



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 54

IN DATA 30/09/2016

OGGETTO: DCA n. 31 del 19.05.2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833/78) – Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / Comune di residenza – allegato C1 del DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza". Modifiche ed integrazioni.

Il Responsabile dell'istruttoria

Donato R.C. Felanardi

Il Direttore del Servizio
Autorizzazione ed Accreditamento

[Signature]

Il Direttore Generale per la Salute

[Signature]

VISTO: Il Sub Commissario Ad Acta

[Signature]



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 54

data 30/09/2016

OGGETTO: DCA n. 31 del 19.05.2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833/78) – Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / Comune di residenza – allegato C1 del DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza". Modifiche ed integrazioni.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013, il Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, dott. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013 – 2015 (ai sensi dell'art.15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n.135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTO il DCA n. 31 del 19.05.2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833/78) – Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / comune di residenza – allegato C1 del DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

PRESO ATTO che il predetto DCA n. 31/2016 prevede la quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune di residenza limitatamente alle prestazioni residenziali di livello c) di cui al punto 9 "Assistenza territoriale residenziale " dell'allegato C1 al DPCM 29/11/2001 e quindi con riferimento a prestazioni in fase estensiva e in lungo assistenza (mantenimento), erogate a disabili gravi o disabili gravi privi di sostegno familiare nonché alle prestazioni semiresidenziali di livello b) di cui al punto 8 "Assistenza territoriale semiresidenziale " dell'allegato C1 al DPCM 29/11/2001, nella seguente misura:

RIABILITAZIONE ESTENSIVA /MANTENIMENTO			
disabili gravi	residenziale	a carico utente/comune 30%	a carico SSR 70%
	€ 99,40	€ 29,82	€ 69,58
disabili privi di sostegno familiari	residenziale	a carico utente/comune 60%	a carico SSR 40%
	€ 99,40	€ 59,64	€ 39,76
disabili gravi	semiresidenziale	a carico utente/comune 30%	a carico SSR 70%
	€ 59,64	€ 17,89	€ 41,75
disabili privi di sostegno familiari	semiresidenziale	a carico utente/comune 60%	a carico SSR 40%
	€ 59,64	€ 35,78	€ 14,31

ATTESO che il DPCM LEA del 29.11.2001 prevede unicamente la compartecipazione da parte del comune/utente per una quota pari al 30% della tariffa giornaliera, per i trattamenti semiresidenziali a disabili gravi ;

CONSIDERATA l'opportunità *in parte qua* di modificare il DCA n. 31 del 19.05.2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833/78) – Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / comune di residenza – allegato C1 del DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

RITENUTO pertanto necessario ridefinire la quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune di residenza limitatamente alle prestazioni residenziali di livello c) di cui al punto 9 "Assistenza territoriale residenziale " dell'allegato C1 al DPCM 29/11/2001 e quindi con riferimento a prestazioni in fase estensiva e in lungo assistenza (mantenimento), erogate a disabili gravi o disabili gravi privi di sostegno familiare nonché alle prestazioni semiresidenziali di livello b) di cui al punto 8 "Assistenza territoriale semiresidenziale " dell'allegato C1 al DPCM 29/11/2001, nella seguente misura:

RIABILITAZIONE ESTENSIVA /MANTENIMENTO			
disabili gravi	residenziale	a carico utente/comune 30%	a carico SSR 70%
	€ 99,40	€ 29,82	€ 69,58
disabili privi di sostegno familiari	residenziale	a carico utente/comune 60%	a carico SSR 40%
	€ 99,40	€ 59,64	€ 39,76
disabili gravi	semiresidenziale	a carico utente/comune 30%	a carico SSR 70%
	€ 59,64	€ 17,89	€ 41,75

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- di modificare *in parte qua* il DCA n. 31 del 19.05.2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833/78) – Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / comune di residenza – allegato C1 del DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

- di confermare le tariffe di assistenza giornaliera per assistito da corrispondere per l'erogazione di prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 L.833/78 come di seguito specificato:

