>	<b>Salute Mentale Adulti e Minori, Dipendenze patologiche, Sanità Penitenziaria, Consultori .....</b>	<b>45</b>
9.1	Salute Mentale Adulti.....	45
9.2	Linee Programmatiche del presente Piano .....	46
9.3	Riorganizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per la Salute Mentale Adulti .....	47
9.4	Offerta attiva .....	48
9.5	Offerta programmata .....	50
9.6	Salute Mentale Minori (Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza).....	55
9.7	Setting Residenziale e semiresidenziale .....	55
9.8	Offerta attiva .....	56
9.9	Offerta programmata .....	57
9.10	Area dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) .....	59
9.11	Offerta attiva .....	59
9.12	Offerta programmata .....	61
9.13	Rete di trattamento per i disturbi dello spettro autistico ( <i>Autism Spectrum Disorder, ASD</i> ) .....	62
9.14	Dipendenze patologiche .....	63
9.15	Offerta attiva .....	64
9.16	Offerta programmata .....	65
9.17	Salute materno-infantile e consultori familiari.....	65
9.18	Sanità Penitenziaria.....	68
9.19	Salute Mentale negli Istituti Penitenziari .....	69
9.20	Rete di trattamento REMS.....	70
9.21	Punto Unico Regionale - P.U.R. (Rep. Atti n.188/CU del 30 novembre 2022) .....	71
<b>10</b>	<b>Bibliografia.....</b>	<b>73</b>

# 1 Il contesto epidemiologico

## 1.1 Cronicità e multicronicità

In regione Lazio, negli ultimi dieci anni, la percentuale di residenti con età maggiore o uguale di 65 anni è passata dal 20,4% (gennaio 2013) al 23,1% (gennaio 2023) [fonte ISTAT]. L'invecchiamento della popolazione ha portato ad un incremento della prevalenza di patologie croniche, molto spesso coesistenti tra loro.

Il tema della multicronicità, in coerenza col Piano Nazionale Cronicità e alla luce delle indicazioni del DM 77/2022, riveste un ruolo determinante nell'attuale organizzazione dei servizi sociosanitari e sottolinea la necessità di implementare percorsi assistenziali multiprofessionali e multidisciplinari, capaci di garantire alla persona interventi terapeutici diversificati e coordinati. Analizzando i costi sostenuti dal Servizio sanitario regionale (Figura 1), emerge il notevole impatto della cronicità e della multicronicità sui costi assistenziali integrati. Considerando le voci di costo riconducibili a ricoveri, accessi in Pronto soccorso, specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica, l'andamento tra il numero di patologie croniche e il costo medio pro-capite annuo presenta un andamento quasi lineare.

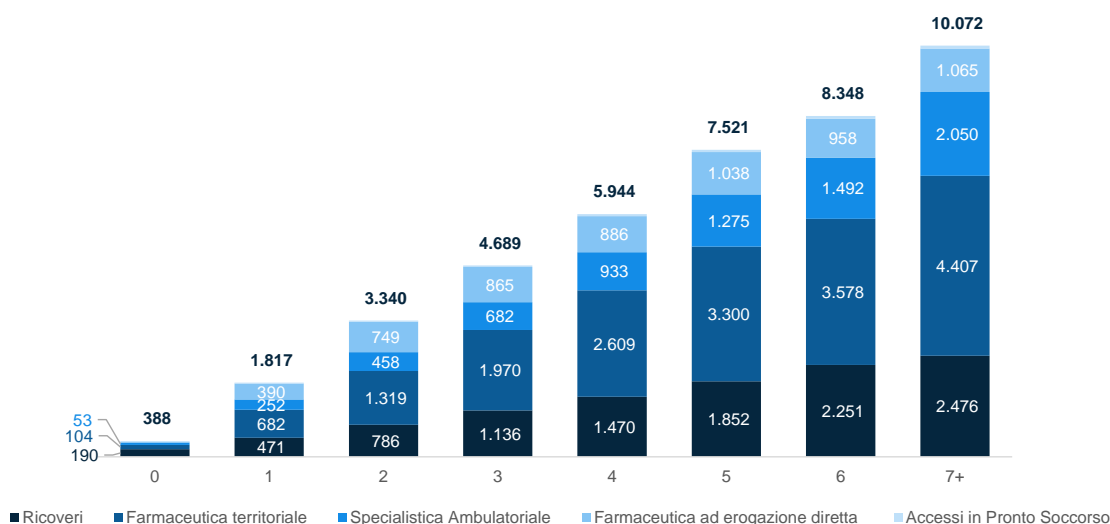


Figura 1. Costo medio pro-capite annuale, per numero di patologie croniche. Lazio, 2022

Sulla base del numero di condizioni croniche da cui è affetto il paziente, è possibile identificare alcune fasce di popolazione che rivestono un ruolo strategico nella pianificazione dei percorsi assistenziali: la popolazione "sana" - senza patologie croniche, su cui agire con interventi di prevenzione e promozione della salute; la popolazione con una singola patologia cronica, su cui estendere la disponibilità e l'implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA); i soggetti multicronici, su cui valutare i differenti bisogni e il diverso grado di complessità (Tabella 1).

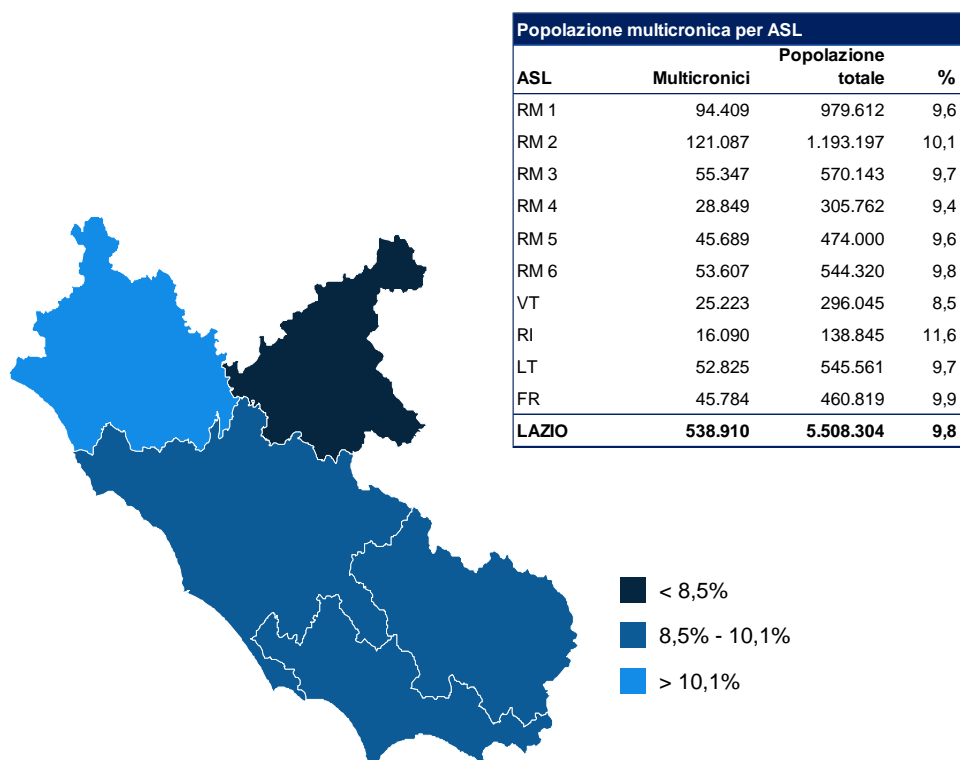
Tabella 1. Distribuzione del numero di patologie croniche per classe di età. Lazio, 2022

Distribuzione n. patologie croniche per classe d'età										
N. patologie croniche	0-14		15-34		35-64		65+		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	628.223	94,3	964.548	90,4	1.855.507	75,8	558.788	42,2	4.007.066	72,7
1	34.940	5,2	87.405	8,2	438.869	17,9	401.114	30,3	962.328	17,5
2+	5.071	0,8	15.061	1,4	154.185	6,3	364.593	27,5	538.910	9,8
<b>Totale</b>	<b>668.234</b>	<b>100</b>	<b>1.067.014</b>	<b>100</b>	<b>2.448.561</b>	<b>100</b>	<b>1.324.495</b>	<b>100</b>	<b>5.508.304</b>	<b>100</b>

Infatti, la popolazione multicronica può essere ulteriormente caratterizzata sulla base della “complessità clinica globale”, misurata attraverso l’analisi congiunta del numero e della tipologia di condizioni patologiche da cui il paziente è affetto. Utilizzando questa metodologia, è possibile stimare i multicronici ad alta complessità clinica - oltre 125.000 assistiti - pazienti che, sulla base di studi precedenti [MaCroScopio, 2021], presentano nel breve periodo alti tassi di accesso in Pronto soccorso, ospedalizzazione e mortalità. Questi assistiti trovano con estrema difficoltà risposte assistenziali adeguate sul territorio ed evidenziano la necessità di prevedere e facilitare i “cambi di setting” da e verso le strutture territoriali previste dal DM n. 77/2022 (e.g. Ospedali e Case di Comunità), comprendendo anche le Reti locali per le Cure Palliative.

Ai fini di una mirata azione di prossimità delle cure e degli interventi, è dirimente l’analisi della variabilità intra-regionale, il cui livello di dettaglio (ASL, Distretto sanitario, Bacini di utenza sub-distrettuali) dipende dalla diversa natura e dalla diversa capillarità dei servizi assistenziali sul territorio. Nella mappa rappresentata in figura 3 viene mostrata la prevalenza percentuale di pazienti multicronici per ASL di assistenza. Le classi di variabilità, rappresentate dalle diverse gradazioni del colore verde, sono state identificate attraverso il metodo “*natural breaks*”, che minimizza la variabilità entro le classi e massimizza la variabilità tra le classi [Jenks, 1967].

Figura 2. Popolazione multicronica (2 o più patologie) per ASL di assistenza. Lazio, 2022



La mappa (Figura 2) appare fondamentalmente ripartita in tre grandi aree molto omogenee, suggerendo l’esistenza di un gradiente geografico ben definito. Emerge, inoltre, il valore molto elevato della ASL di Rieti. Tuttavia, è doveroso sottolineare che l’elevata prevalenza di multicronici osservata in questa ASL (maggiore dell’11%) è verosimilmente “spiegata” da una struttura per età più anziana.

Tra i 538.910 pazienti identificati come multicronici, è stato possibile realizzare un ulteriore approfondimento sul tema della “*polypharmacy*”. Il 32,4% di questi (circa 174.400 pazienti) risultava esposto a 10 o più farmaci differenti contemporaneamente. Il tema della *polypharmacy*, per molto tempo trascurato nei setting territoriali, è di estrema rilevanza per i pazienti affetti da più patologie croniche e sottolinea l’importanza di un modello

assistenziale centrato sul paziente, in grado di pianificare e implementare politiche di *deprescribing*, riconciliazione e semplificazione terapeutica [Onder, 2014].

## 1.2 I fattori di vulnerabilità socioeconomica

In accordo al Piano Nazionale della Cronicità, per definire le strategie di intervento e personalizzare il percorso di cura è fondamentale tener conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia.

Per quantificare e analizzare la popolazione esposta a fattori di vulnerabilità socioeconomica, sono stati identificati, tra i pazienti con almeno una patologia cronica, gli assistiti con età  $\geq 75$  anni (oltre 442.000 persone) e quelli che presentavano un elevato indice di deprivazione o un'esenzione per reddito (circa 692.500 persone). Questi fattori, soprattutto se coesistenti e associati alla presenza di patologie croniche, costituiscono un buon proxy di non autosufficienza, funzionalmente intesa come difficoltà nello svolgere le attività della vita quotidiana. Nella regione Lazio, i pazienti cronici che presentano "contemporaneamente" i fattori di vulnerabilità socioeconomica considerati sono più di 192.000, pari al 12,8% della popolazione con patologie croniche e al 3,5% dell'intera popolazione regionale. In questi scenari, l'organizzazione dei percorsi assistenziali muta notevolmente. Si rende strettamente necessaria l'integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale e, nelle situazioni più complesse, i fattori di vulnerabilità potrebbero concorrere alla scelta di un'assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

## 1.3 Popolazione sana e fattori di rischio

La stima dei bisogni assistenziali, se improntata ai principi del *Population Health Management* [OASI Report 2015], dovrebbe essere in grado di differenziare anche la popolazione sana, misurando e monitorando nel tempo la presenza di fattori di rischio, sia individuali che "contestuali", su cui agire con interventi di promozione della salute.

Per quel che riguarda i fattori di rischio comportamentali, oltre il 18% della popolazione adulta e senza patologie croniche risulta esposto ad almeno 2 fattori di rischio comportamentali tra: abitudine al fumo, obesità, consumo di alcool e sedentarietà. Inoltre, circa 500.000 assistiti presentano fattori di rischio cardiovascolari, quali ipertensione e/o ipercolesterolemia. Cambiando prospettiva, il 19% degli assistiti senza patologie croniche (oltre 760.000 abitanti) risulta esposto a fattori di rischio socioeconomico, risiedono quindi in zone caratterizzate da un alto indice di deprivazione. Questo dato può essere di grande utilità per identificare le fasce di popolazione note come «*hard to reach*». Questi soggetti, deprivati sotto il punto di vista sociale e materiale, potrebbero essere caratterizzati da un bisogno di salute che i servizi sanitari intercettano con difficoltà e sottolineano il ruolo determinante della Sanità di iniziativa e dell'assistenza proattiva. In questi contesti può risultare strategica la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) sia per interventi di educazione sanitaria (individuale e collettiva) che per intercettare i bisogni di salute non espressi.

Per quel che riguarda l'informazione sull'inquinamento atmosferico, risulta che il 45,4% della popolazione "sana" (oltre 1.800.000 abitanti) risiede in aree che superano i limiti di legge, con evidenti implicazioni patologiche in ambito cardiovascolare, respiratorio e oncologico. L'esposizione all'inquinamento atmosferico da PM<sub>10</sub> è tra i risultati più variabili all'interno del perimetro regionale, con valori al di sotto dell'1% nelle ASL di Viterbo e Latina e valori che superano l'80% nelle ASL Roma 1 (82%) e Roma 2 (89%).

Per ulteriori approfondimenti sulla metodologia per la stima dei bisogni assistenziali, si rimanda alla DGR n. 643/2022 "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77".

## 2 Assistenza distrettuale

### 2.1 Premessa

Le risultanze ad oggi disponibili del Nuovo Sistema di Garanzia, così come documentate nel rapporto «Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia - Metodologia e Risultati dell'anno 2021» (Ministero della Salute, 2023), evidenziano, per l'area distrettuale, un progressivo miglioramento del punteggio complessivo elaborato a partire dal set di indicatori core.

Tuttavia, una lettura più analitica di ciascun indicatore, pone altresì in risalto il sussistere di specifiche criticità: ad esempio, per l'anno 2021, il tasso di pazienti trattati in ADI (D22Z1) con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) pari a 1 si colloca al di sotto della soglia (1,8 vs 2,6), il numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale (D33Z<sup>2</sup>) è inferiore al parametro di riferimento in rapporto alla popolazione residente (14,0 vs 24,6), il numero di deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative (D30Z<sup>3</sup>) è significativamente al di sotto della soglia (8,9 vs 35); si rileva, inoltre, una percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (D27C<sup>4</sup>) in aumento rispetto alle annualità precedenti e al limite della soglia di riferimento (5,2 vs 6,9). Quanto esposto, insieme ad altri aspetti inerenti bisogni di salute della popolazione non ancora soddisfatti dall'offerta regionale ha rappresentato base e fondamento per il presente Piano di programmazione dell'assistenza territoriale.

Sotto il profilo organizzativo, la gestione della fase emergenziale COVID19 ha fornito impulso e di fatto accelerato alcune azioni già in essere o programmate con il Programma Operativo 2019-2021; ad esempio, sono stati definiti i Piani Territoriali per l'Emergenza COVID19, in cui Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, strutture ospedaliere accreditate o classificate, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta si sono coordinati per una gestione partecipata dell'emergenza connessa al periodo pandemico.

Il contesto pandemico ha altresì contribuito ad evidenziare l'efficacia di alcuni modelli assistenziali, velocizzando il ripensamento degli stessi in una nuova prospettiva coerente con il Piano Nazionale di Ripresa Resilienza (PNRR) che, nell'ambito della missione 6, componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina, il coordinamento tra i diversi setting di cura, ed una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari, al fine di garantire la continuità di cura.

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", nell'ambito degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha definito a livello nazionale gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico; in attuazione del suddetto, con DGR n. 643/2022 è stato approvato il documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77" che analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riorganizzazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case della Comunità (CdD) ed agli Ospedali della Comunità (OdC), alla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), alle Unità di Continuità Assistenziali (UCA), al Numero Unico Europeo 116117, alle

---

1,2,3,4 Codice indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Centrali Operative Territoriali (COT), alla Transizione digitale e alla presa in carico attraverso il sistema integrato di offerta.

Per brevità d'esposizione, ai fini del presente documento, si evidenziano di seguito i principali atti di implementazione della rete territoriale nell'alveo di quanto definito dal DM 77/2022:

- Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento";
- Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.";
- Determinazione G08955/2023 "Programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi specifici di potenziamento dell'offerta di assistenza domiciliare integrata, previsti nel Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina.";
- DGR n.1005/2021 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato";
- Determinazione G16240/2022 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina – Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT";
- DGR n.182/2023 "Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina. Approvazione del documento tecnico";
- DGR n.338/2023 "Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio";
- Determinazione G09925/2023 "Piano Operativo Regionale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici".

Il presente Piano ha come obiettivo quello di implementare il sistema di assistenza territoriale, definendo e aggiornando in maniera puntuale i fabbisogni di salute della popolazione, i criteri di accesso e di eleggibilità



degli utenti, le procedure di transizione tra i diversi *setting* assistenziali, i sistemi di remunerazione delle prestazioni, i criteri ed il cronoprogramma per la contrattualizzazione delle strutture private accreditate in un'ottica di integrazione sociosanitaria. I principi ispiratori della presente programmazione sono di seguito definiti.

## **2.2 Principi della programmazione territoriale**

### **2.2.1 Rafforzamento governance distrettuale**

Obiettivo cardine è quello di potenziare e sviluppare le capacità e le competenze a livello distrettuale onde poter esercitare in modo efficace ed efficiente le seguenti azioni: analisi e stratificazione epidemiologica e rilevazione dei bisogni, committenza, valutazione degli interventi, con l'obiettivo della messa in rete di tutte le risorse della comunità, attraverso gli strumenti di pianificazione sociosanitaria locale, al fine di garantire interventi di prossimità territoriale.

In tal senso il Distretto si configura quale luogo privilegiato delle relazioni interistituzionali, in linea con quanto previsto dalla Legge Regionale n. 11/2016 e DGR n. 149/2018 e in attuazione del DM 77/2022, dell'accesso e presa in carico, dell'appropriatezza e continuità delle cure, della prevenzione e promozione della salute e della rendicontazione verso il cittadino e della azione di advocacy rispetto alla equità nelle opportunità offerte dal servizio sanitario e sociosanitario. In tale contesto il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio riveste un ruolo chiave per l'analisi epidemiologica e demografica della popolazione e delle comunità alla base delle attività di programmazione e committenza.

Il Distretto opera in sinergia con il Dipartimento di Prevenzione per la definizione dei profili di salute della comunità che, come indicato dal DPCM 12 gennaio 2017, allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" prevede la "disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti stradali, domestici e infortuni, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da rilevazioni che coinvolgono la comunità, al fine di analizzare i bisogni della popolazione, individuare i rischi della popolazione e dell'ambiente e valutare l'impatto sulla salute di interventi sanitari, ambientali e sociali".

Tra gli strumenti individuati e già messi in opera, necessari alla governance del Distretto quanto alla funzione di programmazione e definizione di interventi di prossimità, occupa un posto di rilievo, anche in termini di sviluppo, la stratificazione della popolazione per l'individuazione delle fasce fragili e a rischio, mediante l'impiego di metodologie già sperimentate (quali, ad esempio quelle attivate per la sorveglianza degli anziani fragili in occasione delle ondate di calore). Tali informazioni vengono messe a disposizione delle UCP/MMG/PLS e dei Distretti, dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, con il ricorso allo strumento MISTRAL (Sistema di MISura e STRAtificazione del Lazio) che offre un cruscotto informativo ad uso dei diversi livelli decisionali aziendali, sia per l'analisi del livello dei bisogni di salute di un determinato territorio sia quale strumento per il monitoraggio e la conseguente valutazione degli interventi messi in atto.

Il rafforzamento della governance distrettuale dovrà prevedere, a livello delle singole ASL ove insistono più strutture distrettuali, assetti organizzativi facilitanti il coordinamento funzionale delle stesse.

### **2.2.2 Proattività, ascolto e prossimità**

L'azione proattiva si sostanzia attraverso l'intervento sulle fasce più a rischio della popolazione, attraverso le UCP/AFT e l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, per l'individuazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie alle persone con patologie croniche, fragili, non autosufficienti, con disabilità, con disturbi mentali e dipendenze patologiche. Come sopra evidenziato, gli strumenti di stratificazione della popolazione occupano

oggi un posto privilegiato nello sviluppo di strategie “*tailored*” efficaci, date anche le differenze tra i contesti urbani metropolitani e quelli delle province della Regione.

