



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. 64

IN DATA 25/11/2016

OGGETTO: Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale. Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Provvedimenti.

Il Responsabile dell'istruttoria

D.R. C. De Luca

Il Direttore del Servizio
Autorizzazione ed Accreditamento

Prof. Canavese

Il Direttore del Servizio
Programmazione Rete dei Soggetti Deboli,
dell'Integrazione Socio-sanitaria e della Riabilitazione

De Rosa

Il Direttore Generale per la Salute

D. P. P. P.

VISTO: Il Sub Commissario Ad Acta

G. M. M.



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. 64

data 25/11/2016

OGGETTO: Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale. Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Provvedimenti

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;

RICHIAMATO l'Accordo Stato- Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, recante : "Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n.190" (Repertorio Atti n. 155/CSR del 03/08/2016) ;

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016 : "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.";

DATO ATTO del " Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018", in particolare di quanto previsto al Punto 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale, e, nella fattispecie, l'azione 11.3.7 attinente "L' Assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità";

VISTO il D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, e ss. mm. e ii., art. 8, comma 4, "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, mediante atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, nonché la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi";

VISTO il DPR 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

VISTO il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie,

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTO il Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 maggio 1998 "*Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione*";

RICHIAMATO l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "*Piano d'indirizzo per la riabilitazione*" (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011);

VISTA la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18, <<*Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*>> e ss. mm. e ii.;

VISTA la Legge Regionale 6 maggio 2015, n. 13, <<*Riordino del Sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali*>>;

VISTO il Regolamento Regionale 27 febbraio 2015, n. 1, <<*Regolamento di attuazione della legge regionale n. 13 del 6-05-2014 "Riordino del Sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali"*>> e ss. mm. e ii.;

PRESO ATTO che l'obiettivo fondamentale da raggiungere è quello di definire modalità per rispondere ai bisogni individuali, nel quadro delle risorse finanziarie disponibili, e per promuovere e facilitare l'integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti;

RITENUTO, pertanto, dover procedere, in osservanza degli adempimenti del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, in materia di "Assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienti e le disabilità", di approvare il documento allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale, denominato "Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)";

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 3 Marzo 2010 e ss.mm.ii;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il "*Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018*";

in virtù dei poteri conferiti con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri di cui in premessa,

DECRETA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di procedere, in osservanza degli adempimenti del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, in materia di "Assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità", di approvare il documento allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale, denominato "Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)";
- di trasmettere il presente provvedimento al Direttore Generale della ASREM;
- 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 presente decreto, composto da n. 4 pagine e n. 1 allegato, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Paolo di Laura Frattura', written over the typed name.

PIANO REGIONALE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

Le strutture residenziali sanitarie hanno avuto in Italia un rapido sviluppo nel corso degli ultimi 15 anni sulla spinta della domanda, con un incremento progressivo dei posti letto fino ad una stima attuale di circa 300.000, pari a circa il 2,5% della popolazione anziana.

Si intende per prestazione residenziale e semiresidenziale il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione.

La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

L'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni residenziali è il "nucleo" inteso come area distributiva delle degenze autonoma per dotazioni e servizi, articolato di norma su 20 pl. Il modello di erogazione di prestazioni omogenee per "nuclei" organizzativi deriva dal D.P.R. 14 gennaio 1997 che aveva come presupposto originario il D.P.C.M. 22 dicembre 1989 *"L'organizzazione per nuclei consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo"*.

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

Gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero

E' inoltre opportuno sottolineare che la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza.

Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

La prestazione in regime di ricovero ospedaliero in acuzie risulta del resto caratterizzata dalla necessità di risolvere in tempi brevi e con ampia disponibilità di professionalità e tecnologie, le gestione di eventi acuti e problematiche di salute classificabili come "critiche" in relazione alla fase di malattia e/o alla necessità di disporre, in continuità di spazio e di tempo, della massima quantità di opzioni diagnostico-terapeutiche.

La prestazione di “post-acuzie” si caratterizza altresì con la necessità di erogare un complesso di cure con finalità riabilitative (“riabilitazione”) o clinico-internistiche (“lungodegenza post-acuzie”), aventi un obiettivo definito e raggiungibile in un arco temporale relativamente prevedibile e comunque limitato.