TARIFE RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA EX ART. 26 LEGGE 833/78 (Cod. Reg. 001)			
ASISTENZA TIPO	CODICE	DESCRIZIONE	IMPORTO DELLA TARIFFA
RESIDENZIALE	001.01	RIABILITAZIONE INTENSIVA ALTA COMPLESSITA'	€ 142,00
RESIDENZIALE	001.02	RIABILITAZIONE ESTENSIVA ALTA COMPLESSITA'	€ 127,80
RESIDENZIALE	001.03	RIABILITAZIONE ESTENSIVA MEDIA COMPLESSITA'	€ 113,60
RESIDENZIALE	001.04	RIABILITAZIONE ESTENSIVA BASSA COMPLESSITA' /MANTENIMENTO	€ 99,40
SEMIRESIDENZIALE	001.05	RIABILITAZIONE INTENSIVA ALTA COMPLESSITA'	€ 85,20
SEMIRESIDENZIALE	001.06	RIABILITAZIONE ESTENSIVA BASSA COMPLESSITA' /MANTENIMENTO (disabili gravi)	€ 59,40
AMBULATORIALE INDIVIDUALE	001.07	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	€ 36,76
AMBULATORIALE DI PICCOLO GRUPPO	001.08	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	€ 9,94
DOMICILIARE	001.09	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	€ 49,70

- di definire la quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune di residenza limitatamente alle prestazioni residenziali di livello c) di cui al punto 9 "Assistenza territoriale residenziale " dell'allegato C1 al DPCM 29/11/2001 e quindi con riferimento a prestazioni in fase estensiva e in lungo assistenza (mantenimento), erogate a disabili gravi o disabili gravi privi di sostegno familiare nonché alle prestazioni semiresidenziali di livello b) di cui al punto 8 "Assistenza territoriale semiresidenziale " dell'allegato C1 al DPCM 29/11/2001, nella seguente misura:

TARIFE RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA EX ART. 26 LEGGE 833/78 (Cod. Reg. 001)						
ASISTENZA TIPO	CODICE	DESCRIZIONE	IMPORTO DELLA TARIFFA	% DI COMPARTECIPAZIONE A CARICO DELLA ASREM	IMPORTO NETTO DA FATTURARE AD ASREM	IMPORTO DELLA COMPARTECIPAZIONE SOCIALE
RESIDENZIALE	001.01	RIABILITAZIONE INTENSIVA ALTA COMPLESSITA'	€ 142,00	€ 142,00	€ 142,00	€ 0,00
RESIDENZIALE	001.02	RIABILITAZIONE ESTENSIVA ALTA COMPLESSITA'	€ 127,80	€ 127,80	€ 127,80	€ 0,00
RESIDENZIALE	001.03	RIABILITAZIONE ESTENSIVA MEDIA COMPLESSITA'	€ 113,60	€ 113,60	€ 113,60	€ 113,60
RESIDENZIALE	001.04	RIABILITAZIONE ESTENSIVA BASSA COMPLESSITA' /MANTENIMENTO (disabili gravi)	€ 99,40	€ 69,58	€ 69,58	€ 29,82
RESIDENZIALE	001.04.01	RIABILITAZIONE ESTENSIVA BASSA COMPLESSITA' /MANTENIMENTO (disabili privi di sostegno familiare))	€ 99,40	€ 39,76	€ 39,76	€ 59,64
SEMIRESIDENZIALE	001.05	RIABILITAZIONE INTENSIVA ALTA COMPLESSITA'	€ 85,20	€ 85,20	€ 85,20	€ 0,00
SEMIRESIDENZIALE	001.06	RIABILITAZIONE ESTENSIVA BASSA COMPLESSITA' /MANTENIMENTO (disabili gravi)	€ 59,40	€ 41,75	€ 41,75	€ 17,89
AMBULATORIALE INDIVIDUALE	001.07	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	€ 36,76	€ 36,76	€ 36,76	€ 0,00
AMBULATORIALE DI PICCOLO GRUPPO	001.08	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	€ 9,94	€ 9,94	€ 9,94	€ 0,00
DOMICILIARE	001.09	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	€ 49,70	€ 49,70	€ 49,70	€ 0,00

- di confermare le predette tariffe a decorrere dal 1/07/2016;
- di approvare le "Linee Guida Prestazioni riabilitative ex art. 26, Legge 833/1978", allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di trasmettere il presente provvedimento al Direttore Generale della ASREM e, per il suo tramite, alle strutture private accreditate di riabilitazione ex art. 26 L.833/78;
- di dare atto che a seguito della rivisitazione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria, in conformità a quanto previsto dall'art. 8 del Patto della Salute 2014-2016, il presente provvedimento sarà oggetto delle opportune modifiche ed integrazioni;
- di trasmettere, per la relativa validazione, il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

IL COMMISSARIO ad ACTA

Paolo di Laura Frattura



LINEE GUIDA PRESTAZIONI RIABILITATIVE EX ART. 26, LEGGE 833/1978

Le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978 sono prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa. I trattamenti sono erogati nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare.