Le principali innovazioni introdotte dal presente Piano riguardano la previsione della nuova funzione del medico di continuità assistenziale con “ruolo unico”, ai sensi del DM 77/2022, complementare al MMG nelle fasi di presa in carico dell’assistito; l’attivazione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale e l’introduzione della figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità.

La programmazione territoriale sarà inoltre strettamente collegata alle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, con un potenziamento delle attività distrettuali rispetto alle attività di prevenzione e promozione della salute, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione (DGR n. 970/2021) ed i Piani Aziendali di Prevenzione; in particolare si prevede presso ogni Distretto, l’attivazione di una “Équipe della Prevenzione”, composta da almeno 1 medico e un infermiere del Distretto, che può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell’ambito delle professionalità della prevenzione disponibili a legislazione vigente (es. IFeC, nutrizionista, assistente sanitario, ostetrico) (Determinazione G02706/2023).

Tale équipe si caratterizza per la multidisciplinarietà di professionisti sanitari, formati nell’ambito dei percorsi formativi del Piano Regionale e Aziendale della Prevenzione, per la realizzazione, ma soprattutto per la promozione e programmazione di interventi integrati di prevenzione e cura nell’ambito del Distretto e in particolare nel contesto delle Case della Comunità e negli interventi domiciliari.

Il coordinamento funzionale di tutte le Equipe della Prevenzione operanti nella ASL fa capo al Dipartimento della Prevenzione, di concerto con la Direzione del Distretto anche attraverso lo strumento condiviso degli obiettivi di performance annuale.

Parimenti, ai fini di una più mirata azione di prossimità è importante richiamare lo sviluppo di Team di Comunità – ovvero team multiprofessionali in cui operano unità di personale del servizio sociale, infermieri e medici del distretto oltre a volontari del terzo settore che fungono da facilitatori dell’emersione dei bisogni complessi di salute, riportando alle Centrali Operative la costruzione di processi di risposta e che già operano nei contesti di alcune Aziende territoriali – così come gli interventi di proattività per i c.d. “*frequent users*” dei pronto soccorso che Aziende Sanitarie e Ospedaliere hanno costruito coinvolgendo la rete territoriale formale e informale per la prevenzione e la gestione di tale fenomeno.

### **2.3 Accesso ai servizi e presa in carico**

Il SSR garantisce l’equità di accesso ai servizi ed intende ridurre al minimo la frammentazione dell’assistenza, nell’ottica della continuità di cura e di una omogenea erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in tutto il territorio regionale.

A tal riguardo si prevedono una serie di obiettivi prioritari, tra cui l’attivazione del NEA 116117, il potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) quale elemento unico di front office e accesso per la popolazione, le comunità, i singoli cittadini, e l’attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) quale riferimento per i portatori di interesse istituzionali, i professionisti della rete di presa in carico ospedaliera e territoriale, gli operatori delle diverse istituzioni.

### **3 Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'accesso ai servizi e della presa in carico**

#### **Obiettivo 1.** Attivazione della Centrale Operativa NEA 116117.

Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 nasce per offrire un servizio telefonico gratuito alla popolazione, attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. L'organizzazione del servizio prevede l'attivazione di una «centrale operativa», attiva h24, ove opera personale sanitario – medici ed infermieri – con il compito di fornire informazioni ed orientamento sui servizi sanitari, consulenza sanitaria, accesso al servizio di Continuità Assistenziale, tele-assistenza e tele-monitoraggio, in collegamento con il servizio 118, a cui sono trasferite le chiamate di Emergenza Urgenza.

L'esperienza già sviluppata in Regione Lazio relativa al numero verde 800-118-800 rappresenta un'esperienza pilota su cui costruire la Centrale Operativa NEA 116117. Questa ha infatti permesso di sviluppare la capacità degli operatori di raccogliere il bisogno, orientare l'accesso ai servizi e fornire informazioni alla popolazione, in particolare durante il periodo pandemico e l'emergenza umanitaria conseguente al conflitto in Ucraina.

A partire dall'esperienza maturata con il numero 800-118-800, si intende allocare la Centrale Operativa NEA 116117 presso ARES 118.

Il NEA 116117 è dunque rivolto a tutti i cittadini ed è finalizzato a garantire l'accesso alle cure mediche non urgenti e agli altri servizi sanitari del territorio a bassa intensità e a bassa priorità di cura (MMG/PLS, farmacie), con il vantaggio di avere a disposizione un numero unico regionale per dare risposta ai diversi bisogni di salute nelle situazioni di non emergenza. Il cittadino viene messo in contatto con un medico o con un infermiere, che possono, in funzione delle necessità rappresentate:

- fornire informazioni sui servizi sanitari e percorsi assistenziali attivi;
- offrire consulenza sanitaria;
- attivare il servizio di continuità assistenziale territoriale;
- attivare il servizio di emergenza 118, se necessario;
- attivare i servizi competenti territorialmente indirizzando il soggetto al PUA del Distretto della ASL di riferimento dell'assistito o interagendo direttamente con la COT competente per territorio.

**Azione 1.** Definizione del modello regionale per il NEA 116117 (produzione di un documento tecnico a cura di ARES 118) – luglio 2024.

**Azione 2.** Avvio piena operatività della prima Centrale Operativa NEA 116117 (Centrale di Roma Area Metropolitana) – novembre 2024.

**Azione 3.** Avvio piena operatività della seconda Centrale Operativa NEA 116117 (Centrare Area Provincie) – giugno 2026.

**Azione 4.** Monitoraggio annuale delle attività delle Centrali Operative NEA 116117 – a partire da dicembre 2024.

#### **Obiettivo 2.** Implementazione dei Punti Unici di Accesso (PUA).

Il PUA è la porta di accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari per i cittadini, al fine di favorire un “ascolto attivo” da parte dei servizi sociosanitari integrati, decodificare il bisogno di salute e facilitare una tempestiva presa in carico sanitaria/sociosanitaria.

In coerenza con le indicazioni del DM 77/2022, la Regione intende progressivamente attivare tale funzione in ogni Casa della Comunità (CdC), secondo il programma regionale di realizzazione previsto per tali strutture. Laddove la Centrale Operativa Territoriale (COT) sia attivata nella CdC, dovrà essere stabilito uno stretto collegamento tra la COT ed il PUA; pertanto, si raccomanda che la ubicazione degli stessi preferibilmente coincida con la sede delle COT, anche in un’ottica di ottimizzazione delle risorse, favorendo la progressiva integrazione nell’attività delle COT.

**Azione 1.** Implementazione della funzione PUA in ogni distretto ASL in accordo con l’Ente locale di riferimento, secondo la pianificazione regionale, marzo 2024 (in linea con la Legge 11/2016 e la DGR 149/2018, con la prospettiva di attivare servizi di front-office in tutte le case della comunità e la progressiva integrazione delle funzioni di back-office nelle azioni delle COT).

**Azione 2.** Azioni di monitoraggio annuale volte a verificare le attività in essere ed evidenziare eventuali aspetti meritevoli di azioni di miglioramento – annuale a partire da dicembre 2024. Con la piena attivazione delle Case di comunità, il PUA sarà ivi allocato, in coerenza con quanto disposto dal DM 77/2022.

**Obiettivo 3.** Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Le Centrali Operative Territoriali svolgono funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi processi assistenziali afferenti ad un determinato territorio (Case della Comunità, Unità di Continuità Assistenziale, Assistenza domiciliare, Cure palliative, Servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche) con l’obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza.

Le COT intervengono principalmente nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti di un determinato territorio, con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e affetti da patologie croniche ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi, sia nel passaggio da un livello assistenziale all’altro, anche all’interno dello stesso setting. Le COT concentrano la propria attività sulla gestione delle situazioni in cui fisiologicamente la “navigazione” all’interno della Rete dei servizi si svolge con difficoltà costante e/o in tempi non adeguati, sia in relazione alla complessità del bisogno sanitario e sociale, sia dell’accessibilità al setting di destinazione (tra cui anche il domicilio).

In stretta collaborazione con l’Area Rete Ospedaliera e Specialistica Ambulatoriale saranno implementate linee di indirizzo regionali per l’attivazione delle COT, a valenza Distrettuale e/o Aziendale, già in parte delineate nella recente Determinazione G02706/2023 e nella DGR 338/2023 che definisce aspetti organizzativi, compresi i necessari nodi di rete e le relazioni funzionali tra le diverse articolazioni del sistema di assistenza territoriale (CdC, COT, OdC, IFeC ecc...), nonché il ruolo e il coinvolgimento dei diversi professionisti che opereranno nel nuovo modello organizzativo. In tale contesto la DGR n. 643/2022 e Determinazione G02706 del 28/2/2023 hanno definito con ruolo e funzione la CR-COT, incardinata in ARES 118.

In coerenza con quanto previsto nel DM 77/2022, si prevede l’attivazione di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, con personale dedicato: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (si rinvia alla relazione tecnica all’articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234), secondo la distribuzione per ASL riportata nella Tabella 2.

Tabella 2. Centrali Operative Territoriali - COT, per Azienda Sanitaria

COT per Azienda Sanitaria (DGR 236/2023)	
	N° COT
ASL RM 1	7
ASL RM 2	7
ASL RM 3	5
ASL RM 4	4
ASL RM 5	7
ASL RM 6	6
ASL VT	3
ASL RI	4
ASL LT	5
ASL FR	5
A.O. SAN GIOVANNI ADDOLORATA	1
POLICLINICO UMBERTO I	1
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI IFO	1
INMI L. SPALLANZANI	1
A.O. SANT'ANDREA	1
POLICLINICO TOR VERGATA	1
<b>TOTALE</b>	<b>59</b>

Le liste di attesa di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali (RSA, strutture riabilitative, hospice, strutture residenziali area salute mentale e dipendenze patologiche) dovranno essere rese disponibili e consultabili dalle COT aziendali, per una loro gestione unica e centralizzata.

**Azione 1.** Delibere aziendali di attivazione dei 2/3 delle COT previste dalla DGR 322/2022 in ciascuna ASL – gennaio 2024.

**Azione 2.** Delibere aziendali di attivazione del 100% delle COT previste dalla DGR 322/2022 – giugno 2024.

**Azione 3.** Monitoraggio annuale delle attività relative all'implementazione delle COT – annuale a partire da dicembre 2024.

## 4 Assistenza alle persone non autosufficienti

### 4.1 Il contesto della Regione Lazio

La Regione Lazio, nel corso degli anni ed a seguito della riorganizzazione dell'intera rete di assistenza alle persone non autosufficienti avvenuta nel 2012 (DCA U00039/2012), ha potenziato l'offerta residenziale e semiresidenziale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con demenza con disturbi cognitivo comportamentali gravi (DCCG).

Il periodo pandemico ha fatto emergere numerose criticità nella capacità di risposta sanitaria ai bisogni della popolazione non autosufficiente, anche anziana, assistita nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA). Ciò ha evidenziato la necessità di implementare i percorsi di inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali anche per il tramite di procedure standardizzate da porre in essere a seguito della valutazione multidimensionale, rafforzare l'integrazione socio sanitaria con gli enti locali, favorire la partecipazione del terzo settore e dei *caregiver*, definire i percorsi di trasferimento dall'ospedale al territorio a garanzia della continuità assistenziale fino al domicilio dell'utente.

Con la DGR n. 153/2023 è stato avviato il "Progetto sperimentale e temporaneo per la gestione del sovraffollamento dei pronto soccorso", volto ad incrementare l'offerta di posti residenziali presso RSA accreditate, agevolando le dimissioni dai reparti ospedalieri per acuti. Nel contesto della programmazione del progetto sperimentale per la gestione del sovraffollamento dei pronto soccorso è emersa la necessità di aggiornare e rafforzare le procedure di trasferimento dagli ospedali alle strutture residenziali e semiresidenziali dedicate all'assistenza alle persone non autosufficienti, anche anziane. Tale trasferimento di *setting* assistenziale, inoltre, contribuisce a garantire la continuità assistenziale, ove sussistano le condizioni cliniche e sociali, presso il domicilio del paziente e dovrà essere armonizzato nel contesto operativo delle attivande centrali operative territoriali.

### 4.2 Offerta Attiva

L'attuale offerta residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, sia a gestione diretta sia da parte del privato accreditato è evidenziata nella Tabella 3.

Tabella 3. Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti

Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti					
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato attiva + P.R. in attivazione *	Offerta Privato Accreditato
RM1	RESIDENZIALE INTENSIVO	76	0	76	76
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	170	20	150	90
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	100	0	100	50
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	848	10	838	948
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	160	0	160	140
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	30	30	0	0
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	30	0	30	10
	<b>Totale</b>		<b>1.414</b>	<b>60</b>	<b>1.354</b>

\* Offerta privato accreditato + procedimento di accreditamento *in itinere*

**Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti**

ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato attiva + P.R. in attivazione *	Offerta Privato Accreditato
RM2	RESIDENZIALE INTENSIVO	30	0	30	30
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	92	0	92	72
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	12	0	12	12
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	457	0	457	417
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	66	0	66	106
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	0	0	0	13
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	18	0	18	18
	<b>Totale</b>	<b>675</b>	<b>0</b>	<b>675</b>	<b>668</b>
RM3	RESIDENZIALE INTENSIVO	60	0	60	30
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	128	0	128	18
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	10	0	10	0
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	362	0	362	339
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	180	0	180	184
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	16	0	16	16
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	0	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>756</b>	<b>0</b>	<b>756</b>	<b>587</b>
RM4	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	56	0	56	20
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	25	0	25	0
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	497	0	497	591
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	157	0	157	97
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	8	0	8	8
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	38	0	38	20
	<b>Totale</b>	<b>781</b>	<b>0</b>	<b>781</b>	<b>736</b>
RM5	RESIDENZIALE INTENSIVO	20	0	20	20
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	103	0	103	67
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	54	0	54	54
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	1091	35	1056	1108
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	246	0	246	266
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	10	0	10	10
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	60	20	40	30
	<b>Totale</b>	<b>1.584</b>	<b>55</b>	<b>1.529</b>	<b>1.555</b>
RM6	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	118	28	90	20
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	60	20	40	20
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	775	0	775	925
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	177	0	177	137
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	20	0	20	0
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	52	0	52	30
	<b>Totale</b>	<b>1.202</b>	<b>48</b>	<b>1.154</b>	<b>1.132</b>

\* Offerta privato accreditato + procedimento di accreditamento *in itinere*

Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti					
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato attiva + P.R. in attivazione *	Offerta Privato Accreditato
VT	RESIDENZIALE INTENSIVO	18	0	18	10
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	84	0	84	64
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	45	0	45	0
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	379	0	379	357
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	316	0	316	356
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	20	0	20	0
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	0	0	0	0
	<b>Totale</b>		<b>862</b>	<b>0</b>	<b>862</b>
RI	RESIDENZIALE INTENSIVO	10	0	10	10
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	50	0	50	10
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	20	0	20	20
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	136	0	136	136
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	104	0	104	77
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	7	0	7	7
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	0	0	0	0
	<b>Totale</b>		<b>327</b>	<b>0</b>	<b>327</b>
LT	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	125	0	125	85
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	50	0	50	40
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	464	0	464	464
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	66	0	66	46
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	36	0	36	26
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	0	0	0	0
	<b>Totale</b>		<b>741</b>	<b>0</b>	<b>741</b>
FR	RESIDENZIALE INTENSIVO	40	0	40	40
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	116	0	116	30
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	55	0	55	15
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	526	0	526	609
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	231	0	231	214
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	10	0	10	20
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	0	0	0	0
	<b>Totale</b>		<b>978</b>	<b>0</b>	<b>978</b>
<b>Totale Regione Lazio</b>		<b>9.320</b>	<b>163</b>	<b>9.157</b>	<b>8.628</b>

\* Offerta privato accreditato + procedimento di accreditamento *in itinere*

N.B. Il dato dell'offerta sul mantenimento risente dei procedimenti in corso di rimodulazione dell'offerta ai sensi del DCA 187/2017 e delle s.m.i.

### 4.3 Offerta programmata

La DGR n. 26/2023 definisce il quadro programmatico dell'offerta residenziale e semiresidenziale per la popolazione non autosufficiente sulla base del fabbisogno rilevato. Quest'ultimo, calcolato in misura pari al 2,5% della popolazione *over 75* anni e approvato con la soprarichiamata DGR, è ad oggi stato individuato come parametro di riferimento per la definizione del fabbisogno.

Il fabbisogno per le unità di offerta residenziale e semiresidenziale, confrontato con l'offerta attiva, è indicato in Tabella 4.



Tabella 4. Offerta programmata posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti

Offerta programmata posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta totale	Δ (Fabbisogno - Offerta)
RM1	RESIDENZIALE INTENSIVO	65	76	-11
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	291	170	121
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	162	100	62
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	1.316	848	468
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	1.077	160	917
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	162	30	132
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	162	30	132
	<b>Totale</b>	<b>3.235</b>	<b>1.414</b>	<b>1.821</b>
RM2	RESIDENZIALE INTENSIVO	74	30	44
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	334	92	242
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	186	12	174
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	1.512	457	1055
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	1.237	66	1171
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	186	0	186
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	186	18	168
	<b>Totale</b>	<b>3.715</b>	<b>675</b>	<b>3.040</b>
RM3	RESIDENZIALE INTENSIVO	36	60	-24
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	161	128	33
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	89	10	79
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	727	362	365
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	595	180	415
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	89	16	73
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	89	0	89
	<b>Totale</b>	<b>1.786</b>	<b>756</b>	<b>1.030</b>
RM4	RESIDENZIALE INTENSIVO	17	0	17
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	77	56	21
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	43	25	18
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	348	497	-149
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	285	157	128
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	43	8	35
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	43	38	5
	<b>Totale</b>	<b>856</b>	<b>781</b>	<b>75</b>
RM5	RESIDENZIALE INTENSIVO	24	20	4
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	108	103	5
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	60	54	6
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	490	1091	-601
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	401	246	155
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	60	10	50
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	60	60	0
	<b>Totale</b>	<b>1.203</b>	<b>1.584</b>	<b>-381</b>

**Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti**

ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta totale	Δ (Fabbisogno - Offerta)
RM6	RESIDENZIALE INTENSIVO	29	0	29
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	130	118	12
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	72	60	12
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	586	775	-189
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	480	177	303
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	72	20	52
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	72	52	20
	<b>Totale</b>	<b>1.441</b>	<b>1.202</b>	<b>239</b>
VT	RESIDENZIALE INTENSIVO	19	18	1
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	87	84	3
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	48	45	3
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	392	379	13
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	321	316	5
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	48	20	28
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	48	0	48
	<b>Totale</b>	<b>963</b>	<b>862</b>	<b>101</b>
RI	RESIDENZIALE INTENSIVO	10	10	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	46	50	-4
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	26	20	6
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	208	136	72
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	170	104	66
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	26	7	19
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	26	0	26
	<b>Totale</b>	<b>512</b>	<b>327</b>	<b>185</b>
LT	RESIDENZIALE INTENSIVO	30	0	30
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	136	125	11
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	76	50	26
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	615	464	151
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	503	66	437
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	76	36	40
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	76	0	76
	<b>Totale</b>	<b>1.512</b>	<b>741</b>	<b>771</b>
FR	RESIDENZIALE INTENSIVO	27	40	-13
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	123	116	7
	RESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	68	55	13
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO A	554	526	28
	RESIDENZIALE MANTENIMENTO B	454	231	223
	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO	68	10	58
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO DCCG	68	0	68
	<b>Totale</b>	<b>1.362</b>	<b>978</b>	<b>384</b>
<b>Totale Regione Lazio</b>		<b>16.585</b>	<b>9.320</b>	<b>7.265</b>

Si rileva, ad oggi, dal confronto tra il fabbisogno di posti e l'offerta, un fabbisogno non coperto stimabile in 7.265 posti, con particolare riferimento alle unità di offerta socioassistenziali sul territorio di Roma Capitale e provincia, ed una distribuzione disomogenea sul territorio regionale dei posti residenziali del *setting* assistenziale intensivo ed estensivo.

Rispetto a tale fabbisogno risulta necessario specificare che, per il *setting* semiresidenziale, il fabbisogno non coperto dall'attuale programmazione è pari a 1.305 posti mentre per quello residenziale è pari a 5.960 posti.

Nel computo dell'offerta programmabile è tuttavia ragionevole considerare gli effetti derivanti dal potenziamento dell'ADI e dalla progressiva introduzione del c.d. *Budget di Salute* sul fabbisogno di residenzialità; alla luce di quanto su esposto, in un'ottica di **prioritizzazione della copertura del fabbisogno saranno considerati ai fini dell'attuazione della presente programmazione, i seguenti aspetti:**

- tasso di occupazione dei posti residenziali e semiresidenziali, rilevato sul flusso SIRA<sup>2</sup>;
- distribuzione territoriale delle strutture attualmente operanti;
- sostenibilità economica;
- tempi di attivazione e contrattualizzazione delle strutture per persone non autosufficienti.