Le prestazioni “residenziali” qualificano invece un ambito di erogazione, a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico a patologie croniche, connotato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza.

Criteri di accesso e valutazione.

L’accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

L’utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell’ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture regionali accreditate con il SSN.

Poiché il sistema prevede prestazioni a diversi livelli di intensità di cura, l’accesso alle stesse e la prosecuzione del trattamento avverrà coerentemente con la verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell’utente.

I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell’utente dall’ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

Del resto la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che preveda la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Analogamente andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare.

Valutazione Multidimensionale

La valutazione multidimensionale (VMD) è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell’ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale. Gli strumenti di VMD devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/ o della “fragilità”, e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l’esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l’assistenza erogata.

Caratteristiche temporali della erogazione delle prestazioni.

Unità di misura

In considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza.

Valutando la prestazione non come "*episodio di ricovero*" ma come "*giornata di assistenza*" si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale viene erogato in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il *panel* dell'assistenza residenziale.

Durata del trattamento

Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione.

La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

La prestazione residenziale non dovrebbe quindi avere una durata predefinita, ma non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statica, per cui le valutazioni periodiche dovranno verificare come si modifica il livello di bisogno nel tempo, ma anche valutare se possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio.

In questa ottica l'utilizzo delle prestazioni residenziali successivamente ad un ricovero, per periodi predeterminati e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, dovrà essere interpretato come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta ove il ricovero residenziale a termine avrà lo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.

E' appropriato quindi l'utilizzo temporaneo dell'assistenza residenziale per pazienti che presentino reali possibilità di recupero e di reinserimento a domicilio o in strutture a minor impegno sanitario, escludendo comunque pazienti con quadri clinici attivi che consiglino la permanenza in ambiente ospedaliero (Unità di Lungodegenza) o richiedano trattamenti riabilitativi intensivi (Unità di Riabilitazione).

In ogni caso l'assistenza residenziale andrà garantita nel livello assistenziale appropriato in rapporto agli effettivi bisogni dell'ospite e sarà protratta in tutti i casi in cui non si realizzino le condizioni di assistibilità a domicilio.

Classificazione delle prestazioni ed analisi del Case-Mix assistenziale

Essendo la prestazione intesa come un "*unicum*" organico e risultando fortemente caratterizzata e condizionata dalla organizzazione generale e dalle risorse poste in campo dalla struttura erogatrice, la sua individuazione e codifica è necessariamente connessa:

a) alle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali del "nucleo" (o più in generale della struttura residenziali entro cui esso è collocato), caratteristiche che definiscono l'attività svolta e si esplicitano in specifici "codici di attività";

b) alle caratteristiche del paziente, al fine di individuare il "caso trattato" attraverso i dati identificativi del fruitore della prestazione ed alcuni indicatori di bisogno assistenziale che consentano di definire l'appropriatezza del trattamento erogato.

Classificazione delle prestazioni e codici di attività

Tanto le prestazioni quanto i nuclei erogatori dovranno essere definiti in modo da poter essere coerentemente individuate nell'ottica proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Per una corretta definizione delle prestazioni nell'ambito del Progetto Mattoni il Mattone n. 12 ha definito una classificazione su "codici di attività" utilizzabile sia come classificazione delle prestazioni che come elemento di individuazione dei "nuclei erogativi" in base alle loro caratteristiche tecnico-organizzative.

I "codici di attività" individuati sono i seguenti :

Codice descrizione

RSA ALTA INTENSITA' (Unità di Cure residenziali Estensive-R2), nuclei specializzati per anziani non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, ecc..

RSA MEDIA-BASSA INTENSITA' (Unità di Cure residenziali Estensive-R2), nuclei specializzati per anziani con parziale perdita dell' autosufficienza con media-bassa necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc..

RESIDENZE PROTETTE (Unità di cure residenziali di mantenimento-R3), nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare e aiuto alla persona.

