

**Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta
ospedaliera per acuti, riabilitazione post-acuzie e
lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la
Salute 2010-2012**

Handwritten signature

Indice

Descrizione del contesto	3
Razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per acuti.....	6
Razionalizzazione dell'offerta ospedaliera di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica	20
Riorganizzazione dell'offerta di Residenze sanitarie assistenziali (RSA) a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa.....	27
Riorganizzazione dell'offerta di Assistenza riabilitativa extraospedaliera alle persone con disabilità (ex articolo 26, L. 833/1978) a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa	30
Riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale relativa all'attività di Medicina Fisica e riabilitativa a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa.....	33
Sintesi dei provvedimenti di razionalizzazione dell'offerta da attuarsi entro il 31 dicembre 2010	37
Previsione di successivi interventi di riordino sulla rete ospedaliera	38

Descrizione del contesto

L'articolo 6 comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri) prevede che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

Il DCA 87/2009 (Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012) ed il successivo DCA 17/2010 (Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio) hanno determinato la suddivisione dello standard in 3,3 posti letto per 1000 abitanti per acuti, 0,55 posti letto per 1000 abitanti per riabilitazione post-acuzie e 0,15 posti letto per 1000 abitanti per lungodegenza medica. Considerando la popolazione ISTAT della Regione al 1 gennaio 2009 (5.626.710 residenti) tali standard corrispondono ad una dotazione di 18.568 posti letto per acuti, 3.095 posti letto di riabilitazione post-acuzie e 844 posti letto di lungodegenza medica.

Facendo riferimento a quanto riportato nel NSIS al 1 gennaio 2010¹, la dotazione di posti letto considerata è la seguente:

- ✓ Acuti: 19.234 posti letto²
- ✓ Riabilitazione post-acuzie: 4.298 posti letto³
- ✓ Lungodegenza medica: 1.467 posti letto.

Risultano pertanto necessarie le seguenti variazioni alla dotazione ospedaliera:

TIPOLOGIA ASSISTENZA	PL NSIS al 1 gen 2010	STANDARD ex art. 6 comma 1 Patto per la Salute 2010-2012	PL in eccesso
Acuti	19.234	18.568	666
Riabilitazione post-acuzie	4.298	3.095	1.203
Lungodegenza medica	1.467	844	623
Totale	24.999	22.507	2.492

Alla variazione di offerta ospedaliera sopra riportata dovrà necessariamente accompagnarsi una complessiva riorganizzazione dell'offerta distrettuale anche per far fronte alla richiesta di assistenza sanitaria che non troverà più accoglienza in ambito ospedaliero.

Nell'ambito dei processi complessivi di riordino e riqualificazione dell'offerta si ritiene pertanto opportuno considerare il territorio regionale suddiviso in 4 MacroAree. La suddivisione proposta segue un criterio di individuazione avente come variabili principali la dislocazione della popolazione sul territorio, la viabilità, l'offerta attuale e tiene in considerazione le afferenze della rete dell'emergenza.

¹ Dati trasmessi dalla Regione Lazio (Direzione Programmazione Sanitaria - Risorse Umane E Sanitarie) in data 25 maggio 2010 (fatta eccezione per gli istituti Israelitico, Villa Pia, Città di Roma per i quali è stato comunicato il dato al 1 gennaio 2009)

² Senza considerare 794 pl dell'IRCCS Bambin Gesù

³ Senza considerare i pl dell'IRCCS Bambin Gesù ed il Centro di Riabilitazione Nepi che non è accreditato (DCA 19/2008)

- Macroarea 1 (pop. 1.455.872): ASL RM A, ASL RM G, ASL Frosinone, Pol. Umberto I
- Macroarea 2 (pop. 1.566.730): ASL RM B, ASL RM C, ASL RM H (Distretti 1, 2, 3, 5), S.Giovanni Addolorata, Policlinico Tor Vergata, Campus Biomedico, S.Lucia, IFO
- Macroarea 3 (pop. 1.302.151): ASL RM D, ASL RM H (Distretti 4, 6), ASL Latina, S. Camillo Forlanini, Spallanzani, S.Raffaele Pisana
- Macroarea 4 (pop. 1.301.957): ASL RM E, ASL RM F, ASL Viterbo, ASL Rieti, Policlinico Gemelli, S. Filippo Neri, S. Andrea, INRCA, IDI

La suddivisione proposta è peraltro compatibile con eventuali processi di aggregazione amministrativa al fine di ridurre il numero delle ASL del Lazio.