In particolare, in relazione ad un'analisi integrata del fabbisogno, degli indici di occupazione dei posti residenziali e semiresidenziali nonché dell'indice di copertura del fabbisogno stimato (offerta attiva / offerta programmata = tasso di copertura del fabbisogno), è stato individuato prioritariamente l'incremento dell'offerta al sussistere delle seguenti condizioni:

- nessun posto attivo al 1° gennaio 2023, distinto per ASL e per *setting* assistenziale;
- fabbisogno stimato con la DGR n. 26/2023 superiore ai posti residenziali e semiresidenziali attivi, distinti per ASL e per *setting* assistenziale;
- tasso di occupazione dei posti attivi superiore all'85%;
- tasso di copertura del fabbisogno < 70%, ossia il peso percentuale del numero di posti attivi sul numero di posti programmati, distinti per ASL e per *setting* assistenziale.

A livello programmatico, tenuto conto dei criteri sopra esposti, potranno essere attivati al massimo 4.347 posti in entrambi i *settings* erogativi – residenziale e semiresidenziale, ivi compresi il numero dei posti che dovranno essere oggetto di riconversione ad altre unità di offerta a maggior fabbisogno.

Nel triennio 2024-2026 verrà dato corso a una graduale e progressiva attivazione dell'offerta programmata con specifica priorità a riconversioni in unità di offerta che attualmente non soddisfano il fabbisogno e in secondo ordine attraverso nuovi accreditamenti, il tutto nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Annualmente sarà monitorata la domanda soddisfatta e non soddisfatta ed eventualmente rimodulata l'offerta anche per il tramite della definizione di nuovi driver per una più puntuale valutazione del fabbisogno.

---

<sup>2</sup> I dati rilevati sul flusso SIRA potranno subire lievi variazioni a seguito della consueta attività di consolidamento del flusso informativo.

#### **4.4 Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti**

**Obiettivo 1.** Attuazione programmazione residenzialità e semiresidenzialità dedicate ai pazienti non autosufficienti, anche anziani.

**Azione 1.** Verifica dei criteri di appropriatezza per gli inserimenti nei diversi setting assistenziali sia in merito a criteri di accesso sia in relazione alla riconducibilità di questi a quanto previsto dal dPCM 12 gennaio 2017 in merito alle diverse tipologie di prestazioni erogate per unità di offerta – dicembre 2024.

**Azione 2.** Cronoprogramma di contrattualizzazione delle strutture private accreditate e di attivazione dei posti residenziali e semiresidenziali a gestione diretta delle aziende pubbliche – dicembre 2024.

**Obiettivo 2.** Aggiornamento e definizione di procedure di ingresso in struttura con criteri di eleggibilità definiti e trasferimento da diversi ambiti clinico-assistenziali (ospedale, struttura territoriale, domicilio del paziente) in termini di appropriatezza e tempestività di presa in carico.

**Azione 1.** Definizione e aggiornamento delle procedure e dei criteri di eleggibilità per l'ingresso nelle diverse Unità di Offerta. Adozione del documento tecnico – dicembre 2024.

**Azione 2.** Adozione del nuovo modello di Piano Assistenziale Individuale (PAI) che preveda la modularità degli interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Adozione del documento tecnico – dicembre 2024.

**Obiettivo 3.** Aggiornamento e definizione di un nuovo sistema di remunerazione in base al nuovo modello di PAI.

**Azione 1.** Analisi dell'attuale sistema di remunerazione. Redazione relazione tecnica – dicembre 2024.

**Azione 2.** Adozione del nuovo sistema di remunerazione che preveda la modularità degli interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Adozione del documento tecnico – gennaio 2025.

**Obiettivo 4.** Aggiornamento del Sistema Informativo regionale delle Residenze Assistite – SIRA e progressiva integrazione con il flusso informativo del Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria (SIATESS) come unico strumento di raccolta delle informazioni e di controllo e monitoraggio della valutazione dei bisogni assistenziali.

**Azione 1.** Analisi dell'attuale sistema informativo e individuazione del set di indicatori per il monitoraggio dell'attività erogata. Redazione relazione tecnica – luglio 2024.

**Azione 2.** Aggiornamento del SIRA, con l'obiettivo di integrare il sistema SIRA con il sistema SIATESS – dicembre 2024.

**Obiettivo 5.** Monitoraggio annuale sull'utilizzo dei posti letto (tasso occupazione e monitoraggio delle liste di attesa).

**Azione 1.** Monitoraggio annuale tramite indicatori e produzione di report in collaborazione con Area Sistemi Informativi – annuale a partire da dicembre 2024.

**Obiettivo 6.** Processo di inclusione delle strutture RSA accreditate nella rete gestita dalle COT di tipo A, così come previsto dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 643/2022 e s.m.i.

**Azione 1.** Istituzione gruppo di lavoro con componenti della Direzione Salute, delle AA.SS.LL. e rappresentanti delle strutture accreditate entro – aprile 2024.

**Azione 2.** Adozione del documento tecnico che stabilisca le regole di appartenenza alla rete gestita dalle COT di tipo A e gestione unica delle liste di attesa – ottobre 2024.

**Azione 3.** Identificazione dei criteri clinico-assistenziale per le transizioni di *setting* assistenziale. Adozione del documento tecnico – ottobre 2024.

**Azione 4.** Definizione delle modalità di presa in carico del paziente così come previsto dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 643/2022 e s.m.i. – Definizione della procedura di utilizzo dello strumento di valutazione di primo contatto c.d. “*contact assessment*” per assicurare la tempestiva e corretta prevalutazione del bisogno assistenziale del paziente nei diversi punti di primo accesso (Ospedali, MMG/PPL, PUA etc.). Adozione del documento tecnico – novembre 2024.

**Azione 4.1.** Approvazione di una scheda di monitoraggio e controllo dell’implementazione all’interno della AA.SS.LL. delle indicazioni regionali in materia di prevalutazione e valutazione del bisogno di salute del paziente (Monitoraggio della riorganizzazione delle UVM) – novembre 2024.

**Obiettivo 7.** Centralizzazione della gestione delle liste di attesa presso le COT aziendali, con collegamento con MMG, PLS, Ospedali, Case di comunità, Ospedali di Comunità etc.

**Azione 1.** Monitoraggio trimestrale dello stato di attivazione e di funzionamento delle COT aziendali, con particolare riferimento all’individuazione delle criticità e alla proposta di azioni correttive e migliorative – trimestrale a partire da dicembre 2024.

#### **Obiettivi 1 – 7**

**Azione 1.** Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell’offerta per persone non autosufficienti, anche anziane ed eventuali azioni correttive e migliorative – annuale a partire da dicembre 2024.

### **4.5 Cure palliative e terapia del dolore**

Il progressivo aggiornamento normativo a livello nazionale (Legge 38/2010, Intesa Stato Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012, DPCM 12 gennaio 2017 artt. 21,23,31 e 38, Accordo Stato Regioni n. 118/2020 e n. 119/2020 e n. 30/2021) rende cogente l’implementazione e l’accreditamento delle Reti locali di Cure Palliative e del dolore in età adulta ed in età pediatrica.

Le Cure Palliative nella Regione Lazio presentano una organizzazione integrata pubblico/privato. Le prestazioni assistenziali, sia a domicilio che in Hospice, vengono erogate da strutture private accreditate con il monitoraggio delle ASL di riferimento, se si eccettuano le Aziende Sanitarie presso cui è stata attivata una gestione diretta di tutti i Servizi di Cure Palliative (ASL Rieti e ASL Roma 4).

Nel 2023 si è provveduto all’avvio del processo di accreditamento delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) dell’adulto, in base ai requisiti introdotti a livello nazionale, iniziando con la RLCP per adulti della ASL Rieti, come “Rete pilota” per successiva estensione alle altre RLCP della Regione Lazio. Giova sottolineare come tale attivazione rappresenta il primo esempio italiano di accreditamento aziendale di una RLCP. Pertanto, nell’arco di vigenza del presente Piano, tutte le Reti locali RLCP dovranno essere accreditate.

Per quanto attiene l'età pediatrica la Regione ha inoltre provveduto all'accreditamento temporaneo del Centro di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico gestito dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS (DGR 528/2022).

La rete delle cure palliative, in un'ottica di presa in carico globale della persona, e in analogia con quanto definito dal DM 77/2022 è costituita "da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale."

Il suddetto DM 77/2022 definisce, nell'ottica di un approccio integrato tra setting di cura, non soltanto lo standard per l'Hospice (8/10 p.l. ogni 100.000 abitanti) ma anche quello per le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) in misura di 1 ogni 100.000 abitanti.

#### 4.6 Offerta attiva

L'attuale offerta residenziale e domiciliare relativa alla rete cure palliative, sia a gestione diretta sia da parte del privato accreditato è evidenziata nella Tabella 5.

Tabella 5. Offerta attiva rete assistenziale residenziale (Hospice) e domiciliare cure palliative età adulta suddivisa per ASL

Offerta attiva rete assistenziale residenziale e domiciliare cure palliative età adulta					
ASL	Offerta Attiva	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato	Giornate domiciliari (rapporto 1:4)	
RM1	101	0	101	404	
RM2	93	0	93	372	
RM3	51	8	43	204	
RM4	20	10	10	80	
RM5	41	0	41	164	
RM6	35	0	35	140	
VT	45	0	45	180	
RI	10	10	0	40	
LT	44	0	44	176	
FR	36	12	24	144	
<b>TOTALE</b>	<b>476</b>	<b>40</b>	<b>436</b>	<b>1904</b>	

#### 4.7 Offerta programmata

Con DGR n. 27 del 23 gennaio 2023 la Regione Lazio ha definito un quadro programmatico regionale dei soli posti in regime residenziale per l'erogazione di cure palliative specialistiche, aggiornando il fabbisogno in ragione dell'allegato 1, punto 12 "Rete delle cure palliative" del DM 77/2022 e fissando lo standard regionale di p.l. di Hospice a 10 posti letto ogni 100.000 abitanti (pari al limite superiore dell'intervallo definito dal DM 77/2022).

È stata condotta un'analisi epidemiologica utilizzando i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) con riguardo ai decessi empiricamente osservati per specifiche cause di morte, non esclusivamente oncologiche, suscettibili di cure palliative, nell'ottica di meglio definire la suindicata stima del fabbisogno di cure palliative articolato per Azienda sanitaria. L'esito di suddetta analisi ha però confermato il fabbisogno indicato dalla suddetta DGR, che viene confermato nel presente Piano.

Tabella 6. Offerta programmata rete assistenziale residenziale (Hospice) e domiciliare cure palliative età adulta suddivisa per ASL

Offerta programmata rete assistenziale residenziale e domiciliare cure palliative età adulta					
ASL	Fabbisogno	Offerta Attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)		Δ Giornate domiciliari (rapporto 1:4)
RM1	100	101	-1		-4
RM2	123	93	30		120
RM3	58	51	7		28
RM4	31	20	11		44
RM5	47	41	6		24
RM6	52	35	17		68
VT	36	45	-9		-36
RI	19	10	9		36
LT	54	44	10		40
FR	53	36	17		68
<b>TOTALE</b>	<b>573</b>	<b>476</b>	<b>97</b>		<b>388</b>

Dal confronto tra il fabbisogno di posti e l'offerta attiva emerge un fabbisogno non coperto pari a 97 posti letto residenziali di Hospice e di 388 giornate domiciliari (Tabella 6).

Nell'arco di vigenza del presente Piano la rete di cure palliative verrà definita secondo il modello *HUB & Spoke* con un potenziamento dei nodi di rete anche in relazione alla progressiva attuazione della rete territoriale e si procederà alla progressiva copertura del bisogno non soddisfatto.

#### 4.8 Hospice pediatrico e Rete Cure Palliative Pediatriche

La Regione Lazio, con il DCA n. 169/2014, ha individuato il Centro di riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatrico ed il relativo Hospice Pediatrico. La funzione di Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatrico, così come indicato dalla DGR n. 87/2010 e dal DCA n. 461/2013, è stata affidata all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

L'Ospedale pediatrico Bambino Gesù è il centro di riferimento clinico, organizzativo, di formazione e di ricerca per il funzionamento e sostegno della Rete Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, anche al fine di garantire la continuità assistenziale specialistica ai pazienti in età compresa fra 0 e 18 anni, autorizzato e accreditato con la DGR 528/2022 per n. 20 posti-letto ordinari (di cui 10 p.l. per utenti extra-regionali) e n. 2 Posti-letto diurni. Considerata l'elevata specializzazione di detto Centro di Riferimento si prevede l'incremento di ulteriori 10 p.l. a valenza extra-regionale. Nell'arco di vigenza del presente Piano sarà effettuata, anche per il tramite del Coordinamento regionale per le Cure Palliative, un'approfondita analisi di epidemiologia valutativa e di stratificazione del bisogno onde definire il bisogno di salute della popolazione target.

#### 4.9 Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento della rete di cure palliative e della terapia del dolore

**Obiettivo 1.** Definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'assistenza domiciliare per Cure Palliative e successivo aggiornamento del sistema di remunerazione.

**Azione 1.** Istituzione gruppo di lavoro con componenti della Direzione Salute, delle AA.SS.LL. e rappresentanti delle strutture accreditate – marzo 2024.

**Azione 2.** Adozione del documento tecnico che stabilisca i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e degli ulteriori requisiti di qualità per il rilascio dell'accreditamento istituzionale – settembre 2024.

**Azione 3.** Analisi e revisione del profilo erogativo di giornate domiciliari nell'ambito dell'offerta residenziale (c.d. rapporto 1:4) – settembre 2024.

**Azione 4.** Adozione del documento tecnico recante il nuovo sistema di remunerazione per l'assistenza domiciliare per cure palliative – ottobre 2024.

**Obiettivo 2.** Accredito della Rete Cure Palliative dell'età adulta e dell'età pediatrica. Attuazione delle disposizioni contenute nell' Accordo Stato Regioni n. 30/2021 "Accredito della Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche ai sensi della Legge 15 marzo 2021 n. 38".

**Azione 1.** Attivazione Centro di riferimento regionale per le Cure Palliative pediatriche – giugno 2024.

**Azione 2.** Accredito Rete Cure Palliative età pediatrica – dicembre 2025.

**Azione 3.** Accredito di tutte le reti locali RLCP adulti – dicembre 2025.

**Obiettivo 3.** Processo di inclusione delle strutture accreditate nella rete gestita dalle COT di tipo A, così come previsto dal DM n. 77/2022 e dalla delibera di Giunta Regionale n. 643/2022 e s.m.i.

**Azione 1.** Adozione del documento tecnico che stabilisca le regole di appartenenza alla rete gestita dalle COT di tipo A e gestione unica delle liste di attesa, elaborato dal gruppo istituito all'Obiettivo 2 – ottobre 2024.

**Azione 2.** Identificazione dei criteri clinico-assistenziale per i cambi di *setting* da e verso le strutture territoriali previste nel DM n. 77/2022 (Ospedali e Case di Comunità). Adozione del documento tecnico – ottobre 2024.

**Azione 3.** Definizione delle modalità di presa in carico del paziente così come previsto dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 643/2022 e s.m.i. Definizione della procedura di utilizzo dello strumento di valutazione di primo contatto c.d. "*contact assessment*" per assicurare la tempestiva e corretta prevalutazione del bisogno assistenziale del paziente nei diversi punti di primo accesso (Ospedali, MMG/PPL, PUA etc.). Adozione del documento tecnico – novembre 2024.

**Azione 3.1.** Approvazione di una scheda di monitoraggio e controllo dell'implementazione all'interno della AA.SS.LL. delle indicazioni regionali in materia di prevalutazione e valutazione del bisogno di salute del paziente – novembre 2024

**Azione 3.2.** Approvazione di una scheda di monitoraggio e controllo dell'implementazione all'interno delle AA.SS.LL. delle indicazioni regionali in materia di gestione della terapia del dolore e articolazione della rete in logica *HUB & Spoke* e delle attività di integrazione ospedale-territorio – dicembre 2024.

**Obiettivo 4.** Assolvere il debito informativo nei confronti del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) attraverso la implementazione di un modulo dedicato alle Cure Palliative domiciliari, all'interno del SIATESS, anche al fine di trasmettere i dati in maniera tempestiva e coerente con le indicazioni nazionali.

**Azione 1.** Definire i criteri di accesso ed il modello organizzativo ed avviare le Cure Palliative di base – ottobre 2024.



**Azione 2.** Individuare puntualmente il *minimum data set* che deve essere trasmesso al Ministero della Salute ed attivare il modulo dedicato alle Cure Palliative domiciliari, all'interno del SIATESS – dicembre 2024.

**Obiettivo 5.** Centralizzazione della gestione delle liste di attesa presso le COT aziendali, con collegamento con MMG, PLS, Ospedali, Case di comunità, Ospedali di Comunità etc.

**Azione 1.** Monitoraggio trimestrale dello stato di attivazione e di funzionamento delle COT aziendali, con particolare riferimento all'individuazione delle criticità e alla proposta di azioni correttive e migliorative – trimestrale a partire da dicembre 2024.

#### Obiettivi 1 – 5

**Azione 1.** Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta di cure palliative ed eventuali azioni correttive e migliorative – annuale a partire da dicembre 2024.

**Azione 2.** Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta della terapia del dolore ed eventuali azioni correttive e migliorative – annuale a partire da dicembre 2024.

### 4.10 Assistenza domiciliare integrata

La programmazione sanitaria nazionale individua il domicilio come primo luogo di cura dell'assistenza territoriale. L'attuale offerta assistenziale domiciliare integrata nella regione Lazio ha raggiunto nel 2022 una copertura di circa il 4% della popolazione anziana residente, in linea con l'obiettivo PNRR.

Il PNRR e il DM 77/2022 pongono come obiettivo, da raggiungere progressivamente entro il 2026, la copertura del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne e la implementazione della telemedicina quale strumento per la gestione a domicilio della cronicità. Per raggiungere tale risultato sono indispensabili azioni sia di estensione dell'offerta ADI, anche promuovendo maggiormente il ricorso a dimissioni ospedaliere protette, sia di miglioramento della qualità dei dati raccolti nel flusso informativo ministeriale SIAD, per dare pienamente conto delle prestazioni effettivamente erogate, con particolare riferimento alle prestazioni in regime domiciliare.

Il DPCM 12 gennaio 2017, per quanto attiene le cure domiciliari, identifica e disciplina le tipologie riportate in Tabella 7.

Tabella 7. DPCM 12 gennaio 2017 – Art. 22 Cure domiciliari

DPCM 12 gennaio 2017	
	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE
Art. 22 Cure domiciliari	a) Cure domiciliari di livello base
	b) Cure domiciliari integrate (ADI) di 1° livello
	c) Cure domiciliari integrate (ADI) di 2° livello
	c) Cure domiciliari integrate (ADI) di 3° livello

La Regione Lazio, con DCA n. U00283/2017, ha avviato il processo di riorganizzazione delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata prevedendo, in particolare, i requisiti per il rilascio del titolo di accreditamento, un nuovo sistema di remunerazione basato sul coefficiente di complessità assistenziale e sulla presa in carico, il percorso per il rilascio dell'accreditamento istituzionale e il fabbisogno di salute della popolazione *over 65* anni.

Successivamente, con DCA n. U00095/2018, sono state approvate le tariffe per le attività di cure domiciliari ed è stata effettuata la valutazione dell'impatto economico pluriennale (2018 – 2022); inoltre, con il medesimo provvedimento, sono state introdotte le linee guida per la selezione del contraente accreditato, le regole di assegnazione del paziente e il modello di valutazione delle *performance* a supporto della *par condicio* e della concorrenza.

Al fine di valutare la sostenibilità e l'efficacia della nuova riorganizzazione, la Regione Lazio, con DCA n. U00525/2019, ha avviato il c.d. "*periodo transitorio*" ed ha apportato ulteriori aggiornamenti al percorso di riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata; questo è stato caratterizzato, principalmente, dall'adozione di un nuovo sistema di remunerazione e dalla contrattualizzazione delle strutture private accreditate (DCA 525/2019, DCA 12/2020, DCA 36/2020 e DCA 47/2020).

In particolare, a partire dall'anno 2020, il sistema di remunerazione per le prestazioni di ADI prevede le tariffe presentate nella Tabella 8.

Tabella 8. Sistema di remunerazione prestazioni ADI

Sistema di remunerazione prestazioni ADI						
Intervento assistenziale (pacchetto)	Livello assistenziale per cui è programmabile	Numero di prestazioni selezionabili	Tariffa	Figura professionale ammessa	Obbligatorietà	Frequenza programmazione
P1	BASE PRIMO LIVELLO SECONDO LIVELLO TERZO LIVELLO	Una	22,00 €	Professionisti della riabilitazione Infermieri	Si	Possibili accessi multipli nella stessa giornata
P2	BASE PRIMO LIVELLO SECONDO LIVELLO TERZO LIVELLO ALTA COMPLESSITA'	Una	14,00 €	Infermieri	Si	Possibili accessi multipli nella stessa giornata
ACCESSO	BASE PRIMO LIVELLO SECONDO LIVELLO TERZO LIVELLO	Più di una	30,00 €	Tutte le figure professionali già presenti in SIAT	Si	Possibili accessi multipli nella stessa giornata
ALTA COMPLESSITA' - PACCHETTO BASE	ALTA COMPLESSITA'	Più di una	120,00 €	Infermieri Professionisti della riabilitazione Medici specialisti (visite)	Si	Un solo accesso/die Combinazioni: Fino a n. 7/7 di personale infermieristico; Fino a n. 6/7 di professionisti della riabilitazione Combinazioni programmazione die: 4h infermiere; 3h infermiere - 1h fisioterapista; 2h infermiere - 2h fisioterapista
ALTA COMPLESSITA' - PACCHETTO SOLLIEVO	ALTA COMPLESSITA'	Più di una	108,00 € Pacchetto intero 27,00 € Tariffa oraria (infermiere) 21,60 € Tariffa oraria (OSS)	Infermieri OSS	Si	Possibili accessi multipli nella stessa giornata. Programmabile solo se presente ALTA COMPLESSITA' - PACCHETTO BASE
SUPPORTO OSS	TERZO LIVELLO	Una	21,60 € Tariffa oraria	OSS	Si	Possibili accessi multipli nella stessa giornata

Ulteriori disposizioni in materia di pazienti c.d. "ad alta complessità" e sulla gestione dei piani assistenziali individuali sono state introdotte con DCA n. U00036/2020. La riorganizzazione delle cure domiciliari per pazienti ad alta complessità ed elevata intensità assistenziale è stata ulteriormente aggiornata con DCA n. 47/2020 che ha previsto, tra l'altro, un ulteriore aggiornamento sul sistema di remunerazione.