I dati del Paziente e l'analisi del Case-Mix assistenziale

Al fine della corretta pianificazione delle cure e della individuazione del livello di assistenza da erogare, l'accesso alle strutture residenziali è subordinato alla compilazione e utilizzo di uno strumento di Valutazione Multidimensionale dei bisogni (VMD) che costituisce debito informativo a livello di ASL e deve alimentare il flusso dei dati regionali e nazionali dell'assistenza residenziale.

I risultati del Mattone 12 definiscono inoltre le modalità per l'adozione di strumenti di analisi del case-mix assistenziali, nonché un data set minimo di informazioni che alimenteranno il flusso informativo nazionale sul modello della SDO ospedaliera.

Come è evidente la sussistenza di un flusso informativo nazionale omogeneo e completo costituisce elemento essenziale per il monitoraggio del livello di assistenza, per la sua programmazione, per la compensazione della mobilità interregionale.

L'utilizzo di strumenti di analisi del case-mix rappresenta nel contempo elemento essenziale per la programmazione del percorso assistenziale e per la verifica dell'assistenza erogata.

Standard e Indicatori

In linea con la metodologia già adottata dalla Commissione LEA possono essere individuati:

- gli standard qualificanti del servizio
- gli indicatori di verifica

Standard

Gli standard qualificanti del servizio attengono alla caratterizzazione delle prestazioni assumendo che il servizio debba essere erogato secondo criteri di professionalità e nel rispetto degli effettivi bisogni assistenziali dei singoli pazienti. L'individuazione di specifici standard per i diversi livelli prestazionali è coerente con la logica della differenziazione delle prestazioni in "**cure intensive ed estensive**" e "**assistenza e mantenimento**", così come definite nel DPCM 29 novembre 2001.

In merito alla organizzazione interna vengono proposti standard tarati sul fabbisogno assistenziale stimato delle singole tipologie di prestazioni (codici di attività) e sulla base delle rilevazioni effettuate utilizzando strumenti di analisi del case-mix .

Nella Regione Molise si registra una maggiore presenza sul territorio di erogatori privati rispetto al pubblico, relativamente ai posti-letto di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP) per anziani non autosufficienti. La distribuzione di tali strutture sul territorio regionale è ripartita in maniera disomogenea.

Da un'analisi dei dati di attività (Flusso Ministeriale STS11) sulle strutture di RSA e RA operanti nella Regione Molise, si rileva un tasso medio di occupazione molto elevato con valori prossimi al 100%, dovuto in primis all'offerta attuale insufficiente a rispondere alla domanda ed ai bisogni nonché all'incremento delle malattie cronic-degenerative ed invalidanti correlate all'aumento costante della popolazione anziana, che ha progressivamente aumentato la domanda di salute verso questi setting assistenziali.

Sulla base di quanto espresso si è proceduto alla formulazione del calcolo del fabbisogno regionale di posti letto residenziali relativamente alla non autosufficienza, applicando alla popolazione di riferimento lo standard previsto.

RSA per anziani non autosufficienti (tab. 1)				
distretto	popolazione residente al 01/01/2015	attive	posti letto	fabbisogno stimato (1,5 per 1000 abitanti)
Campobasso	126.242	0	0	189
Isernia	87.292	1	20	131
Termoli	101.191	1	40	152
totale	314.725	2	60	472

RSA per anziani non autosufficienti - posti letto previsti nel POS 2015-2018 (tab. 2)				
distretto	comune	tipologia struttura	posti letto attivi	posti letto da attivare
Campobasso	Riccia	pubblica	0	20
	Trivento	pubblica	0	20
	Fisiomedica Loretana - Toro	privata	0	20
	Casa Pistilli - Campobasso	privata	0	20
	Casa Colitti - Campobasso	privata	0	20
	totale			0
Isernia	Venafro	pubblica	0	40
	Agnone	pubblica	0	40
	Gea Medica - Isernia	privata	0	20
	Carsic - Venafro	privata	0	20
	San Nicola - Castel del Giudice	privata	20	20
	totale			20
Termoli	Larino	pubblica	40	40
	Colletorto	pubblica	0	60
	totale		40	100
totale posti letto regione Molise			60	340

Pertanto ulteriori richieste di realizzazione o trasformazione di strutture esistenti in RSA saranno valutate entro il limite del fabbisogno stimato (tab. 1).