Obiettivi del presente documento sono quindi:

- la definizione dei criteri per identificare l'offerta ospedaliera (acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica) riconvertibile in quanto attualmente utilizzata per l'erogazione di prestazioni che devono invece essere effettuati in ambiti assistenziali più appropriati;
- l'individuazione degli interventi urgenti per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010-2012;
- la definizione delle linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'offerta distrettuale (RSA, riabilitazione estensiva e di mantenimento ex. art 26, specialistica ambulatoriale) al fine di garantire la soddisfazione della domanda di prestazioni che non troverà più risposta inappropriata in ambito ospedaliero;
- l'indicazione degli adempimenti attuativi del presente Piano da adottarsi entro il 31 dicembre 2010.

Si specifica infine che

- tutte le analisi fanno riferimento al fabbisogno di offerta ospedaliera per ASL (DCA 87/2009, DCA 17/2010) inteso come fabbisogno espresso dalla popolazione residente da garantire con strutture collocate in ambito regionale ma non necessariamente nella medesima ASL, in analogia a quanto previsto al capitolo 4.2b del DCA 87/2009;
- le stime potranno essere riviste una volta che sarà stata resa ufficialmente disponibile la popolazione ISTAT al 1 gennaio 2010 e sarà stata completata la verifica dei dati NSIS al 1 gennaio 2010



Razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per acuti

Ferma restando la necessità di effettuare tempestivamente una verifica della coerenza dei dati NSIS con l'offerta per acuti attiva nella Regione Lazio, dai dati attualmente disponibili risulta un eccesso pari a 666 posti letto su cui intervenire, così come indicato nel PSR 2010-2012, soprattutto attraverso

- A. la rimodulazione dell'offerta per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, così come richiesto dal Patto per la Salute;
- B. la riconversione di ospedali minori in presidi di assistenza distrettuale;

A valle della rimodulazione dell'offerta di cui sopra, si ravvede inoltre l'opportunità di effettuare ulteriori valutazioni al fine di effettuare l'accorpamento dei reparti duplicati (con conseguente riduzione delle unità complesse e semplici) e di riorganizzare, con successivi provvedimenti che tengano conto della necessità di garantire l'autosufficienza delle 4 MacroAree individuate, la riorganizzazione della rete dell'emergenza e delle reti di specialità, indicate nel PSR 2010-2012, approvato con DCA 87/2009, in funzione della rimodulazione dell'offerta ospedaliera per acuti.

Tali interventi garantiranno la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti allo standard nazionale qualora quelli sopra indicati non fossero sufficienti.

A) Rimodulazione dell'offerta dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale

Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, le Regioni adottano tutte le iniziative possibili per la migliore gestione, riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire e mantenere le prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito delle risorse disponibili. Per la realizzazione di tale obiettivo, le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale e tale razionalizzazione della rete ospedaliera è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, laddove il progresso scientifico e gli standard tecnologici ne consentano, in assoluta certezza e sicurezza, la fattibilità sotto il profilo clinico, organizzativo ed amministrativo.