Il regime transitorio è effettivamente entrato a regime con l'adozione del DCA n. 46/2020, con il quale è stato approvato per la prima volta lo schema di accordo contrattuale *ex D.Lgs 502/92*, art. 8 *quinquies*, che doveva essere sottoscritto dalle ASL e dalle strutture private accreditate.

Ad oggi, il regime transitorio è stato prorogato con la determinazione n. G18975/2022 ed il relativo schema di accordo contrattuale è stato approvato con la delibera di Giunta regionale n. 1091/2022.

In tale cornice si inserisce inoltre l'istituzione del Gruppo di lavoro regionale per la programmazione operativa degli interventi relativi al Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano

Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina (Determinazione n. G08955/2023).

Tabella 9. Target PNRR per anno su previsioni Istat<sup>3</sup>

Target PNRR per anno						
				Obiettivo PNRR		
2022				6,86%	9,34%	9,91%
ASL	Obiettivo PNRR (4,38%)	Assistiti over 65	Δ Accessi vs/PNRR	2023	2024	2025
RM1	10.483	10.890	407	16.609	22.891	24.655
RM2	12.390	11.614	-776	19.629	27.054	29.139
RM3	5.820	4.930	-890	9.221	12.709	13.689
RM4	3.037	6.168	3.131	4.812	6.632	7.144
RM5	4.424	4.930	506	7.009	9.660	10.405
RM6	5.261	5.866	605	8.334	11.487	12.372
FR	5.516	4.613	-903	8.739	12.045	12.973
RI	1.762	4.031	2.269	2.792	3.848	4.145
VT	3.411	5.558	2.147	5.405	7.449	8.023
LT*	5.061	5.096	35	8.018	11.050	11.902
<b>TOTALE</b>	<b>57.166</b>	<b>63.696</b>	<b>6.530</b>	<b>90.569</b>	<b>124.825</b>	<b>134.448</b>

In riferimento agli obiettivi PNRR nella Tabella 9 è evidenziato lo scostamento rispetto gli assistiti over 65 per ciascuna ASL nell'anno 2022. Inoltre, per gli anni 2023, 2024 e 2025 è riportato il numero di assistiti over 65 per ASL, attesi al fine del raggiungimento degli obiettivi PNRR.

#### 4.11 Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata

**Obiettivo 1.** Definizione/aggiornamento della presa in carico e delle prestazioni da erogare in Assistenza Domiciliare.

**Azione 1.** Elaborazione documento tecnico con il quale vengono definiti/aggiornati sia i criteri di presa in carico sia l'elenco delle prestazioni che possono essere erogate presso il domicilio del paziente (in presenza e da remoto includendo, ove previsto, anche l'erogazione di interventi di promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce) – settembre 2024.

**Obiettivo 2.** Definizione degli strumenti di segnalazione, prevalutazione e valutazione/cartelle cliniche/modulistica per la gestione del paziente in ADI e nella transizione di setting assistenziale "territorio-territorio" e "ospedale/PS-territorio".

**Azione 1.** Elaborazione documento tecnico con il quale viene definita la modalità di presa in carico: Definizione della procedura di utilizzo dello strumento di valutazione di primo contatto c.d. "contact assessment" per assicurare la tempestiva e corretta segnalazione e prevalutazione del bisogno assistenziale del paziente nei diversi punti di primo accesso (Ospedali, MMG/PPL, PUA etc.). Adozione del documento tecnico – settembre 2024.

<sup>3</sup> Fonte: Popolazione 65+ anni 1° Gennaio – Scenario mediano su base 1/1/2022 Dati 2023 SIATES fino al III trimestre storicizzato e IV trimestre non storicizzato.

**Azione 2.** Elaborazione documento tecnico con il quale vengono definiti gli strumenti di valutazione/cartelle cliniche/modulistica per la gestione del paziente in ADI e nella transizione di setting assistenziale “territorio-territorio” ed “ospedale/PS-territorio” – novembre 2024.

**Azione 3.** Approvazione di una scheda di monitoraggio e controllo dell’implementazione a livello aziendale delle indicazioni regionali in materia di prevalutazione e valutazione del bisogno di salute del paziente (Monitoraggio della riorganizzazione delle UVM) – novembre 2024.

**Obiettivo 3.** Implementazione del flusso informativo del Sistema Informativo per l’Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria (SIATESS) come unico strumento di raccolta delle informazioni e di controllo e monitoraggio della valutazione dei bisogni assistenziali, avviamento del processo per l’interfaccia con le piattaforme di telemedicina delle COT, con gli applicativi utilizzati dai MMG/PLS e coinvolgimento dei servizi sociali dei comuni nella compilazione per le sezioni ad essi dedicate.

**Azione 1.** Redazione documento tecnico con le specifiche per l’interfaccia dei Sistemi Informativi – dicembre 2024.

**Obiettivo 4.** Identificazione indicatori per il monitoraggio del nuovo modello organizzativo ADI e delle attività svolte in ADI attraverso l’integrazione del flusso Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) e SIATESS.

**Azione 1.** Elaborazione documento tecnico con il quale vengono identificate le modalità di raccolta degli indicatori per il monitoraggio degli esiti derivanti dall’implementazione del nuovo modello ADI – settembre 2024.

**Azione 2.** Redazione documento tecnico con le specifiche per l’integrazione del flusso SIAT e SIATESS – settembre 2024.

**Obiettivo 5.** Definizione e implementazione del percorso formativo per il personale ADI.

**Azione 1.** Redazione documento tecnico con il programma formativo – marzo 2024.

**Azione 2.** Avvio del percorso formativo – settembre 2024.

**Obiettivo 6.** Definizione nuovo sistema di remunerazione agli enti erogatori accreditati.

La riconfigurazione organizzativa e normativa di autorizzazione e accreditamento, nonché la riclassificazione delle prestazioni, impongono obbligatoriamente l’introduzione di un nuovo modello di remunerazione.

Il modello deve essere pensato per garantire un sistema equo e allo stesso tempo volto a rispettare i livelli di spesa programmati per l’attuazione dei nuovi piani territoriali.

Ad oggi gli assistiti over 65 nel Lazio rappresentano il 4% della popolazione nel 2022 e nei primi sei mesi del 2023 hanno già raggiunto la stessa percentuale dell’anno precedente; tenuto conto degli aspetti epidemiologici che interessano questa tipologia assistenziale, l’obiettivo prefissato nell’anno 2023 è di assistere il 7% della popolazione over 65.

Il sistema di remunerazione sarà elaborato tenendo conto del livello di intensità assistenziale e delle altre caratteristiche legate alla patologia di base e il contesto ambientale.

**Azione 1.** Redazione documento tecnico con il nuovo sistema di remunerazione agli enti erogatori – ottobre 2024.

**Obiettivo 7.** Monitoraggio dell’ADI e valutazione dell’impatto economico.

**Azione 1.** Identificazione di indicatori dell'ADI, sia relativi al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che ulteriori, e relativo impatto economico – giugno 2024.

**Azione 2.** Monitoraggio annuale degli indicatori – annuale a partire da settembre 2024.

**Azione 3.** Monitoraggio semestrale obiettivo PNRR – semestrale a partire da gennaio 2024.

#### **Obiettivi 1 – 7**

**Azione 1.** Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta di cure domiciliari semplici e integrate ed eventuali azioni correttive e migliorative – annuale partire da dicembre 2024.

## 5 Assistenza primaria e continuità assistenziale

### 5.1 Il contesto della Regione Lazio

Le Case di Comunità (CdC), la cui istituzione è prevista nella Componente 1 della Missione 6 del PNRR e i cui requisiti e le relative funzioni sono definiti dal DM 77/2022, promuovono un modello di intervento integrato e multiprofessionale, in sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari in stretta integrazione con gli interventi sociali.

Le CdC presuppongono un'organizzazione delle attività che permetta una integrazione funzionale multiprofessionale tra MMG, PLS, specialisti degli ambulatoriali interni, Infermiere di Comunità (IFeC), altri professionisti della salute, (quali ad esempio logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione, assistenti sanitari e assistenti sociali), anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del Comune di riferimento. Come indicato dal DM 77/2022, richiamato dalla Determinazione n. G18206 del 20/12/2022, tra gli obiettivi delle CdC è inclusa "la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione". A tal fine, è prevista in ogni Distretto, l'attivazione di una Équipe della Prevenzione coordinata dal Dipartimento di Prevenzione di concerto con la Direzione del Distretto. L'Équipe della Prevenzione, composta da almeno 1 medico e un infermiere del Distretto, è incaricata di favorire la programmazione e attuazione di interventi di prevenzione nel contesto delle Case della Comunità a partire dallo stretto raccordo con le azioni e interventi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione e dai relativi Piani Aziendali della Prevenzione.

A regime, saranno attivate n. 131 Case della Comunità, finanziate da PNRR, a fronte delle attuali 30 Case della Salute già realizzate o programmate (Tabella 10). Le attuali Case della Salute sono chiamate a rivedere sia il proprio modello di offerta che il sistema di relazione con gli attori della Rete assistenziale.

Tabella 10: Case della Comunità previste dalla DGR 930/2023, per ASL

Case della comunità	
ASL	N° Case della Comunità
Roma 1	19
Roma 2	20
Roma 3	7
Roma 4	11
Roma 5	20
Roma 6	11
Frosinone	17
Latina	15
Rieti	5
Viterbo	6
<b>TOTALE</b>	<b>131</b>

## 5.2 Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale

**Obiettivo 1.** Implementazione delle Case della Comunità (CdC) (DM 77/2022).

**Azione 1.** Adozione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle CdC – dicembre 2024.

Si attende che nella Regione Lazio siano attivate, entro il 1° aprile 2026, le 133 CdC previste. Il funzionamento delle CdC deve essere omogeneo su tutto il territorio regionale, a garanzia di un'offerta uniforme ed equa di prestazioni alla popolazione residente, ivi inclusi gli interventi di prevenzione e promozione della salute; pertanto, saranno elaborate le indicazioni regionali che le ASL adotteranno nel regolamento di funzionamento.

**Azione 2.** Definizione del regolamento aziendale di funzionamento delle CdC *HUB & Spoke* – febbraio 2025.

I distretti dovranno redigere il regolamento di funzionamento della struttura propedeutico all'attivazione della CdC, elaborato sulla base della delibera di Giunta regionale 643/2022 e del presente Piano. Il regolamento definisce le modalità operative di funzionamento tra i professionisti, gli orari e la tipologia dell'offerta dei servizi, la dotazione degli operatori in funzione dell'offerta, i percorsi di integrazione con gli enti locali/comuni e risorse della comunità territoriale.

**Azione 3.** Definizione delle linee di indirizzo aziendali per la partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione – dicembre 2025.

Le aziende dovranno redigere linee di indirizzo per il coinvolgimento delle comunità di riferimento, la co-produzione, il community building tenendo conto delle specificità del contesto di riferimento, favorendo la stesura congiunta con istituzioni e terzo settore.

**Obiettivo 2.** Implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

L'IFeC associa alle funzioni di erogazione delle cure, quelle di interfaccia e case management sui casi a complessità assistenziale e sociale. Può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi, in relazione alle diverse caratteristiche del contesto territoriale. L'esperienza già sviluppata in Regione Lazio testimonia la fondamentale importanza di una stretta collaborazione tra i servizi infermieristici territoriali e i MMG. L'IFeC rappresenta un co-responsabile, con il MMG/PLS e lo specialista, del «Progetto di Salute» dell'assistito, nei casi in cui la complessità clinico assistenziale e sociale richieda l'integrazione di un ampio numero di professionalità. Le azioni di presa in carico da parte dell'IFeC, secondo la stratificazione del rischio, prevedono azioni autonome e proattive dal I al III livello, finalizzate al supporto dell'individuo che utilizza i servizi in modo sporadico e con bassa/media frequenza. L'*assessment* a domicilio permette, attraverso la redazione del Progetto di Salute, di identificare i bisogni dell'assistito, determinare gli obiettivi da raggiungere, pianificare gli interventi necessari, coinvolgere l'équipe multiprofessionale laddove sia necessario redigere un PAI. Il Progetto di Salute rappresenta per l'IFeC lo strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico. Il progetto viene redatto congiuntamente all'utente/caregiver al primo appuntamento e rielaborato con il MMG/PLS, laddove si preveda un intervento di natura sanitaria (programma terapeutico) ovvero integrato con i servizi sociali e socioassistenziali, nelle situazioni in cui prevalga tale bisogno.

Si ritiene che le esperienze maturate nella Regione Lazio, anche in relazione a “sperimentazioni” relative all'IFeC avviate per la gestione dei pazienti COVID positivi a domicilio, rappresenti un *know how* indispensabile per l'avvio omogeneo su tutto il territorio dell'attività dell'infermieristica di famiglia e di comunità.

**Azione 1.** Elaborazione di documento operativo per la definizione del profilo di ruolo dell'IFeC nel contesto della Regione Lazio – marzo 2024.

**Azione 2.** Attivazione in ogni ASL del servizio di Infermieristica di Famiglia e di Comunità – settembre 2024.

Ciascun Distretto aziendale, in funzione del numero dei propri residenti, dovrà procedere ad attivare il servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità in conformità alle linee di indirizzo elaborate dal Gruppo di lavoro della Regione Lazio.

**Obiettivo 3.** Implementazione Unità di Continuità Assistenziale – UCA (DM 77/2022).

L'UCA è un'équipe mobile per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o per interventi presso Comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Essa interviene a domicilio del paziente, integrandosi con le attività delle équipe ADI, quando non è possibile attivare prontamente interventi di assistenza domiciliare ed opera in coordinamento con la Continuità Assistenziale. L'UCA interviene sia per favorire i passaggi di setting da ospedale per acuti al domicilio, sia per gestire a domicilio problematiche di particolare complessità che necessitano di interventi clinici o diagnostici non differibili (ecografie, trasfusioni, terapie infusionali, ecc.), nelle more della effettiva operatività della presa in carico da parte dei servizi domiciliari. L'UCA viene attivata dalla COT-D su segnalazione della COT-H, ove presente, o dal medico ospedaliero del reparto di dimissione, o dal MMG/PLS o dall'IFeC ed utilizza un sistema integrato di telemedicina collegata alle COT (accessibile via internet) per avviare percorsi di teleconsulto.

**Azione 1.** Elaborazione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'UCA – giugno 2024.

**Obiettivo 4.** Riorganizzazione delle forme associative dei MMG e PLS.

**Azione 1.** Elaborazione del regolamento per il funzionamento delle UCP e UCPP alla luce del DM 77/2022 e del nuovo ACN – dicembre 2024.



## 6 Assistenza alle persone disabili.

### 6.1 Il contesto della Regione Lazio

La legge n. 10 del 17 giugno 2022 del Consiglio Regionale del Lazio promuove le politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità garantendone la piena inclusione e partecipazione, con il supporto del caregiver, in tutti gli ambiti della vita, in particolare in quello sociale, sanitario, abitativo, riabilitativo, scolastico, formativo, lavorativo, economico, culturale, sportivo, politico, penitenziario, nonché in quelli relativi alla mobilità, all'informazione e alla comunicazione.

In tale legge la Regione si propone il superamento dell'approccio alla disabilità come patologia attraverso una presa in carico globale, mirata alla persona, che tenga conto in modo dinamico dei fattori ambientali e personali, secondo il modello bio-psico-sociale e assicurando il mantenimento delle migliori condizioni possibili di benessere e autonomia, anche attraverso aggiornamenti periodici sulla disabilità per il personale sanitario, nonché adottando strumenti di valutazione e autovalutazione sviluppati e riconosciuti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dal modello di Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).

L'attuale offerta di servizi in favore delle persone con disabilità è stata oggetto di una recente revisione normativa iniziata con il DCA n.101/2020 e con la DGR n. 979/2020 anche allo scopo di ridefinire efficacemente l'offerta di percorsi di abilitazione e riabilitazione delle persone con disabilità e i requisiti minimi delle strutture erogatrici di prestazioni riabilitative territoriali.

### 6.2 Setting residenziale e semiresidenziale

#### 6.2.1 Offerta attiva

L'attuale offerta residenziale e semiresidenziale della rete di assistenza alle persone disabili, sia a gestione diretta sia da parte del privato accreditato è evidenziata nella Tabella 11.

Tabella 11. Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale

Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM1	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	239	20	219
	RESIDENZIALE SOCIORIBABILITATIVO	262	5	257
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	364	63	301
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIBABILITATIVO	544	302	242
	<b>Totale</b>		<b>1.409</b>	<b>390</b>
RM2	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	150	0	150
	RESIDENZIALE SOCIORIBABILITATIVO	176	0	176
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	258	0	258
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIBABILITATIVO	461	0	461
	<b>Totale</b>		<b>1.045</b>	<b>0</b>

**Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale**

ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM3	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	64	0	64
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	212	0	212
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	352	0	352
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	228	0	228
	<b>Totale</b>	<b>856</b>	<b>0</b>	<b>856</b>
RM4	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	42	4	38
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	239	20	219
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	16	0	16
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	55	0	55
	<b>Totale</b>	<b>352</b>	<b>24</b>	<b>328</b>
RM5	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	20	0	20
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	143	0	143
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	6	0	6
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	50	0	50
	<b>Totale</b>	<b>219</b>	<b>0</b>	<b>219</b>
RM6	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	103	0	103
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	132	0	132
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	30	0	30
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	80	0	80
	<b>Totale</b>	<b>345</b>	<b>0</b>	<b>345</b>
VT	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	155	0	155
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	100	0	100
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	42	0	42
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	56	0	56
	<b>Totale</b>	<b>353</b>	<b>0</b>	<b>353</b>
RI	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	74	50	24
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	34	0	34
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	16	0	16
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>124</b>	<b>50</b>	<b>74</b>

Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
LT	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	12	0	12
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	23	0	23
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	33	0	33
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	87	0	87
	<b>Totale</b>		<b>155</b>	<b>0</b>
FR	RESIDENZIALE INTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	0	0	0
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	18	0	18
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	60	0	60
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	29	0	29
	<b>Totale</b>		<b>107</b>	<b>0</b>
<b>Totale Regione Lazio</b>		<b>4.965</b>	<b>464</b>	<b>4.501</b>

### 6.2.2 Offerta programmata

Per quanto concerne la stima del fabbisogno di posti residenziali e semiresidenziali, la stessa è stata effettuata utilizzando quale parametro di riferimento il numero di 0,6 posti ogni mille abitanti, parametro individuato a partire dal valore di riferimento utilizzato nella c.d. Griglia Lea per la determinazione dei punteggi regionali 2019 per l'indicatore "10.2.1. Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti".

Il numero di posti individuato è stato successivamente suddiviso sulla base delle quote percentuali per singolo regime assistenziale, in coerenza con la distribuzione di cui al DCA 258/2019.

Il fabbisogno è rappresentato in Tabella 12.

Tabella 12. Fabbisogno posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale

Fabbisogno posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta attiva	$\Delta$ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM1	RESIDENZIALE INTENSIVO	24	0	24
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	160	239	-79
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	410	262	148
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	103	364	-261
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	343	544	-201
	<b>Totale</b>		<b>1.040</b>	<b>1.409</b>
RM2	RESIDENZIALE INTENSIVO	30	0	30
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	202	150	52
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	517	176	341
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	129	258	-129
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	432	461	-29
	<b>Totale</b>		<b>1.310</b>	<b>1.045</b>

**Fabbisogno posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale**

ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM3	RESIDENZIALE INTENSIVO	15	0	15
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	95	64	31
	RESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	245	212	33
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	61	352	-291
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	205	228	-23
	<b>Totale</b>	<b>621</b>	<b>856</b>	<b>-235</b>
RM4	RESIDENZIALE INTENSIVO	8	0	8
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	52	42	10
	RESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	134	239	-105
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	33	16	17
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	112	55	57
	<b>Totale</b>	<b>339</b>	<b>352</b>	<b>-13</b>
RM5	RESIDENZIALE INTENSIVO	12	0	12
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	80	20	60
	RESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	204	143	61
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	51	6	45
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	171	50	121
	<b>Totale</b>	<b>518</b>	<b>219</b>	<b>299</b>
RM6	RESIDENZIALE INTENSIVO	14	0	14
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	92	103	-11
	RESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	237	132	105
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	59	30	29
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	198	80	118
	<b>Totale</b>	<b>600</b>	<b>345</b>	<b>255</b>
VT	RESIDENZIALE INTENSIVO	7	0	7
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	50	155	-105
	RESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	128	100	28
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	32	42	-10
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	107	56	51
	<b>Totale</b>	<b>324</b>	<b>353</b>	<b>-29</b>
RI	RESIDENZIALE INTENSIVO	4	0	4
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	25	74	-49
	RESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	63	34	29
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	16	16	0
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORIABILITATIVO	52	0	52
	<b>Totale</b>	<b>160</b>	<b>124</b>	<b>36</b>

Fabbisogno posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione territoriale				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
LT	RESIDENZIALE INTENSIVO	14	0	14
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	92	12	80
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	235	23	212
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	59	33	26
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	196	87	109
	<b>Totale</b>		<b>596</b>	<b>155</b>
FR	RESIDENZIALE INTENSIVO	11	0	11
	RESIDENZIALE ESTENSIVO	76	0	76
	RESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	195	18	177
	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO	49	60	-11
	SEMIRESIDENZIALE SOCIORABILITATIVO	163	29	134
	<b>Totale</b>		<b>494</b>	<b>107</b>
<b>Totale Regione Lazio</b>		<b>6.002</b>	<b>4.965</b>	<b>1.037</b>

A fronte dell'attuale assenza di una definizione del fabbisogno delle unità di offerta previste dal DPCM 12 gennaio 2017 per quanto concerne le strutture residenziali socioriabilitative, nelle due tipologie a differente intensità assistenziale, si provvederà all'istituzione di specifico gruppo tecnico di lavoro per la puntuale definizione dei suddetti fabbisogni.