Le strutture extraospedaliere di riabilitazione (centri ex art. 26, l. 833/1978) erogano prestazioni riabilitative intensive ed estensive, in regime residenziale a ciclo continuativo e semiresidenziale o diurno e prestazioni riabilitative ambulatoriali per "casi complessi" ovvero utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti e "casi non complessi" cioè utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo.

Le strutture riabilitative extraospedaliere ex art. 26, l. 833/1978 erogano anche prestazioni riabilitative domiciliari che rappresentano il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti all'interno del PRI, rappresentando il terreno di massima cooperazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS). Questi trattamenti possono essere erogati quando previsti dal PRI oppure nei casi in cui, a fronte di un bisogno riabilitativo, il paziente sia impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali. Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del Terapista Occupazionale, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative sia dell'utente sia del caregiver.

La **riabilitazione intensiva extraospedaliera** riguarda la fase immediatamente post-acuzie e postospedaliera (quando, per intendersi, si è in presenza di una certa stabilità clinica, in assenza di condizioni di criticità, di elevato carico assistenziale e di esigenze diagnostiche complesse). Infatti, diversamente non si spiegherebbe la differenza di assistenza e conseguente remunerazione tra le strutture riabilitative extraospedaliere ex art. 26, l. 833/1978 e quelle ospedaliere per ricoveri intensivi con codice 56, 75 (neuro-riabilitazione) e 28 (unità spinali). L'intervento riabilitativo intensivo, comunque, sia ospedaliero che extraospedaliero, deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed erogato da parte di più professionisti sanitari della riabilitazione (medici specialisti in medicina fisica e riabilitazione, fisioterapisti, logopedisti, ecc.) e personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo e quindi, prevederne la presenza e il relativo costo.

Il progetto riabilitativo e i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 120 giorni (considerando sia la degenza ospedaliera che extraospedaliera) così come previsto dalle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n. 124.

Per questa tipologia di prestazioni deve essere prevista la disponibilità di tecnologia diagnostica-terapeutica avanzata e/o di supporto significativo di competenze medico-specialistiche diverse.

Ove non sussiste la necessità clinica assistenziale continuativa, il trattamento riabilitativo individuale può essere erogato con le stesse caratteristiche sopradescritte in regime di ricovero diurno.

L'intervento riabilitativo estensivo, sia ospedaliero che extraospedaliero, deve essere inteso di almeno un'ora giornaliera, erogato dal medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, dall'operatore della riabilitazione, dal personale infermieristico.

L'assistente sociale e, ove necessario, lo psicologo, sono di supporto all'intervento riabilitativo e alla definizione e realizzazione del piano di dimissione/ reinserimento in tempi congrui; di norma la degenza non deve essere protratta oltre 60 giorni (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, 2011).

L'intervento riabilitativo ambulatoriale, sia ospedaliero che extraospedaliero, è rivolto sia ai "casi complessi", utenti cioè con elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multi-professionale (almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, per almeno 90 minuti) caratterizzato da una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un PRI che preveda molteplici programmi terapeutici (di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo come la Sclerosi Multipla, la Distrofia Muscolare, la Sclerosi Laterale Amiotrofica, ecc., così come indicato nelle Linee guida ministeriali del 1998) sia ai casi "non complessi", utenti che necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo.

Tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo; la durata della prestazione deve essere di almeno 30 minuti.

Per quanto riguarda la durata di ogni singola seduta bisogna considerare, ove esistenti, le disposizioni normative emanate a riguardo (180 minuti per le prestazioni riabilitative intensive, 60 per quelle estensive, 90 per i trattamenti ambulatoriali per casi complessi, 30 per i casi non complessi e non meno di 45 minuti per i trattamenti domiciliari, anche se la norma dovrebbe prevedere gli stessi tempi delle prestazioni ambulatoriali).

Devono essere previsti i numeri di sedute per ciclo di trattamento e il numero e la durata delle visite mediche specifiche per ogni ciclo (prima visita e visita di controllo).

Riabilitazione Intensiva

Alla attività di Riabilitazione Intensiva erogata in regime di ricovero a ciclo continuo sono destinati utenti non autosufficienti con:

1. patologie complesse che richiedono la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e l'interazione con altre discipline specialistiche;
2. menomazioni più gravi e disabilità più complesse di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzatura particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

La riabilitazione intensiva ad alta intensità viene svolta in strutture organizzate in moduli generalmente di 5-15 posti letto, destinati specificamente a tali attività.