L'offerta complessiva, considerate entrambe le tipologie assistenziali, non dovrà comunque superare il tetto fissato dalla Tabella 13 per le strutture residenziali socioriabilitative.

### 6.3 Setting ambulatoriale e domiciliare

Tabella 13. Utenti prevalenti stimati pesata su popolazione residente (Fonte DEP)

Utenti prevalenti stimati pesata su popolazione residente			
ASL	Popolazione residente	% peso della popolazione per ASL	Popolazione obiettivo
RM1	1.002.415	18%	8.846
RM2	1.263.999	22%	11.154
RM3	593.641	10%	5.241
RM4	319.970	6%	2.823
RM5	488.590	9%	4.312
RM6	558.973	10%	4.933
VT	306.934	5%	2.711
RI	151.668	3%	1.338
LT	561.139	10%	4.953
FR	473.467	8%	4.181
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>5.720.796</b>	<b>100%</b>	<b>50.492</b>

Per quanto attiene ai setting ambulatoriale e domiciliare, la determinazione n. G19054/2022 definisce il livello massimo di finanziamento per ogni singola azienda sanitaria; tale finanziamento, assegnato alle AA.SS.LL. per la successiva ripartizione tra le strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio, non prevede né consente però una distinzione tra i suddetti setting assistenziali in merito alle prestazioni da erogare.

Al fine di stimare il fabbisogno attraverso indicatori diretti del bisogno di tale setting assistenziale, è stato avviato un approfondimento, con la collaborazione del dipartimento di epidemiologia, delle prevalenze di specifiche patologie suddivise per AA.SS.LL. e per fasce di età (età evolutiva e adulti).

Nel 2022 sono state erogate prestazioni “non residenziali” a 28.511 utenti. Il fabbisogno, sulla base dei dati elaborati dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, può essere stimato in 50.492 utenti prevalenti. La suddivisione degli utenti prevalenti stimati, pesata sulla popolazione residente, è riportata nella suesposta Tabella 13.

La popolazione obiettivo, pari a 50.492 utenti prevalenti, è stata individuata selezionando dalla popolazione generale i pazienti che presentavano i codici di diagnosi esplicitati nel Decreto del Commissario ad Acta n. U00101 del 22 luglio 2020 (Approvazione del documento tecnico "Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale". Il documento contiene le indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo territoriale non residenziale, per le principali condizioni patologiche dell'età evolutiva e dell'età adulta.

Tale stima però si associa ad una non trascurabile variabilità statistica dovuta a fattori di selezione della popolazione (ad esempio presenza di "specifiche condizioni di fragilità", misurabili esclusivamente attraverso scale e questionari *ad hoc*, non disponibili nei flussi informativi correnti).

Pertanto, le stime saranno progressivamente aggiornate e raffinate attraverso la conduzione di indagini campionarie dedicate, per una corretta ed esaustiva rilevazione del fenomeno.

Nell'arco di vigenza del presente Piano anche per il tramite delle sopra rappresentate analisi epidemiologiche si provvederà a identificare puntualmente il fabbisogno di salute della popolazione in oggetto dando corso a una progressiva riorganizzazione della presa in carico ambulatoriale e domiciliare.

#### **6.4 Obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento della riabilitazione territoriale**

**Obiettivo 1.** Determinazione del fabbisogno delle unità di offerta assistenziale alle persone con disabilità per ciascun livello assistenziale (socioriabilitativo residenziale elevato e moderato, articolato in 2 livelli, così come previsto nei LEA).

**Azione 1.** Elaborazione del documento tecnico con il quale viene individuato il criterio di determinazione del fabbisogno di posti di assistenza socioriabilitativa residenziale di livello elevato e moderato – settembre 2024.

**Obiettivo 3.** Aggiornamento dei requisiti (autorizzazione all'esercizio e accreditamento) delle strutture socioriabilitative per ciascun livello assistenziale.

**Obiettivo 2.** Qualificazione dell'assistenza alle persone con gravissima Disabilità.

**Azione 1.** Implementazione del modello DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*) in tutte le ASL e AO regionali a partire dalle esperienze già maturate, quali il progetto “TOBIA” (Team Operativo Bisogni Individuali Assistenziali) della AO San Camillo e il progetto “Curare con Cura” della ASL Roma 2 – ottobre 2024.

**Obiettivo 3.** Riorganizzazione della presa in carico ambulatoriale per la riduzione delle liste di attesa e il superamento dell'attuale modello di budgettizzazione.

**Azione 1.** Obbligo di trasmissione della prescrizione del medico specialista alla ASL di residenza del paziente, anche per alimentare il fascicolo sanitario del singolo paziente – giugno 2024.

**Azione 2.** Analisi fabbisogno regionale e declinato per singola ASL e verifica di appropriatezza della prescrizione del medico specialista, in applicazione della normativa vigente in materia di criteri di eleggibilità – dicembre 2024.

**Azione 3.** definizione nuovo modello di remunerazione prestazioni ambulatoriali e domiciliari – gennaio 2025.

**Obiettivo 4.** Piano di ottimizzazione dell'uso dei posti residenziali e semiresidenziali per il raggiungimento del valore soglia individuato dal comitato LEA.

**Azione 1.** Monitoraggio dei tassi di occupazione dei posti residenziali e semiresidenziali delle strutture private accreditate – trimestrale a partire da gennaio 2024.

**Obiettivo 5.** Aggiornamento e sviluppo del Sistema Informativo Assistenza Riabilitazione (SIAR) e progressiva integrazione con il flusso informativo del Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria (SIATESS) come unico strumento di raccolta delle informazioni e di controllo e monitoraggio della valutazione dei bisogni assistenziali.

**Azione 1.** Individuazione del minimum set di indicatori per il monitoraggio delle attività clinico assistenziali per valutare gli esiti di salute e l'impatto economico – luglio 2024.

**Azione 2.** Aggiornamento del SIAR, con l'obiettivo di una raccolta dei dati dei pazienti uniforme, completa e dettagliata, per tutte le strutture private accreditate – ottobre 2024.

**Azione 3.** Aggiornamento del SIAR, con l'obiettivo di integrare il sistema SIAR al sistema SIATESS – dicembre 2024.

**Obiettivo 6.** Processo di inclusione delle strutture accreditate nella rete gestita dalle COT di tipo A, così come previsto dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 643/2022 e s.m.i.

**Azione 1.** Istituzione gruppo di lavoro con componenti della Direzione Salute, delle AA.SS.LL. e rappresentanti delle strutture accreditate – aprile 2024.

**Azione 2.** Adozione del documento tecnico che stabilisca le regole di appartenenza alla rete gestita dalle COT di tipo A e gestione unica delle liste di attesa – ottobre 2024.

**Azione 3.** Identificazione dei criteri clinico-assistenziale per la transizione di setting assistenziale da e verso le strutture territoriali previste nel DM n. 77/2022 (Ospedali e Case di Comunità). Adozione del documento tecnico – ottobre 2024.

**Azione 3.1.** Definizione della procedura di utilizzo dello strumento di valutazione di primo contatto c.d. "*contact assessment*" per assicurare la tempestiva e corretta prevalutazione del bisogno assistenziale del paziente nei diversi punti di primo accesso (Ospedali, MMG/PPL, PUA etc.). Approvazione di una scheda di monitoraggio e controllo dell'implementazione all'interno della AA.SS.LL. delle indicazioni regionali in materia di prevalutazione e valutazione del bisogno di salute del paziente (Monitoraggio della riorganizzazione delle UVM). Adozione del documento tecnico – novembre 2024.

**Obiettivo 7.** Centralizzazione della gestione delle liste di attesa presso le COT aziendali, con collegamento con MMG, PLS, Ospedali, Case di comunità, Ospedali di Comunità etc.

**Azione 1.** Monitoraggio trimestrale dello stato di attivazione e di funzionamento delle COT aziendali, con particolare riferimento all'individuazione delle criticità e alla proposta di azioni correttive e migliorative – trimestrale a partire da aprile 2024.

## **Obiettivi 1 – 7**

**Azione 1.** Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed eventuali azioni correttive e migliorative – annuale a partire da dicembre 2024.



## 7 Cure Intermedie tra ospedale e domicilio: gli Ospedali di Comunità

Il nuovo modello di ospedale di comunità si ispira a quanto indicato nel DM 77/2022 e recepito con la DGR n. 643/2022 e s.m.i. Gli ospedali della Comunità saranno attivati entro il 1° aprile 2026.

La programmazione regionale degli Ospedali di Comunità è indicata nella Tabella 14.

Tabella 14: Ospedali di Comunità previste dalla DGR 930/2023, per ASL

Ospedali di Comunità per ASL	
ASL	N° Ospedali di Comunità
ASL ROMA 1	1
ASL ROMA 2	2
ASL ROMA 3	2
ASL ROMA 4	4
ASL ROMA 5	4
ASL ROMA 6	6
ASL VITERBO	2
ASL FROSINONE	6
ASL LATINA	4
ASL RIETI	2
POLICLINICO UMBERTO I	1
POLICLINICO TOR VERGATA	1
<b>TOTALE REGIONE LAZIO</b>	<b>35</b>

### Obiettivo 1. Implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC).

Si ritiene necessario assicurare la continuità assistenziale ai soggetti portatori di complessità assistenziali o particolari fragilità attraverso l'attivazione di strutture di cure intermedie che accompagnino la transizione dal momento acuto della malattia alla presa in carico domiciliare o che possano offrire un adeguato supporto assistenziale di maggior intensità rispetto a quello erogabile a domicilio per un breve periodo di tempo utile alla riorganizzazione dei servizi territoriali o alla attivazione di un setting di long term care più specifico. Gli Ospedali di Comunità hanno la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati o di favorire dimissioni protette in luoghi idonei al prevalere di bisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale, e/o adattamento alle nuove necessità assistenziali da fornire a domicilio (es. attivazione NAD, acquisizione presidi e ausili necessari alla domiciliazione in sicurezza, riorganizzazione della Rete familiare e/o rimodulazione degli spazi abitativi).

**Azione 1.** Linee di indirizzo regionali sul funzionamento degli OdC. Adozione del documento tecnico di programmazione regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 2 del DM 77/2022 – giugno 2025.

**Azione 2.** Definizione dei percorsi/criteri e tempi di transizione tra i setting degli Ospedali per acuti (A.O., A.O.U., IRCCS, Presidi Ospedalieri di ASL), del Domicilio, delle Strutture intermedie (RSA), Case di Riposo, da e verso gli OdC, elaborati sulla base delle linee di indirizzo regionali – settembre 2025.

**Azione 3.** Monitoraggio delle attività propedeutiche alla progettazione e realizzazione degli ospedali di comunità, così come previsto dalla programmazione nazionale e regionale in materia – da dicembre 2025.

Le Direzioni Sanitarie Aziendali dovranno redigere un documento che definisca i criteri clinico/assistenziali, riabilitativi e sociali, necessari per governare la transizione da un setting di cura ad un altro, garantendo la continuità assistenziale e la tempestiva risposta alla modifica delle condizioni cliniche dell'assistito, verso una condizione di miglioramento/peggioramento del proprio status clinico. Il documento dovrà prevedere l'individuazione del Case Manager (IFeC) che garantirà con il MMG che l'accesso all'OdC (processi step down da setting per acuti, ovvero processi di step up dal domicilio, RSA, Case di Riposo) sia disposto secondo i criteri ed i tempi previsti dal documento in linea con la definizione di Procedure di *Transitional Care* di cui ai paragrafi precedenti.

## 8 Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA

La Regione, in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità (PNC) ed alla luce delle indicazioni del DM 77/2022, ha gradualmente e costantemente potenziato l'assistenza alle persone con patologie croniche, ponendo particolare attenzione ai bisogni "programmabili" del paziente affetto da patologia cronica, per i quali è necessario assicurare diverse possibili "porte" di accesso alla rete assistenziale, promuovendo la presa in carico globale della persona attraverso la transizione dal modello di attesa a quello pro-attivo, garantendo al paziente interventi mirati a rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenire gli esiti sfavorevoli.

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) può assicurare maggiore equità, uniformità ed appropriatezza delle prestazioni assistenziali e sociosanitarie erogate da servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità.

Il PDTA è uno strumento di governance che si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti della filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di singoli servizi e professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno. Si ritiene inoltre che, per molte condizioni riferite alle patologie croniche, i PDTA debbano prevedere un collegamento con gli interventi di prevenzione (interventi volti ad aumentare la copertura vaccinale nei soggetti a rischio, ridurre i fattori di rischio comportamentali nei pazienti cronici come abitudine al fumo, scorretta alimentazione, sedentarietà, etc.) e garantire l'iter diagnostico-terapeutico ai soggetti positivi ai test di screening).

La Regione Lazio ha sviluppato una cornice metodologica volta a definire i criteri di priorità per l'individuazione dei PDTA e le informazioni necessarie ad assicurare omogeneità nella loro definizione e applicazione (Linee di indirizzo regionali per la stesura dei PDTA per le persone con patologie croniche - Determinazione G15691/2020).

Le Aziende sanitarie sono impegnate nella redazione, revisione ed applicazione dei propri PDTA alla luce delle suddette linee di indirizzo, prevedendo il coinvolgimento dei MMG e dei PLS, in quanto solo i PDTA rispondenti a tale metodologia saranno inseriti nel quadro organizzativo e regolatorio del SSR.

L'estensione dell'innovazione tecnologica a tutti i percorsi di cura, anche attraverso programmi di telemedicina, contribuirà a promuovere la tempestività e l'appropriatezza delle cure, facilitare il passaggio di setting assistenziale, migliorare la presa in carico e monitorare l'aderenza ai trattamenti.

La stesura di tali Percorsi ha visto coinvolti, oltre alle diverse Aree della Direzione Salute ed Integrazione sociosanitaria, i clinici operanti nelle Aziende sanitarie, le Società scientifiche, le Associazioni dei pazienti e dei familiari, il Dipartimento di Epidemiologia del SSR e, laddove necessario, la Direzione regionale Politiche per l'inclusione.

Le indicazioni regionali sottolineano il necessario raccordo dei PDTA con le attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP). La programmazione territoriale sarà strettamente collegata alle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, con un potenziamento delle attività distrettuali rispetto alle attività di prevenzione e promozione della salute, in linea con il Piano regionale della Prevenzione (DGR 970/2021) ed i Piani Aziendali di Prevenzione. È prevista presso ogni Distretto l'attivazione di una "Équipe della Prevenzione", composta da almeno 1 medico e un infermiere del Distretto, ma che può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità della prevenzione disponibili a legislazione vigente (es.: IFeC, nutrizionista, assistente sanitario, ostetrico) (Determinazione G02706/2023). Il coordinamento funzionale di tutte le Equipe della Prevenzione operanti nella ASL fa capo al Dipartimento della Prevenzione, di concerto con la Direzione del Distretto.

**Obiettivo 1.** Implementazione di PDTA regionali riguardanti le malattie croniche, con pieno coinvolgimento dei MMG/PLS e di tutti gli attori della filiera assistenziale, con integrazione tra setting territoriale ed ospedaliero.

**Azione 1.** Costituzione di Gruppi di lavoro regionali per la stesura dei PDTA riferiti ad ulteriori patologie croniche ad alto impatto socio epidemiologico – anni 2024, 2025, 2026 – arco di vigenza del presente Piano.

**Azione 2.** Implementazione dei PDTA regionali a livello aziendale, con pieno coinvolgimento dei MMG/PLS e di tutti gli attori della filiera assistenziale ed integrazione tra setting territoriale ed ospedaliero – anni 2024, 2025, 2026 – arco di vigenza del presente Piano.

## 9 Salute Mentale Adulti e Minori, Dipendenze patologiche, Sanità Penitenziaria, Consultori

### 9.1 Salute Mentale Adulti

L'assistenza in materia di salute mentale è assicurata dall'insieme dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari e ospedalieri che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e dai servizi specialistici.

In coerenza con il Decreto ministeriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero della Salute recante "Adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN del 24 gennaio 2023, a livello di assistenza territoriale", possono distinguersi i seguenti "livelli di cura":

- livello di consultazione ed assistenza primaria;
- livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati da Centri di Salute Mentale (CSM) servizi del DSM preposti alla promozione della salute mentale;
- livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale;
- livello delle reti specialistiche comprendente Servizi per i Disturbi della Nutrizione e Alimentazione, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Obiettivo è l'individuazione precoce dei disturbi più gravi e l'avvio in collaborazione dei trattamenti in un contesto meno stigmatizzante per interventi più articolati e complessi.

Dalla capacità di organizzare al meglio il rapporto tra Dipartimenti Salute Mentale e Assistenza Primaria dipende anche la possibilità di un governo adeguato della salute fisica delle persone con disturbi psichiatrici gravi e persistenti, che, come è noto, costituisce obiettivo prioritario per alleviarne gli effetti sulla ridotta speranza di vita.

Il modello operativo adottato dalla Regione Lazio per la prevenzione e cura della patologia psichiatrica è quello dell'organizzazione dipartimentale, sviluppato in una rete integrata di servizi afferenti a più unità operative, secondo una logica di psichiatria di comunità e, considerando l'età di esordio di una patologia, il decorso longitudinale e la frequente comorbidità, risulta necessaria un'attività integrata tra Dipartimento di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze Patologiche e Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (TSMREE). La rete di trattamento afferente all'area salute mentale adulti e minori, l'area dipendenze patologiche si integrano a pieno titolo con la restante organizzazione dei servizi territoriali così come definito dal DM 77/2022.

Nella Regione Lazio sono attivi 10 Dipartimenti di Salute Mentale, articolati per la salute mentale in età adulta, in strutture ospedaliere (SPDC) e territoriali (Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali), con 72 presidi (CSM) 31 Ambulatori, 71 Centri Diurni. Ad oggi la dotazione complessiva, considerando il DHO e posti letto ordinari in SPDC, è pari a 432 p.l.

L'assistenza Semiresidenziale in Salute Mentale Adulti è assicurata da 65 Centri Diurni dislocati sull'intero territorio regionale, di cui 61 a gestione diretta e 4 a gestione privata accreditata, per un totale di 1721 posti.

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici offerti agli utenti.

Il Distretto sanitario rappresenta l'articolazione Aziendale preposta alla programmazione complessiva ed integrata degli interventi per la popolazione con patologia cronica residente sul territorio, superando la logica delle risposte prestazionali del singolo Servizio e operando in una dimensione di prossimità delle cure nella quale il servizio sanitario e gli altri Enti interessati (Comuni, associazionismo, enti del terzo settore) agiscono sinergicamente per fornire risposte globali centrate sul paziente.

Non di meno, un servizio sanitario proattivo, si deve rivolgere non soltanto a coloro che richiedono una prestazione, ma anche all'intera popolazione secondo un approccio di medicina di iniziativa, a partire dalla stratificazione del bisogno di salute della popolazione. A tal fine, è previsto uno stretto raccordo con le azioni e interventi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione e dai relativi Piani Aziendali di Prevenzione con la realizzazione di interventi di promozione della salute mentale nei contesti di vita e nella scuola, anche mediante campagne di sensibilizzazione dedicate, finalizzati soprattutto alla riduzione dell'uso di sostanze e dei fenomeni di bullismo, alla diffusione di stili di vita corretti e alla sana alimentazione, alla promozione della genitorialità consapevole e diagnosi precoce e presa in carico della depressione post partum, al miglioramento della qualità relazionale, nonché all'utilizzo consapevole degli strumenti della rete, attraverso interventi preventivi di provata efficacia quali gli interventi orientati alle life skills o basati sulla peer education.

Un altro ambito di intervento è quello della promozione degli interventi di prevenzione in quelle fasce di popolazione che, per specifiche condizioni di fragilità sociale o di salute, hanno maggiore difficoltà di accesso a interventi quali, ad esempio, le vaccinazioni in età adulta e gli screening oncologici. In particolare, nell'ambito del Programma "Screening oncologici" del PRP 2021-2025 è prevista un'azione specifica volta ad aumentare l'adesione agli screening oncologici da parte degli utenti dei DSM delle ASL del Lazio. L'azione prevede incontri con gli operatori dei servizi del DSM e la redazione di protocolli operativi volti a verificare la possibilità di accompagnamento nei casi complessi o a definire altre modalità di accesso facilitato ai programmi di screening. È prevista la formazione di alcuni operatori dei DSM su temi quali l'organizzazione e la promozione degli screening oncologici.

## **9.2 Linee Programmatiche del presente Piano**

- rafforzamento della governance del processo da parte della ASL ed in particolare del middle management (Direttori di Dipartimento) attraverso la definizione di specifici obiettivi da assegnare alle Direzioni Generali; ciò nell'ottica di migliorare l'efficacia/efficienza degli interventi di presa in carico territoriale, da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale/NPI;
- aggiornamento programmazione posti letto residenziali extraospedalieri area salute mentale adulti in conseguenza dei mutamenti epidemiologici occorsi nel periodo intercorrente la precedente programmazione (DCA 17/2010);
- analisi fabbisogno e implementazione della rete di trattamento per i soggetti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione;
- ottimizzazione dei flussi informativi ai fini di rendicontazione dell'attività svolta e di implementazione della governance di sistema;

- definizione Linee di indirizzo regionali per la progettazione del *Budget* di Salute che definiscano obiettivi, finalità e modalità di erogazione (in coerenza con quanto definito dall'Intesa n. 104/CU del 6 luglio 2022, sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il *Budget* di Salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti");
- valutazione ed eventuale implementazione dei flussi informativi sulla Residenzialità e Semiresidenzialità definendo un cruscotto gestionale che interpoli dati di attività (derivabili dai flussi di attività) e dati di contabilità analitica onde poter ottimizzare la gestione da parte della committenza;
- definizione e implementazione rete di trattamento per Disturbi dello spettro autistico;
- definizione e sviluppo di PDTA per le patologie psichiatriche a maggior carico assistenziale.

### 9.3 Riorganizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per la Salute Mentale Adulti

La revisione dell'organizzazione della residenzialità va vista come un intervento non isolato, ma collocato in un contesto in cui il sistema pone al centro il progetto di vita della persona affetta da patologia psichiatrica, con l'obiettivo di ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili, integrando la gestione delle risorse economiche, di tempo, di competenza – delle istituzioni, delle famiglie, della comunità locale, dentro una logica collaborativa e abilitante (ISS, 2013).

Gli artt. 26 (Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali) e 33 (Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 indicano come livelli essenziali di assistenza (LEA) gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, al mantenimento delle abilità e al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa. L'art. 33, comma1, del DPCM 12 gennaio 2017 dispone che "nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata".

Il sistema della residenzialità è da valutare nell'ottica di una progressione evolutiva dell'utente, da un setting di cure più intenso ad uno più leggero, in correlazione con lo sviluppo del percorso riabilitativo. Tale percorso si snoda attraverso: una valutazione multidimensionale del bisogno al momento dell'accesso ai servizi, che coinvolga tutte le figure che hanno competenza specifica nel trattamento della stessa; il coinvolgimento nella programmazione delle fasi di cura dell'utente stesso, della famiglia, della comunità locale a cui lo stesso appartiene; la ricerca di una soluzione che garantisca il più possibile il mantenimento della rete di contatti familiari e sociali del soggetto, al fine di agevolare il processo di risocializzazione e di reinserimento nella comunità.

La Conferenza Unificata con l'Accordo Rep. Atti n.116/CU del 17 Ottobre 2013 ha elaborato un documento specificamente dedicato alle strutture residenziali psichiatriche in età adulta per differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità. In questo documento vengono identificate tre tipologie di strutture residenziali in relazione sia al livello di intervento terapeutico-riabilitativo, sia al livello di intensità assistenziale:

- **strutture residenziali P1 – SRP1**, Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo che, in fase di attuazione della programmazione, dovrebbero nel tempo ridursi;

- **strutture residenziali P2 – SRP2**, Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo;
- **strutture residenziali P3 – SRP3**, Strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale.

La Valutazione multidimensionale è considerata essenziale per l'accesso e la valutazione degli esiti. Risulta altresì necessario verificare ed eventualmente aggiornare un set definito di strumenti psicometrici per la valutazione del processo riabilitativo e degli esiti nonché scale di valutazione per la soddisfazione degli utenti e dei familiari.

Un obiettivo, nell'ottica di migliorare l'appropriatezza della rete di trattamento riabilitativo è quello di incentivare progressivamente forme di residenzialità leggera e una, per quanto possibile, più efficace ed efficiente transizione nei diversi setting residenziali a differente gradiente di intensità riabilitativa.

Con il DCA n. 310 del 3 ottobre 2014 la Regione Lazio ha recepito l'Accordo Rep. Atti n.116/CU del 17 Ottobre 2013 recante "Le strutture residenziali psichiatriche", che in merito alle tipologie delle Strutture Residenziali Psichiatriche, stabilisce che la tipologia delle strutture residenziali psichiatriche venga distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

#### 9.4 Offerta attiva

L'offerta di posti letto residenziali alla luce delle disposizioni del DCA 101/2010, DCA 310/2014 e del DCA 17/2010 è rappresentata nella Tabella 15.

Tabella 15. Offerta posti letto residenziali area salute mentale adulti suddivisa per tipologia ed ASL di appartenenza

Offerta posti letto residenziali area salute mentale adulti				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM1	SRP1 (STIPT)	90	0	90
	SRP1 (SRTR int)	23	13	10
	SRP2 (SRTR est)	133	113	20
	SRP3 (SRSR 24h)	62	16	46
	SRP3 (SRSR12h)	41	23	18
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	28	28	0
	<b>Totale</b>		<b>377</b>	<b>193</b>
RM2	SRP1 (STIPT)	0	0	0
	SRP1 (SRTR int)	40	0	40
	SRP2 (SRTR est)	99	50	49
	SRP3 (SRSR 24h)	47	5	42
	SRP3 (SRSR12h)	10	10	0
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	31	31	0
	<b>Totale</b>		<b>227</b>	<b>96</b>



**Offerta posti letto residenziali area salute mentale adulti**

ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM3	SRP1 (STIPT)	30	0	30
	SRP1 (SRTR int)	40	0	40
	SRP2 (SRTR est)	48	8	40
	SRP3 (SRSR 24h)	74	10	64
	SRP3 (SRSR12h)	13	8	5
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>205</b>	<b>26</b>	<b>179</b>
RM4	SRP1 (STIPT)	0	0	0
	SRP1 (SRTR int)	0	0	0
	SRP2 (SRTR est)	53	0	53
	SRP3 (SRSR 24h)	19	10	9
	SRP3 (SRSR12h)	0	0	0
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>62</b>
RM5	SRP1 (STIPT)	30	0	30
	SRP1 (SRTR int)	20	0	20
	SRP2 (SRTR est)	93	0	93
	SRP3 (SRSR 24h)	151	0	153
	SRP3 (SRSR12h)	55	0	55
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	6	6	0
	<b>Totale</b>	<b>355</b>	<b>6</b>	<b>351</b>
RM6	SRP1 (STIPT)	60	0	60
	SRP1 (SRTR int)	10	0	10
	SRP2 (SRTR est)	105	0	105
	SRP3 (SRSR 24h)	71	0	71
	SRP3 (SRSR12h)	0	0	0
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>246</b>	<b>0</b>	<b>246</b>
VT	SRP1 (STIPT)	30	0	30
	SRP1 (SRTR int)	10	0	10
	SRP2 (SRTR est)	20	0	20
	SRP3 (SRSR 24h)	28	18	10
	SRP3 (SRSR12h)	0	0	0
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>88</b>	<b>18</b>	<b>70</b>
RI	SRP1 (STIPT)	0	0	0
	SRP1 (SRTR int)	9	9	0
	SRP2 (SRTR est)	14	0	14
	SRP3 (SRSR 24h)	10	10	0
	SRP3 (SRSR12h)	5	5	0
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>14</b>

Offerta posti letto residenziali area salute mentale adulti				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Offerta totale	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RI	SRP1 (STIPT)	0	0	0
	SRP1 (SRTR int)	9	9	0
	SRP2 (SRTR est)	14	0	14
	SRP3 (SRSR 24h)	10	10	0
	SRP3 (SRSR12h)	5	5	0
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>14</b>
LT	SRP1 (STIPT)	0	0	0
	SRP1 (SRTR int)	30	0	30
	SRP2 (SRTR est)	189	20	169
	SRP3 (SRSR 24h)	101	25	76
	SRP3 (SRSR12h)	34	8	26
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>354</b>	<b>53</b>	<b>301</b>
FR	SRP1 (STIPT)	0	0	0
	SRP1 (SRTR int)	0	0	0
	SRP2 (SRTR est)	93	0	93
	SRP3 (SRSR 24h)	40	0	40
	SRP3 (SRSR12h)	18	0	18
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	0	0	0
	<b>Totale</b>	<b>151</b>	<b>0</b>	<b>151</b>
<b>Totale Regione Lazio</b>		<b>2.113</b>	<b>426</b>	<b>1.689</b>

## 9.5 Offerta programmata

È stata condotta un'analisi dei documenti programmatori di regioni c.d. benchmark tenendo però conto delle specificità proprie della regione Lazio.

Considerati i mutamenti epidemiologici ed i bisogni emergenti si è definito, per ogni unità di offerta un rapporto p.l./10.000 ab >18 anni che tenga conto sia dell'attuale rete di offerta sia delle più recenti evidenze scientifiche in materia di riabilitazione psichiatrica andando a rimodulare, per intensità di cura, l'offerta regionale.

Risulta necessario premettere ai fini di una puntuale valutazione dell'attività programmatoria quanto di seguito riportato.

L'offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale rientra nel sistema globale di trattamento e riabilitazione fornito dai Dipartimenti di Salute Mentale il cui obiettivo è rispondere ai bisogni dell'utenza mediante l'erogazione di diversi livelli di intensità di cura nel rispetto dei vigenti LEA. L'integrazione e lo stretto raccordo, possibili solo in una organizzazione dipartimentale, fra le diverse unità di offerta permettono di dare risposta alle diverse richieste per intensità di cura legate al Piano di Trattamento Individuale (PTI).

I parametri di riferimento da considerarsi per l'inserimento dell'utenza nel sistema di offerta residenziale sono il livello di intensità di cure richiesto e la congruità con i bisogni assistenziali individuati all'interno del Piano Terapeutico Individuale, e non solo la diagnosi in senso stretto.

L'obiettivo previsto dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) è quello di individuare infatti una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: a) il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; b) il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale. Da ciò consegue la scelta della tipologia di struttura residenziale.

La tipologia delle strutture residenziali viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico, riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente, sia per il livello di intensità assistenziali offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, il documento ministeriale "Le strutture residenziali psichiatriche" (Accordo Rep. Atti n.116/CU 17 ottobre 2013) individua tre tipologie di struttura residenziale:

- struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1);
- struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2);
- struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi (SRP3), con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente: nelle 24 ore (SRP3.1); nelle 12 ore (SRP3.2); per fasce orarie (SRP3.3).

La Tabella 16 evidenzia il confronto tra la vigente programmazione residenziale (DCA 17/2010) e quanto previsto dal presente piano di potenziamento dell'assistenza territoriale in relazione al fabbisogno stimato.

Tabella 16. Programmazione residenzialità extraospedaliera area salute mentale adulti

Programmazione residenzialità extraospedaliera area salute mentale adulti		
Unità di Offerta	DCA 17/2010 (P.L./10.000 > 18 aa)	Fabbisogno (P.L./10.000 > 18 aa)*
SRP 1 (STIPT + SRTR int)	0,8/10.000	1/10.000
SRP 2 (SRTR est)	1,75/10.000	1,65/10.000
SRP 3.1 (SRSR 24h)	1,25/10.000	1,4/10.000
SRP 3.2 (SRSR 12h)	0,36/10.000	0,5/10.000
SRP 3.3 (Gruppo Appartamento)	0,13/10.000	0,2/10.000
Razionale	<p>Fronteggiare aumento incidenza trattata e bisogni emergenti (gravi disturbi di personalità, doppia diagnosi)</p> <p>Necessità di dare adeguata risposta a quanto previsto dalla Legge 9/2012 relativamente alla gestione dei pazienti autori di reato anche per quanto riguarda i soggetti che, dimessi dalle REMS, devono essere presi in carico a livello territoriale e necessitano di percorsi terapeutici residenziali.</p> <p>Assicurare un'offerta riabilitativa completa di tutte le unità di offerta in ogni ASL</p>	
*Non rientrano nel computo i p.l. extraospedalieri dedicati a DNA, Autismo, pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza detentiva		

In questa fase "transitoria" si è proceduto a definire una programmazione che dovrà tener conto del fabbisogno, del principio di territorialità in rapporto con la popolazione residente per singola ASL; ciò nell'ottica di favorire, tra l'altro, la transizione tra setting a maggior intensità riabilitativa a setting a minor intensità riabilitativa anche per il tramite della progressiva introduzione del c.d. *Budget* di Salute.

Nella Tabella 17 si declina il fabbisogno delle seguenti strutture residenziali.

Tabella 17. Offerta programmata posti residenziali extraospedalieri area salute mentale adulti

Offerta programmata posti residenziali extraospedalieri area salute mentale adulti				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM1	SRP1 (STIPT)		90	
	SRP1 (SRTR int)	84	23	-29
	SRP2 (SRTR est)	139	133	6
	SRP3 (SRSR 24h)	118	62	56
	SRP3 (SRSR12h)	42	41	1
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	17	28	-11
	<b>Totale</b>		<b>400</b>	<b>377</b>
RM2	SRP1 (STIPT)		0	65
	SRP1 (SRTR int)	105	40	
	SRP2 (SRTR est)	173	99	74
	SRP3 (SRSR 24h)	147	47	100
	SRP3 (SRSR12h)	52	10	42
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	21	31	-10
	<b>Totale</b>		<b>498</b>	<b>227</b>
RM3	SRP1 (STIPT)		30	-20
	SRP1 (SRTR int)	50	40	
	SRP2 (SRTR est)	82	48	34
	SRP3 (SRSR 24h)	69	74	-5
	SRP3 (SRSR12h)	25	13	12
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	10	0	10
	<b>Totale</b>		<b>236</b>	<b>205</b>
RM4	SRP1 (STIPT)		0	27
	SRP1 (SRTR int)	27	0	
	SRP2 (SRTR est)	45	53	-8
	SRP3 (SRSR 24h)	38	19	19
	SRP3 (SRSR12h)	14	0	14
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	5	0	5
	<b>Totale</b>		<b>129</b>	<b>72</b>
RM5	SRP1 (STIPT)		30	-9
	SRP1 (SRTR int)	41	20	
	SRP2 (SRTR est)	68	93	-25
	SRP3 (SRSR 24h)	57	151	-94
	SRP3 (SRSR12h)	20	55	-35
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	8	6	2
	<b>Totale</b>		<b>194</b>	<b>355</b>

Offerta programmata posti residenziali extraospedalieri area salute mentale adulti				
ASL	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	Fabbisogno	Offerta attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM6	SRP1 (STIPT)	48	60	-22
	SRP1 (SRTR int)		10	
	SRP2 (SRTR est)	79	105	-26
	SRP3 (SRSR 24h)	67	71	-4
	SRP3 (SRSR12h)	24	0	24
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	10	0	10
	<b>Totale</b>		<b>228</b>	<b>246</b>
VT	SRP1 (STIPT)	26	30	-14
	SRP1 (SRTR int)		10	
	SRP2 (SRTR est)	44	20	24
	SRP3 (SRSR 24h)	37	28	9
	SRP3 (SRSR12h)	13	0	13
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	5	0	5
	<b>Totale</b>		<b>125</b>	<b>88</b>
RI	SRP1 (STIPT)	13	0	4
	SRP1 (SRTR int)		9	
	SRP2 (SRTR est)	22	14	8
	SRP3 (SRSR 24h)	18	10	8
	SRP3 (SRSR12h)	7	5	2
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	3	0	3
	<b>Totale</b>		<b>63</b>	<b>38</b>
LT	SRP1 (STIPT)	48	0	18
	SRP1 (SRTR int)		30	
	SRP2 (SRTR est)	79	189	-110
	SRP3 (SRSR 24h)	67	101	-34
	SRP3 (SRSR12h)	24	34	-10
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	10	0	10
	<b>Totale</b>		<b>228</b>	<b>354</b>
FR	SRP1 (STIPT)	40	0	40
	SRP1 (SRTR int)		0	
	SRP2 (SRTR est)	66	93	-27
	SRP3 (SRSR 24h)	56	40	16
	SRP3 (SRSR12h)	20	18	2
	SRP3 (gruppo appartamento pb)	8	0	8
	<b>Totale</b>		<b>190</b>	<b>151</b>
<b>Totale Regione Lazio</b>		<b>2.291</b>	<b>2.113</b>	<b>178</b>

Si rileva, ad oggi, dal confronto tra il fabbisogno di posti e l'offerta attiva, un fabbisogno non coperto stimabile in 178 posti letto.

L'attuazione di detta programmazione si prevede possa avvenire nell'arco di un triennio e a step successivi onde garantire, in primis, la necessaria continuità terapeutica per l'utente e in via prioritaria attraverso riconversioni a unità di offerta a maggior fabbisogno e in via secondaria attraverso nuovi accreditamenti.

Ad oggi si prevede inoltre una invarianza di posti letto per quanto attiene l'unità di offerta STIPT.

**Obiettivo 1.** Potenziamento Servizi di Salute Mentale.

**Azione 1.** Costituzione un Tavolo Tecnico Regionale a componente multidisciplinare per il monitoraggio dell'erogazione dei LEA Area Salute Mentale Adulti/Minori e supporto alla programmazione regionale (residenzialità extraospedaliera, etc...) con costituzione di sottogruppi di lavoro con specifiche linee di attività – gennaio 2024.

**Azione 2.** Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare di supporto all'implementazione ed eventuale aggiornamento dei requisiti di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere. Documento tecnico – dicembre 2024.

**Obiettivo 2.** Programmazione regionale della rete di trattamento residenziale area salute mentale adulti.

**Azione 1.** Definizione fabbisogno, standard strutturali e organizzativi per unità di offerta residenziale extraospedaliera anche dedicate a utenti con comorbidità psichiatrica (c.d. "doppia diagnosi") – dicembre 2024.

**Obiettivo 3.** Monitoraggio dell'attuazione della programmazione regionale.

**Azione 1.** Attività di monitoraggio (liste di attesa, criteri di inclusione/esclusione per accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali in coerenza con quanto definito dal DPCM 12 Gennaio 2017, strumenti di valutazione di processo ed esito degli interventi riabilitativi, tempi di degenza) e definizione di eventuali azioni di miglioramento – semestrale a partire da Gennaio 2024.

**Obiettivo 4.** Implementazione flussi informativi area salute mentale adulti e minori.

**Azione 1.** Costituzione di un gruppo di lavoro a carattere multidisciplinare per implementare i flussi informativi per la salute mentale e dipendenze con particolare riguardo al tracciamento dei flussi di attività per i setting residenziale e semiresidenziale – gennaio 2024.

**Obiettivo 5.** Programmazione rete di trattamento semi-residenziale area salute mentale adulti.

**Azione 1.** Verifica della congruenza con l'attuale programmazione definita con Determinazione 1/02/2022 n. G00964 "Definizione del fabbisogno di posti semiresidenziali dei centri diurni per l'assistenza e definizione di standard per centri diurni a diversa intensità riabilitativa, per l'area adulta, con differenziazione per popolazione target (giovani all'esordio/lungoassistiti) – dicembre 2025.

**Obiettivo 6.** Attivazione della metodologia di definizione del *Budget* di Salute, in base al recepimento dell'Intesa n.104/CU del 6 luglio 2022 e definizione dei percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione della persona con disturbi mentali.

**Azione 1.** Analisi dei bisogni di salute di utenti lungo assistiti che hanno già effettuato percorsi riabilitativi nelle strutture residenziali ma non hanno acquisito un'autonomia tale da rendere possibile un abitare autonomo o cohousing al fine di proporre opportune azioni a carattere programmatico regionale – dicembre 2024.

**Azione 2.** Definizione delle linee di indirizzo regionali per la progettazione del *Budget* di Salute che definiscano obiettivi, finalità e modalità di erogazione – marzo 2025.

## **9.6 Salute Mentale Minori (Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza)**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021) sul tema della salute mentale negli adolescenti sottolinea che circa la metà di tutti i disturbi mentali esordiscono prima dei 14 anni e che, se non trattati, tali disturbi persistono con gravi implicazioni anche in età adulta. Aggiunge inoltre che:

- a livello globale, tra i 10 ed i 19 anni, un adolescente su sette soffre di un disturbo mentale, condizione che rappresenta il 13% del carico globale di malattia in questa fascia di età;
- depressione, ansia e disturbi comportamentali sono tra le principali cause di malattia e disabilità negli adolescenti;
- il suicidio è la quarta causa di morte nei giovani tra i 15 e 19 anni;
- le conseguenze di un mancato trattamento dei problemi di salute mentale in adolescenza, si estendono in età adulta determinando la compromissione della salute fisica e mentale e limitando le opportunità di condurre una vita appagante.

Nella maggior parte dei disturbi considerati, un trattamento precoce e tempestivo in età evolutiva può cambiare la storia naturale della malattia o prevenire numerose sequele, evitando un decorso cronico ed invalidante.