Per quanto attiene la dotazione di personale si precisa che deve essere assicurata:

1. l'assistenza medica e infermieristica sulle 24 ore;
2. il sostegno e l'attività di nursery o sorveglianza nell'arco delle 24 ore;
3. almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, erogata dal personale sanitario della riabilitazione;
4. la presenza programmata, per consulenze, delle branche mediche specialistiche e di personale laureato non medico necessaria per le tipologie di ospiti inseriti in ragione di 20 minuti/die per ospite complessiva.

Riabilitazione Estensiva

Alla attività di Riabilitazione Estensiva erogata in regime di ricovero a ciclo continuo sono destinati utenti non autosufficienti con una disabilità non stabilizzata che necessitano di un alto supporto assistenziale, infermieristico e medico.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo vengono classificate in:

- Riabilitazione ad alta intensità,
- Riabilitazione a media intensità,
- Riabilitazione a bassa intensità.

Alle prestazioni di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo ad alta intensità accedono i pazienti :

- in stato vegetativo; la condizione di stato vegetativo, almeno nelle fasi iniziali, ha necessità di una presa in carico intensiva e competente per quanto riguarda sia la gestione clinica sia la valutazione dello stato di coscienza;
- in stato di minima coscienza (SMC) quale esito di gravi traumi cranio encefalici;
- con esiti di lesione midollare in fase di stabilizzazione; per fase di stabilizzazione si intende la fase in cui le condizioni generali (funzioni vitali) si sono stabilizzate e l'eventuale instabilità delle lesioni vertebrali è stata tutelata con mezzi chirurgici o conservativi.

Alle prestazioni di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo a media intensità accedono pazienti:

- nella fase dell'immediata postacuzie della malattia, ovvero quando l'intervento riabilitativo può maggiormente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione, e che rispondono a tutti i criteri di seguito riportati:
1. presenza di disabilità complessa suscettibile di significativi miglioramenti funzionali a seguito di interventi riabilitativi;
 2. impossibilità di realizzare il progetto riabilitativo in regime ambulatoriale;

3. necessità di un impegno riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e di durata dell'intervento, tali da comportare un piano di intervento riabilitativo valutabile tra una e tre ore di trattamento al giorno;
4. presenza di limiti dell'autosufficienza nelle attività elementari tali da richiedere sostegno ed attività di nursery o sorveglianza nell'arco delle 24 ore;
5. non sussistenza di instabilità clinica tale da necessitare ricovero in ambiente ospedaliero;
6. non sussistenza di gravi patologie neurodegenerative, deficit della comunicazione e delle funzioni superiori o problematiche comportamentali, i cui effetti non consentano l'attuazione di un progetto riabilitativo specifico di struttura o ad alta intensità.
7. presenza di gravi patologie a carattere involutivo (distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, alcune patologie congenite su base genetica, etc.) e nelle situazioni connotate da, disabilità plurime o complesse anche sensoriali, si può prevedere la formulazione di un ulteriore nuovo progetto-programma riabilitativo che consenta la prosecuzione dei trattamenti o l'effettuazione di cicli di trattamento periodici a carattere globale a condizione che emergano accertate indicazioni e possibilità di effettivo contrasto della disabilità è finalizzata a consentire il mantenimento nel tempo del recupero funzionale raggiunto e/o a limitare il possibile deterioramento delle capacità funzionali, anche quando non esistono le condizioni di un loro miglioramento.

Alle prestazioni di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo a bassa intensità accedono pazienti:

- in fase di stabilizzazione di disabilità di qualsiasi origine dove l' intervento specifico riabilitativo è meno intenso (1 ora) e continua a conclusione di un progetto riabilitativo per facilitare l'adattamento della persona disabile al proprio ambiente di vita; è caratterizzato da un intervento di riabilitazione individuale o di gruppo, con attenzione anche agli obiettivi di socializzazione e occupazionali al fine di evitare la permanenza nei reparti di cure riabilitative intensive che impedisce l'accoglimento di nuovi casi.

Le attività di riabilitazione estensiva a bassa intensità sono caratterizzate da un moderato impegno medico e terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche globali sono valutabili tra una e tre ore giornaliere.

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono rivolti al trattamento di disabilità transitorie che richiedono un semplice e breve programma terapeutico riabilitativo, intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo continuativo.