Lo stato di benessere dell'infanzia è uno degli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale (PSN): le azioni volte a migliorare le condizioni di salute e la qualità di vita della popolazione in età evolutiva rivestono una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria delle Regioni e delle singole Aziende Sanitarie.

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti: coinvolgono complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni ed includono sia i disturbi neurologici con sequele spesso gravemente invalidanti, sia i disturbi di sviluppo sia i disturbi psichiatrici. La prevalenza complessiva dei singoli disturbi come del loro insieme è assai variabile nella letteratura internazionale per le difficoltà metodologiche insite nell'integrare prevalenze puntiformi e elevata comorbidità, in una prospettiva life-span che si interseca con la normale evolutività dell'età.

Anche per quanto riguarda il ricovero ordinario per disturbi neuropsichici e gli accessi in PS, si evidenzia un aumento rilevante della domanda, in particolare per i disturbi psichiatrici gravi in adolescenza. Si tratta di un fenomeno ampiamente documentato nella letteratura internazionale anche in nazioni con modelli organizzativi dei servizi molto diversi. Nella Regione Lazio sono attivi ad oggi, considerando DH e p.l. ordinari, 73 p.l.

L'assetto organizzativo delle ASL, per quanto attiene i Servizi di Neuropsichiatria infantile, ed in particolare per le relazioni funzionali con i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche è attualmente disomogeneo. Considerata la longitudinalità di evoluzione e la frequente comorbidità con i disturbi da uso di sostanze è raccomandato che vengano adottate a livello di singola ASL gli opportuni interventi, anche organizzativi, per garantire la massima integrazione tra le aree Salute Mentale adulti, minori e dipendenze patologiche.

## **9.7 Setting Residenziale e semiresidenziale**

La Regione Lazio con il Decreto del Commissario ad Acta 19 dicembre 2012, n. 424 "Piano del fabbisogno assistenziale per i minori con disturbo psichico per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003" ha stimato un fabbisogno per adolescenti con psicopatologia complessa pari a una struttura semiresidenziale per ASL tranne per l'ASL Roma 2, per cui se ne prevedono due.

Nell'ottica di garantire sia l'appropriatezza che la continuità del percorso assistenziale prevista con le strutture a minore e maggiore intensità assistenziale, con medesimo atto della struttura commissariale è stato definito

il “Piano del fabbisogno assistenziale per i minori nell’area della salute mentale” prevedendo le strutture residenziali terapeutiche riabilitative (SRTR) per trattamenti comunitari intensivi ed estensivi con la seguente offerta: “...20 PL in S.R.T.R. Adolescenti Intensive per trattamenti comunitari intensivi di cui almeno 10 posti letto collocati territorialmente nelle ASL della città di Roma...omissis... 80 PL in S.R.T.R. Adolescenti estensive per trattamenti comunitari estensivi distribuiti territorialmente in modo tale da essere accessibili a tutto il bacino di utenza regionale (possibilmente 40 posti letto nelle ASL della città di Roma e Provincia, 20 posti letto nelle ASL di Rieti/Viterbo e 20 posti letto nella ASL di Latina/Frosinone)...”.

## 9.8 Offerta attiva

L’offerta attiva per il setting residenziale è descritta all’interno della Tabella 18 (per la residenzialità intensiva) e della Tabella 19 (per la residenzialità estensiva).

Tabella 18. Offerta attiva residenziale area Salute Mentale minori

Offerta attiva residenziale area Salute Mentale minori			
ASL	Offerta Attiva (SRTR intensiva)	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM 1	0	0	0
RM 2	0	0	0
RM 3	10	0	10
RM 4	0	0	0
RM 5	0	0	0
RM 6	10	0	10
FR	0	0	0
LT	0	0	0
RI	0	0	0
VT	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

Tabella 19. Offerta attiva residenziale area Salute Mentale minori

Offerta attiva residenziale area Salute Mentale minori			
	Offerta Attiva (SRTR estensiva)	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM 1	0	0	0
RM 2	10	0	10
RM 3	20	0	20
RM 4	0	0	0
RM 5	0	0	0
RM 6	10	0	10
FR	0	0	0
LT	0	0	0
RI	0	0	0
VT	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

Per quanto concerne il setting semiresidenziale l’offerta attiva è rappresentata nella Tabella 20.



Tabella 20. Offerta attiva semiresidenziale area Salute Mentale minori

Offerta attiva semiresidenziale area Salute Mentale minori			
	Offerta Attiva	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM 1	12	12	0
RM 2	24	12	12
RM 3	0	0	0
RM 4	0	0	0
RM 5	0	0	0
RM 6	0	0	0
FR	12	0	12
LT	12	0	12
RI	0	0	0
VT	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

### 9.9 Offerta programmata

Nelle more della definizione del fabbisogno aggiornato agli attuali bisogni di salute, considerato sia i mutamenti epidemiologici sia la crescente domanda soprattutto nell'attuale contesto post-pandemico, obiettivo è quello di dare piena attuazione a quanto previsto dal DCA 424/2012 (Tabelle 21, 22 e 23).

Tabella 21. Offerta programmata posti residenziali area Salute Mentale minori

Offerta programmata posti residenziali area Salute Mentale minori			
ASL	Fabbisogno DCA 424/2012	Offerta Attiva (SRTR intensiva)	$\Delta$ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM 1		0	
RM 2		0	
RM 3		10	
RM 4		0	
RM 5		0	
RM 6		10	
FR		0	
LT		0	
RI		0	
VT		0	
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0</b>

Tabella 22. Offerta programmata posti residenziali area Salute Mentale minori

Offerta programmata posti residenziali area Salute Mentale minori			
ASL	Fabbisogno DCA 424/2012	Offerta Attiva (SRTR intensiva)	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM 1		0	
RM 2		10	
RM 3		20	
RM 4		0	
RM 5		0	
RM 6		10	
FR		0	
LT		0	
RI		0	
VT		0	
<b>TOTALE</b>	<b>80</b>	<b>40</b>	<b>40</b>

Tabella 23. Offerta programmata posti semiresidenziali area Salute Mentale minori

Offerta programmata posti semiresidenziali area Salute Mentale minori			
	Fabbisogno DCA 424/2012	Offerta Attiva (SRTR intensiva)	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM 1	12	12	0
RM 2	24	24	0
RM 3	12	0	12
RM 4	12	0	12
RM 5	12	0	12
RM 6	12	0	12
FR	12	12	0
LT	12	12	0
RI	12	0	12
VT	12	0	12
<b>TOTALE</b>	<b>132</b>	<b>60</b>	<b>72</b>

In relazione al suddetto fabbisogno è stato attivato quanto programmato, in materia di residenzialità (intensiva ed estensiva), unicamente per quanto concerne il territorio di Roma Capitale con un fabbisogno ancora non coperto pari 40 pl di residenzialità estensiva per le provincie Rieti/Viterbo e Latina/Frosinone.

Si rileva, ad oggi, dal confronto tra il fabbisogno di posti e l'offerta attiva, un fabbisogno non coperto stimabile di 72 posti semiresidenziali.

Il documento "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" (Rep. Atti n. 138/CU del 13/11/2014), peraltro non ancora recepito dalla Regione Lazio, evidenzia la necessità di definire standard di riferimento relativamente al fabbisogno territoriale di strutture residenziali per i disturbi neuropsichici nell'infanzia e nell'adolescenza e propone di distinguere le unità di offerta in funzione dell'età dei soggetti. Si ritiene che possa utilmente essere considerato il cut off dei 14 anni andando progressivamente a distinguere strutture/moduli funzionali dedicati a utenti dai 10 anni compiuti al compimento dei 14 anni e dai 14 anni compiuti fino al compimento dei 18 anni (eventualmente prolungabili fino a 21 anni a seguito di valutazione NPI/DSM).

**Obiettivo 1.** Potenziamento della rete assistenziale dei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza.

**Azione 1.** Analisi fabbisogno residenzialità e semiresidenzialità area salute mentale minori non ancora soddisfatto, anche alla luce dei mutamenti epidemiologici e i bisogni emergenti e alla luce della revisione dei PTRI degli utenti attualmente inseriti in strutture residenziali e semiresidenziali nell’ottica di garantire omogeneità nell’offerta a livello di singola ASL o di Area Vasta (comprensiva del territorio di 2 o più ASL) e prossimità all’utente nell’ottica di implementare l’appropriatezza degli inserimenti e dei trattamenti erogati – aprile 2025.

**Azione 2.** Definizione di sistemi di remunerazione per le prestazioni semiresidenziali extraospedaliere – giugno 2024.

L’offerta così determinata dovrebbe garantire la territorialità degli interventi e implementare il collegamento tra struttura residenziale e servizio inviante, il mantenimento delle relazioni significative, il reinserimento sociale nell’ambiente di provenienza e favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento dalla rete familiare.

### 9.10 Area dei Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA)

La rete di cura dedicata ai Disturbi della Nutrizione e Alimentazione deve essere fortemente integrata con i Servizi del territorio, al fine di ridurre la frammentazione della risposta assistenziale, l’inappropriatezza delle cure ed efficientare l’impiego di risorse economiche in linea con l’Accordo 222/CSR tra il Governo e le Regioni e le Province autonome del 24 novembre 2016 concernente la valutazione delle criticità in ambito nutrizionale e le relative strategie di intervento (Det. G02472/2023).

Il Piano regionale per la salute mentale (DGR n. 762 del 29/09/2022) prevede che le Direzioni Aziendali:

- adottino i percorsi di cura multiprofessionale, con priorità verso gli utenti con bisogni complessi;
- garantiscano, in integrazione con i Distretti sanitari, i processi assistenziali previsti dal PANSM, ovvero consulenza/collaborazione con MMG e PLS, assunzione in cura e presa in carico, continuità assistenziale e integrazione con i diversi Enti interessati, coinvolgimento della scuola, della famiglia ed empowerment, rapporti con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, nonché residenziali e semiresidenziali.

### 9.11 Offerta attiva

Nella Regione Lazio sono ad oggi attive 3 strutture semiresidenziali (Tabella 24) e 5 Strutture residenziali (Tabella 25) per i DNA.

*Tabella 24. Offerta attiva posti semiresidenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione*

Offerta attiva posti semiresidenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione			
ASL	Offerta Attiva	Offerta pubblica	Offerta privato accreditato
RM 1	6	6	0
RM 2	0	0	0
RM 3	10	0	10
RM 4	0	0	0
RM 5	40	0	40
RM 6	0	0	0
FR	0	0	0
LT	0	0	0
RI	0	0	0
VT	10	0	10
<b>TOTALE</b>	<b>66</b>	<b>6</b>	<b>60</b>

Tabella 25. Offerta attiva posti residenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione

<b>Offerta attiva posti residenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione</b>			
<b>ASL</b>	<b>Offerta attiva</b>	<b>Offerta pubblica</b>	<b>Offerta privata accreditata</b>
RM 1	10	10	0
RM 2	10	0	10
RM 3	10	0	10
RM 4	0	0	0
RM 5	20	0	20
RM 6	0	0	0
FR	0	0	0
LT	0	0	0
RI	0	0	0
VT	20	0	20
<b>TOTALE</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>60</b>

## 9.12 Offerta programmata

Tabella 26. Offerta programmata posti semiresidenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione

Offerta programmata posti semiresidenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione			
ASL	Fabbisogno DCA 80/2016	Offerta Attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
RM 1	10	6	4
RM 2	10	0	10
RM 3	10	10	0
RM 4	0	0	0
RM 5	40	40	0
RM 6	0	0	0
FR	10	0	10
LT	10	0	10
RI	10	0	10
VT	10	10	0
<b>TOTALE</b>	<b>110</b>	<b>66</b>	<b>44</b>

Tabella 27. Offerta programmata posti residenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione

Offerta programmata posti residenziali Disturbi Nutrizione e Alimentazione			
ASL	Fabbisogno (DCA 80/2016)	Offerta attiva	Δ
RM 1		10	
RM2	30	10	0
RM3		10	
RM 4		0	
RM 5	20	20	0
RM 6		0	
FR		0	
LT	10	0	10
RI		0	
VT	20	20	0
<b>TOTALE</b>	<b>80</b>	<b>70</b>	<b>10</b>

Si rileva, ad oggi, dal confronto tra il fabbisogno di posti e l'offerta attiva (Tabelle 26 e 27), un fabbisogno non coperto per il semiresidenziale di 44 posti e per il residenziale di 10 posti letto.

La vigente programmazione sarà oggetto, di aggiornamento e rimodulazione in funzione di criteri quali fabbisogno di salute della popolazione, prossimità e omogeneità sul territorio regionale, attraverso istituendo gruppi tecnici regionali.

**Obiettivo 1.** Definizione e attivazione di una rete integrata di servizi, multiprofessionale, che consenta il miglioramento del sistema di diagnosi e cura dei soggetti affetti da Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) in raccordo con la Determinazione G02472/2023.

**Azione 1.** Conclusione del percorso di attuazione della programmazione definita dal DCA 80/2016 – ottobre 2024.

**Azione 2.** Aggiornamento fabbisogno prestazioni ambulatoriali, semi-residenziali, residenziali e di ricovero ospedaliero – ottobre 2024.

**Azione 3.** Definizione della rete di trattamento secondo il modello *HUB & spoke* (individuando centri di riferimento a valenza regionale e provinciale in sinergia con un primo livello di trattamento presente in ogni ASL) – dicembre 2024.

**Azione 4.** Definizione sistema tariffario prestazioni residenziali e semiresidenziali – dicembre 2024.

### **9.13 Rete di trattamento per i disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder, ASD*)**

La regione ha recepito con la Deliberazione 13 febbraio 2018, n.75 le “Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder, ASD*)” e costituito un “Coordinamento Regionale della Rete Interistituzionale Disturbi dello spettro autistico”, con funzione di supporto, coordinamento e monitoraggio, strettamente collegato con i servizi per la presa in carico ed erogazione degli interventi sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali, sociali, educativi alle persone autistiche. L’offerta residenziale e semiresidenziale dedicata a tale popolazione di utenti sarà oggetto, come sottoindicato, di un aggiornamento e rimodulazione in funzione di criteri quali: fabbisogno di salute della popolazione, prossimità e omogeneità sul territorio regionale, in considerazione, tra l’altro, dell’introduzione del c.d. *Budget* di Salute. Ciò sarà oggetto di approfondimenti tecnici da specifici istituendi gruppi tecnici regionali di concerto tra le competenti Direzioni regionali e con esperti di settore.

**Obiettivo 1.** Definizione e attivazione di una rete integrata di servizi, multiprofessionale, che consenta il miglioramento del sistema di diagnosi e cura dei disturbi del neurosviluppo, in particolare dei Disturbi dello spettro autistico.

**Azione 1.** Aggiornamento del fabbisogno delle prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali.

**Azione 2.** Rafforzamento della rete territoriale dei servizi per la diagnosi/intervento precoce e presa in carico dei disturbi del neurosviluppo, attraverso, tra l’altro, le seguenti azioni:

- Implementazione della sorveglianza del neurosviluppo nella fascia 0-3 anni (da estendere a 6-7 anni per ADHD, disturbi specifici del linguaggio e disabilità intellettive) per il monitoraggio: della popolazione generale nei bilanci di salute pediatrici; delle popolazioni ad alto rischio nelle terapie intensive neonatali (nati prematuri e piccoli per età gestazionale) e nelle unità operative di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (fratellini di bambini già diagnosticati con un ASD).
- Implementazione di un sistema di invio in *fast track* ai servizi di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (Nucleo funzionale Autismo) delle ASL per l’attivazione tempestiva di procedure di conferma diagnostica ed attivazione di intervento precoce;

- Implementazione dei Nuclei Operativi Territoriali (Nucleo Funzionale Autismo) nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (TSMREE) e nei servizi psichiatria dell'adulto delle ASL per la conferma diagnostica, la valutazione del funzionamento e la definizione/attuazione di un Piano abilitativo / progetto di vita individualizzato da monitorare ed eventualmente rivalutare sulla base degli esiti;
- Potenziamento delle sinergie tra centri di primo/secondo livello e centri di terzo livello per approfondimenti eziopatogenetici.

**Azione 3.** Implementare le competenze specialistiche del personale attraverso i corsi di perfezionamento e master universitari.

**Azione 4.** Istituzione gruppo di lavoro di concerto con la Direzione per l'Inclusione Sociale, finalizzato a definire obiettivi trasversali di potenziamento per l'integrazione sociosanitaria nella presa in carico dell'utente affetto da disturbi dello spettro autistico – dicembre 2023.

### 9.14 Dipendenze patologiche

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la dipendenza come *“condizione psichica e talvolta anche fisica, derivata dall'interazione fra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comportano sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psicologici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”*.

Nella Regione Lazio, l'assistenza alle persone affette da dipendenza patologica è garantita dalle seguenti tipologie di servizi così come previsto dal DCA 13/2015. Il sistema di offerta sia per trattamenti residenziali sia semiresidenziali prevede un'articolazione differenziata secondo livelli di intensità, complessità assistenziale e durata in conformità a quanto definito dal dPCM 12 gennaio 2017.

- Servizi ambulatoriali - Ser.D. (Tabella 28): n. 52 sedi (43 ubicate sul territorio e 9 presso gli Istituti di detenzione e pena);
- Centro Alcolologico di riferimento Regione Lazio (ASL Roma 1);
- Centri Antifumo;
- Servizi residenziali e semiresidenziali, distinti nelle seguenti tipologie (Tabella 29): Residenziali Terapeutico Riabilitative (R.T.R.); Residenziali Pedagogico Riabilitative (R.P.R.); Semiresidenziali Terapeutico Riabilitative (SR.T. R); Semiresidenziali Pedagogico Riabilitative (SR.P. R).

## 9.15 Offerta attiva

Tabella 28. Servizi ambulatoriali – Ser.D

Servizi ambulatoriali - Ser.D			
ASL	SERD	SERD (Istituti Penitenziari)	Totale
RM 1	6	1	7
RM 2	6	1	7
RM 3	3	0	3
RM 4	3	1	4
RM 5	5	0	5
RM 6	5	1	6
LT	5	1	6
FR	4	2	6
RI	2	1	3
VT	4	1	5

Nelle more della definizione puntuale per le unità di offerta, dell'area dipendenza, del numero posti letto residenziali extra ospedalieri e posti semiresidenziali, per il tramite di specifico gruppo tecnico che avrà come obiettivo quello di verificare ed eventualmente aggiornare la programmazione, si conferma attualmente quanto previsto dalla vigente programmazione (DCA 11/2018).

Si da evidenza nella Tabella 29 del numero di posti letto di residenzialità extraospedaliera suddivisi per tipologia assistenziale.

Tabella 29. Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali dipendenze patologiche

Offerta attiva posti residenziali e semiresidenziali dipendenze patologiche			
Tipologie Assistenziali	Offerta Attiva	Offerta pubblica	Offerta privata accreditato
Residenziale terapeutico-riabilitativo (R.T.R.)	287	0	287
Semiresidenziale terapeutico riabilitativo (SR.T.R.)	99	0	99
Residenziale pedagogico riabilitativo (R.P.R.)	271	0	271
Semiresidenziale pedagogico riabilitativo (SR.P.R.)	142	0	142
<b>TOTALE</b>	<b>799</b>	<b>0</b>	<b>799</b>



## 9.16 Offerta programmata

Tabella 30. Offerta programmata posti residenziali e semiresidenziali dipendenze patologiche

Offerta programmata posti residenziali e semiresidenziali dipendenze patologiche			
Tipologie Assistenziali	Fabbisogno (DCA 11/2018)	Offerta Attiva	Δ (Fabbisogno - Offerta attiva)
Residenziale terapeutico-riabilitativo (R.T.R.)	287	287	0
Semiresidenziale terapeutico riabilitativo (SR.T.R.)	161	99	62
Residenziale pedagogico riabilitativo (R.P.R.)	284	271	13
Semiresidenziale pedagogico riabilitativo (SR.P.R.)	72	142	-70
<b>TOTALE</b>	<b>804</b>	<b>799</b>	<b>5</b>

L'offerta residenziale e semiresidenziale sarà oggetto, di un aggiornamento e rimodulazione in funzione di criteri quali: fabbisogno di salute della popolazione, prossimità e omogeneità sul territorio regionale. Verrà definita altresì una tariffa unica regionale per setting assistenziale associata alla revisione/implementazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio/accreditamento istituzionale. Ciò sarà oggetto di approfondimenti tecnici da specifici istituendi gruppi tecnici regionali (Obiettivo 1).

**Obiettivo 1.** Programmazione regionale rete di trattamento residenziale e semi-residenziale area dipendenze patologiche.

**Azione 1.** Attivazione tavolo tecnico di monitoraggio sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per le dipendenze patologiche – gennaio 2024.

**Azione 2.** Analisi fabbisogno residenzialità area dipendenze patologiche per le differenti tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e i bisogni emergenti e alla luce della revisione dei PTRI degli utenti attualmente inseriti in strutture residenziali e aggiornamento del fabbisogno già previsto nella determina G13807/2020 – dicembre 2024.

**Azione 3.** Definizione tariffe prestazioni residenziali e semiresidenziali extraospedaliere – settembre 2024.

**Obiettivo 2.** Gestione e presa in carico del paziente affetto da Disturbo da Uso di Alcol e abitudine al fumo.

Dal rapporto elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio emerge che la popolazione in trattamento nei Servizi per le dipendenze, nell'anno 2022, per disturbo da uso di alcol è pari a 3.888 soggetti, di cui 1.119 (28,8%) entrati in trattamento per la prima volta nel corso dell'anno. Il tasso di abbandono (drop-out) del trattamento è del 12,9 % e risulta essere quasi il doppio di quella rilevata nei soggetti in trattamento per uso di droghe (7,3%).

**Azione 1.** Attivazione di specifico gruppo di lavoro per il monitoraggio dell'erogazione dei LEA Area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica e Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per pazienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol e abitudine al fumo – dicembre 2025.

## 9.17 Salute materno-infantile e consultori familiari

I Consultori Familiari sono il frutto di un complesso elaborato legislativo che ha visto ampliare in modo profondo il mandato affidato agli stessi negli ultimi anni per quanto concerne gli aspetti legati agli interventi sociosanitari relativi alla violenza di genere o a quelli relativi all'umanizzazione del parto. Con il Decreto del Commissario ad Acta 12 maggio 2014, n. U00152 recante "Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino:

ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consulteri Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/20114” nella Regione Lazio è stato definito un percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza territoriale, a supporto del processo di riequilibrio tra l’offerta ospedaliera e quella territoriale.

Essendo servizi sociosanitari di base, ad accesso diretto e gratuito, a tutela della salute della donna, della gravidanza e del feto, della coppia, della famiglia e dell’età evolutiva, si collocano come servizi di prossimità con il territorio di importanza strategica nell’assetto dell’assistenza distrettuale, come previsto dai LEA in particolare all’art. 24 “Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie”.

Alcuni dati ci fanno comprendere la quantità di attività assistenziale svolta nella Regione Lazio: nell’anno 2021 nei 135 consultori familiari attivi vi sono stati 191.775 accessi di donne (13-65 anni) che comprendono la lingua italiana (133.403 nel 2020) e 12.721 accessi di donne (13-65 anni) che non comprendono la lingua italiana (7.969 nel 2020).

Le donne che hanno partecipato ad un Corso Accompagnamento alla Nascita (CAN) sono state 6.929 (6.557 nel 2020) e le donne in gravidanza seguite e che hanno effettuato almeno 3 accessi sono state 11.612 (10.938 nel 2020). Inoltre, gli operatori hanno effettuato 24.540 consulenze post-partum effettuate entro un anno dalla nascita del bambino riguardanti le dinamiche di coppia, la sessualità, il disagio psichico e le problematiche fisiche delle donne (9.752 nel 2020).

Nei percorsi destinati al contrasto della violenza di genere le segnalazioni (utenti, Comuni, Forze dell’ordine, tribunale, ecc.) giunte al servizio consultoriale sono state 468 e sono stati presi in carico 437 casi (erano 313 nel 2019 e 375 nel 2020).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari da raggiungere a livello mondiale. Il monitoraggio regionale annuale che viene effettuato dall’Area Rete integrata del territorio – Ufficio Salute mentale dipendenze e minori sulle attività svolte dai Consulteri Familiari consente di monitorare le attività erogate su tutti i percorsi assistenziali attivi e cioè:

- area promozione della salute e prevenzione;
- percorso giovani;
- percorso salute sessuale e riproduttiva;
- percorso nascita;

---

4 Si vedano anche i seguenti riferimenti normativi Legge n. 405 del 29 luglio 1975 “Istituzione dei consultori familiari”.

Legge regionale n. 15 del 16 aprile 1976 “Istituzione del servizio di assistenza alla famiglia e di educazione alla maternità e paternità responsabili”.

Legge n. 194 del 22 maggio 1978 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”.

Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998- 2000, adottato con Decreto ministeriale del 24 aprile 2000.

Ministero della salute – “Piano nazionale per la fertilità - Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro”.

Decreto del Presidente della Repubblica del 25 gennaio 2022 - 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva - 2022-2023. Linee Guida sull’Infanzia e l’Adolescenza, AICS e Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del MAECI, 2021.

- area Integrazione Ospedale-Territorio;
- percorso salute psico-fisica bambino 0 – 1 anno;
- percorso assistenziale per la donna che richiede una interruzione volontaria della gravidanza;
- percorso screening oncologico del cervico-carcinoma;
- interventi di contrasto alla violenza di genere;
- percorso G.I.L. Adozione.

**Obiettivo 1.** Potenziamento delle attività dei Consultori Familiari a tutela e sostegno della famiglia, della maternità e della paternità, dell'infanzia e dei giovani in età evolutiva attraverso la definizione di percorsi integrati tra Consultorio Familiare, CSM, Servizi TSMREE, Dipartimento di Prevenzione, Distretto Sanitario, Serd, Punti Nascita, ecc. sulle seguenti tematiche:

- tutela della salute mentale della donna durante la gravidanza e fino al terzo anno di vita del bambino/dopo l'adozione di un bambino;
- promozione della salute nei primi 1000 giorni e realizzazione di interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione e relativi Piani Aziendali, volti a: favorire l'adozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica, consumo di tabacco/fumo passivo e bevande alcoliche) in gravidanza e dopo la nascita da parte dell'intero nucleo familiare; promuovere la lettura precoce in famiglia, favorire il controllo dell'esposizione a schermi, favorire la protezione, promozione e sostegno all'allattamento materno, promuovere la sicurezza domestica e in auto, promuovere la corretta assunzione di acido folico, la posizione in culla e le vaccinazioni, screening neonatali;
- violenza di genere e contrasto agli abusi<sup>5</sup>: prevenzione, contrasto e cura donne e bambini/adolescenti vittime di abusi, violenza e/o testimoni di violenza;
- relazioni integrate con la Giustizia (Tribunale per i Minorenni, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni, Tribunale Ordinario);
- post adozione: presa in carico integrata minore e famiglia nel caso di disagio psichico e/o nel caso di gravidanza.

**Azione 1.** Monitoraggio definizione dei protocolli nelle singole Aziende – dicembre 2024.

**Obiettivo 2.** Monitoraggio sull'attività svolta dai Consultori Familiari sui percorsi assistenziali e implementazione sistema informativo SICOF (con Area sistemi informativi).

---

<sup>5</sup> Si vedano il Decreto del Commissario ad Acta 12 maggio 2014, n. U00152 "Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011"; la D.G.R. n.614 del 18 ottobre 2016 recante "Legge regionale 19 marzo 2014 n.4 Recepimento Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, relativa ai requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, prevista dal DPCM 24 luglio 2014, sancita in sede di Conferenza unificata il 27 novembre 2014 (Rep. Atti 146/CU) Approvazione "Linee guida per l'offerta dei servizi, uniformi su tutto il territorio regionale, da parte delle strutture preposte al contrasto della violenza di genere. Requisiti minimi strutturali e organizzativi dei Centri antiviolenza, delle Case rifugio e delle Case di semi-autonomia" e il Decreto del Commissario ad Acta n. U00165 del 15/05/2019 "Potenziamento della Rete regionale in materia di contrasto all'abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori – Linee guida per l'attività delle Équipe Specialistiche di 2° livello dei Servizi TSMREE": approvazione documento.

**Azione 1.** Attivazione Tavolo Tecnico di lavoro a carattere multidisciplinare (con Area sistemi informativi/AA.SS. LL) per implementare i flussi informativi per i Consulenti Familiari – dicembre 2024

**Obiettivo 3.** Nuove modalità di erogazione dell'assistenza attraverso la definizione delle Linee di Indirizzo per la gestione dei servizi di Telemedicina per il Consultorio Familiare (in collaborazione con l'Ufficio Telemedicina).

**Azione 1.** Redazione di un documento tecnico di Definizione delle Linee di Indirizzo regionali per la gestione dei servizi di Telemedicina per il Consultorio Familiare – dicembre 2024.

**Azione 2.** Monitoraggio dell'applicazione Linee di indirizzo – dicembre 2024.

**Obiettivo 4.** Definizione di un modello di intervento di contrasto alla violenza domestica, l'abuso e il maltrattamento in gravidanza e nei primi anni di vita del bambino attraverso l'home visiting.

**Azione 1.** Attivazione Tavolo Tecnico a carattere multidisciplinare per la definizione di un modello di intervento su base regionale in linea con le Linee guida internazionali ed evidenze scientifiche – giugno 2025.

**Azione 2.** Implementazione del modello presso i Consulenti Familiari – a partire da giugno 2025.

### **9.18 Sanità Penitenziaria**

La rete regionale dei servizi di sanità penitenziaria del Lazio (DGR n.129/2021), è inquadrata nell'ambito dell'assistenza territoriale ed è conforme a quanto previsto dal DPCM del 1/4/2008 recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" e nell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali (Rep.Atti n.3/CU del 22 gennaio 2015).

Sul territorio regionale insistono 14 Istituti Penitenziari per adulti (circa 6.000 detenuti), un Istituto Penale Minorile (IPM), 6 Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva (REMS).

Gli Istituti Penitenziari (I.P.) per adulti del Lazio, sono distribuiti su otto ASL per più di 6.000 detenuti con potenziali problemi di salute. Le ASL con I.P. sono evidenziate in Tabella 31.

Tabella 31. Istituti Penitenziari del Lazio per ASL e tipologia di Istituto

Istituti Penitenziari del Lazio per ASL e tipologia di Istituto		
ASL	Istituto Penitenziario	Tipo Istituto
RM 1	Regina Coeli	CC (Casa Circondariale)
	IPM (Istituto Penitenziario Minorile)	CC
RM 2	Germana Stefanini Rebibbia femminile	CCF (Casa Circondariale femminile)
	Raffaele Cinotti N.C.	CC
	Rebibbia Terza Casa	CC
	Rebibbia	CR (Casa di Reclusione)
RM 4	Civitavecchia "Giuseppe Passerini"	CR
	Civitavecchia "N.C."	CC
RM 6	Velletri	CC
FR	Cassino	CC
	Frosinone "Giuseppe Pagliei"	CC
	Paliano	CR
LT	Latina	CC
VT	Viterbo "N.C."	CC
RI	Rieti "N.C."	CC

**Obiettivo 1.** Riorganizzazione e rimodulazione dei servizi sanitari erogati in carcere al fine di renderli adeguati ai complessi bisogni di salute che connotano la popolazione detenuta.

**Azione 1.** Istituzione di tavolo tecnico a supporto della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria – maggio 2024.

**Azione 1.1.** Rivalutazione standard minimi di offerta sanitaria per ogni Istituto Penitenziario (IP), favorendo l'accesso a interventi di prevenzione quali le vaccinazioni in età adulta e gli screening oncologici, in funzione del numero di detenuti per Istituto e della tipologia di sezioni specialistiche presenti in ciascun Istituto Penitenziario che contempli anche una riorganizzazione del Servizio "Nuovi Giunti", con specifica attenzione alla popolazione vulnerabile (giovani con disturbo da uso di sostanze, soggetti multimorbidi) – dicembre 2024.

**Azione 1.2.** Monitoraggio di un'adeguata offerta sanitaria interna in termini di disponibilità di ore di assistenza specialistica e di fruibilità delle stesse al fine di contenere il ricorso a prestazioni erogate all'esterno dell'I.P. – dicembre 2025.

**Obiettivo 2.** Implementazione della telemedicina per garantire una adeguata assistenza sanitaria a tutti i soggetti privati della libertà personale al fine di evitare la frequente movimentazione dei detenuti.

**Azione 1.** Attivazione di servizi di telemedicina in via progressiva – entro giugno 2025.

### 9.19 Salute Mentale negli Istituti Penitenziari

Nel contesto penitenziario la malattia mentale non può essere gestita con risposte esclusivamente o prevalentemente sanitarie ma necessita di interventi integrati di tipo ambientale, sociale, trattamentale e riabilitativo. In attuazione della DGR n. 277/2012 (C.U. n.95/2011 e successiva C.U. n.3/2015) sono state realizzate le cosiddette Articolazioni sanitarie per la tutela della Salute Mentale in carcere (ATSM) che a distanza di anni necessitano di una rivalutazione in quanto, per i mutamenti del contesto, non risultano soddisfare a pieno il fabbisogno. La Tabella 32 evidenzia le attuali ATSM.

Tabella 32.ATSM

ATSM				
ASL	Sede	Istituto Penitenziario	N.	U/D*
RM 1	Roma	C.C. 'Regina Coeli'	2	U
RM 2	Roma	C.C. 'Nuovo Complesso di Rebibbia'	6	U
		Casa Reclusione Roma Rebibbia	16	U
RM 4	Civitavecchia	C.C. 'Nuovo Complesso'	3	D
RM 6	Velletri	C.C.	6	U

\*Uomini/Donne

**Obiettivo 1.** Valutare fabbisogno attuale di posti letto di ATSM dedicati alla tutela della salute mentale adulti in ambito penitenziario.

**Azione 1.** Istituzione di tavolo tecnico con referenti salute mentale in carcere delle ASL con Istituto Penitenziario e referenti PRAP (Amministrazione Penitenziaria/A.P.) al fine di aggiornare la DGR n.277/2012 e aggiornare il fabbisogno equivalente alla presenza di ATSM in ciascun I.P. – maggio 2024.

## 9.20 Rete di trattamento REMS

Ai sensi del DCA 300/2013 e ss.mm.ii. e del DCA 233/2013 e ss.mm.ii., approvati dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione con Decreto del 26 giugno 2015 - G.U. n.217 del 18/9/2015, nel 2015 la Regione Lazio ha attivato la prima REMS e dopo un anno sono state attivate le altre quattro REMS previste. Con DCA n. 486/2019 è stata delineata la nuova rete delle REMS del Lazio (Tabella 33) comprensiva di una ulteriore REMS destinata ad accogliere pazienti di sesso maschile con sede a Rieti.

Tabella 33. Rete di trattamento REMS (DCA 486/2019)

Rete di trattamento REMS (DCA 486/2019)			
	Rems	Data operatività	n. posti letto
FR	Pontecorvo	aprile 2015	11 femmine
RM 5	Subiaco	luglio 2015	20 maschi
RM 5	Palombara I	agosto 2015	20 maschi
FR	Ceccano	novembre 2015	20 maschi
RM 5	Palombara II	giugno 2016	20 maschi
RI	Rieti	agosto 2021	15 maschi
<b>TOTALE</b>			<b>106</b>

Attualmente, a otto anni di distanza dall'apertura della prima REMS, l'obiettivo è di rafforzare il coordinamento dell'azione sanitaria e dell'autorità giudiziaria attraverso un lavoro di équipe, nel rispetto dei propri e diversi ruoli, al fine migliorare l'azione sinergica e garantire una migliore fluidità nello scambio di informazioni; ciò nell'ottica di erogare interventi più efficaci, anche in previsione della integrazione sociale dei soggetti entrati nel circuito delle misure di sicurezza detentive.

La dimissione dalla REMS inoltre è un momento particolarmente delicato che necessita della presenza di una filiera completa di Servizi.

In questo contesto si inserisce l'obiettivo di attivare una Struttura Residenziale sperimentale per soggetti in misura di sicurezza non detentiva-libertà vigilata (RE.LI.VI) destinata ad accogliere:

- pazienti precedentemente internati in REMS con modifica della misura di sicurezza a non detentiva, con bisogni riabilitativi volti ad un futuro inserimento, ad esempio, in struttura residenziale extraospedaliera (SRTR/SRSR etc.);
- pazienti già accolti in strutture residenziali territoriali, destinatari di misura di sicurezza non detentiva.

Obiettivo di detta struttura è quello, tra l'altro di "decomprimere" la rete di trattamento per pazienti psichiatrici autori di reato con auspicata riduzione dei tempi di inserimento in REMS e di facilitare la dimissione da detta struttura permettendo all'utente un appropriato inserimento nella rete di trattamento/riabilitazione.

**Obiettivo 1.** Definizione tariffa REMS.

**Azione 1.** Definizione tariffa REMS – dicembre 2024.

### **9.21 Punto Unico Regionale - P.U.R. (Rep. Atti n.188/CU del 30 novembre 2022)**

Conformemente a quanto sancito dall'Accordo Rep. Atti n.188/CU del 30 novembre 2022 il P.U.R., operando d'intesa ed in costante raccordo con i DSM e le ASL, cui compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie, si impegnano:

- ad indicare tempestivamente e direttamente all'Autorità Giudiziaria richiedente, nonché per conoscenza al DAP, la REMS ove condurre il soggetto raggiunto dal provvedimento applicativo della misura di sicurezza detentiva;
- qualora nell'immediato non siano disponibili posti in REMS, il P.U.R. favorisce il raccordo con la Magistratura competente al fine di permettere una periodica, stringente, revisione della situazione clinica dei soggetti in attesa di internamento. Qualora emergessero le condizioni per la revisione della misura di sicurezza sarà cura del P.U.R. indicare le strutture presenti sul territorio per accogliere il soggetto, anche in regime residenziale o semi-residenziale, previa eventuale sostituzione, da parte dell'Autorità Giudiziaria, della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata;
- qualora l'Autorità Giudiziaria disponga il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (adeguato alla situazione e alla patologia della persona), ai sensi degli articoli 73 del c.p.p. o 211-bis del c.p., il P.U.R. provvede tempestivamente a raccordare l'AG e le ASL per ogni opportuna soluzione di cura idonea allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), considerato che il ricovero in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie; nel caso in cui l'Autorità Giudiziaria disponga la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con altra misura non detentiva, il P.U.R. ne dà tempestiva notizia al DAP;
- a promuovere la stipula di protocolli operativi con le Autorità Giudiziarie presenti sul territorio al fine di elaborare condivisi percorsi assistenziali in favore dei pazienti psichiatrici autori di reato; a tal fine, i P.U.R. promuovono la stipula di protocolli che contengano, tra l'altro, la previsione secondo cui, al momento del conferimento degli incarichi peritali o di consulenza tecnica in materia psichiatrico-forense, le Autorità Giudiziarie invitino i periti e i consulenti tecnici a prendere contatti con i P.U.R. al fine di individuare percorsi di cura individuali anche di tipo residenziale presenti sul territorio eventualmente idonei ad accogliere il paziente psichiatrico autore di reato, qualora, all'esito degli accertamenti, l'Autorità Giudiziaria dovesse ritenere sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva;

- a promuovere forme di coordinamento interregionale, nel rispetto del principio di territorialità più sopra richiamato, specialmente tra Regioni limitrofe, al fine di stimolare la collaborazione tra servizi sanitari regionali da attivare in relazione all'esecuzione delle misure detentive e no;
- a favorire il raccordo operativo con i DSM, titolari della presa in carico, qualora da questi venga sollecitata la necessità di rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti presenti nelle liste di attesa per l'ingresso in REMS o che comunque risultino già in carico ai DSM in conformità alla Legge 81/2014;
- a favorire la rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti ricoverati in REMS a cura del Magistrato competente qualora venisse ravvisata dall'equipe curante della REMS e/o del DSM la possibilità di adozione di misure terapeutiche alternative;
- a monitorare qualitativamente e quantitativamente le liste d'attesa eventualmente esistenti per l'ingresso in REMS, comunicando ogni sei mesi gli esiti delle rilevazioni al Ministero della Salute ed al Ministero della Giustizia.

La Regione si impegna attraverso il P.U.R., quando attivato, e il DAP a revisionare periodicamente e comunque ogni sei mesi le liste di attesa per gli ingressi REMS scambiandosi ogni dato ritenuto rilevante, nel rispetto del principio di leale collaborazione e della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

Il P.U.R. riceve dal DAP, al momento dell'assegnazione in REMS, l'informazione disponibile sul Comune di residenza o domicilio, ovvero, nei casi di persone senza fissa dimora, di quello di commissione del reato.

#### **Obiettivo 1.** Attivazione P.U.R.

**Azione 1.** Recepimento documento Conferenza Unificata n. 188 del 30 novembre 2022 e attivazione P.U.R. – febbraio 2024.



## 10 Bibliografia

- Chong JL, Lim KK, Matchar DB. Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review. *Syst Rev.* 2019; 8(1): 202.
- Chong JL, Matchar DB. Benefits of Population Segmentation Analysis for Developing Health Policy to Promote Patient-Centred Care. *Ann Acad Med Singap.* 2017; 46(7): 287-289.
- Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislighi C, Caranci N. Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento [Update and review of the 2011 Italian deprivation index calculated at the census section level]. *Epidemiol Prev.* 2020; 44(2-3): 162-170.
- Thompson JE. Airborne Particulate Matter: Human Exposure and Health Effects. *J Occup Environ Med.* 2018; 60(5): 392-423.
- MaCroScopio (Osservatorio sulla Cronicità). Stratifica PDTA. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, settembre 2021. ISBN 978-88-490-0716-9.
- Jenks, G.F. The Data Model Concept in Statistical Mapping. *International Yearbook of Cartography.* 1967; 7: 186-190.
- Onder G, Bonassi S, Abbatecola AM, Folino-Gallo P, Lapi F, Marchionni N, Pani L, Pecorelli S, Sancarlo D, Scuteri A, Trifirò G, Vitale C, Zuccaro SM, Bernabei R, Fini M; Geriatrics Working Group of the Italian Medicines Agency. High prevalence of poor-quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014; 69(4): 430-7.
- OASI Report 2015. Population health management e PDTA: «prove tecniche di implementazione» (a cura di Verdiana Morando, Valeria D. Tozzi). Centre for Research on Health and Social Care Management (CERGAS), EGEA, Milano, 2016.