Secondo tale direttiva, la valorizzazione e l'incremento dell'appropriatezza organizzativa nel ricorso ai ricoveri ospedalieri costituisce l'obiettivo fondamentale della programmazione regionale: per un impiego appropriato di risorse non è possibile trascurare la verifica della frequenza di DRG o procedure "ad alto rischio di inappropriatezza" e di episodi di ricovero caratterizzati da un basso livello di consumo di risorse in pazienti con severità minima di malattia. Tale strategia ha la finalità di garantire la corretta applicazione del sistema di remunerazione attuale, promuovendo che le scelte organizzative e strutturali dei singoli erogatori siano orientate ad assicurare livelli di cura più adeguati ed efficaci e non siano improntate, invece, sulle peculiarità del sistema di remunerazione corrente in sanità.

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Rep n. 243/CSR) si è convenuto che la lista dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza venga integrata dalle Regioni secondo le indicazioni contenute negli elenchi A e B allegati alla suddetta intesa.

Pertanto il monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di ricovero, sia in rapporto alle caratteristiche clinico - assistenziali dei pazienti sia nell'ottica dei costi dell'assistenza, ha la finalità di individuare le quote ad alto potenziale di non appropriatezza se erogate in regime di ricovero ordinario e di promuovere il loro progressivo trasferimento ad un livello assistenziale più appropriato, quale il Day Hospital oppure la specialistica ambulatoriale. E' fatto obbligo inderogabile alle Regioni di introdurre, in sede di programmazione, misure correttive in materia di volumi di attività degli erogatori, e di adottare criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza né quello di economicità.

In continuità con quanto stabilito nell'Allegato 2 C del DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e di quanto istituito nella Regione Lazio con DGR 864/2002 e ribadito con Legge Regionale n. 12 del 26 luglio 2007, la metodologia APPRO costituisce strumento di governo regionale per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa e del corretto uso dell'ospedale per acuti, relativamente alla selezione della casistica a bassa complessità assistenziale, alla definizione delle soglie di ammissibilità DRG-specifiche per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad alto rischio di inappropriata, ed alla rilevazione delle quote di inappropriata su cui applicare i disincentivi tariffari. Le soglie di ammissibilità esprimono la quota tollerata di erogazione delle prestazioni in regime ordinario all'interno della variabilità della casistica considerata, di modo che le quote eccedenti le soglie di ammissibilità possono definirsi inappropriate al di là di ogni ragionevole dubbio.

Il metodo APPRO, per essere elemento di valutazione specifica degli episodi di ricovero caratterizzati da un basso livello di consumo di risorse in pazienti con severità minima di malattia, può costituire strumento di indirizzo per le strategie di razionalizzazione della rete ospedaliera e di incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, ai sensi dell'art. 6 Rep. N. 243/CSR del 3 dicembre 2009.

Da una prima analisi dei dati delle risultanze del metodo APPRO alla produzione 2009 ex DCA 58/2009 e della verifica degli indicatori sulle prestazioni ospedaliere erogabili in regime ambulatoriale ex DGR 922/06 emerge che vi sono nella Regione Lazio numerosi ricoveri che possono essere erogati in regimi assistenziali organizzativamente più appropriati e pertanto meno costosi.

Inoltre la Regione Lazio, con DGR n. 731/2005 (e successivi aggiornamenti e integrazioni) ha individuato, quale obiettivo prioritario, nell'ambito della programmazione sanitaria, la razionalizzazione della funzione ospedaliera, anche attraverso un processo di progressiva deospedalizzazione verso regimi assistenziali più appropriati e meno costosi. La strategia fondamentale è stata individuata nella qualificazione dell'attività ambulatoriale mediante l'istituzione della modalità assistenziale del Day Service (per l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi – PAC) e mediante il potenziamento della chirurgia ambulatoriale attraverso la definizione e l'erogazione di Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali – APA chirurgici.

Il Day Service si colloca tra i nuovi modelli organizzativi per incentivare la qualificazione dell'assistenza territoriale: deve essere potenziato e garantito all'interno delle strutture sanitarie attraverso un impianto organizzativo che preveda una stretta articolazione tra gli ambulatori delle varie discipline ed i restanti servizi di diagnostica di laboratorio e strumentale, analogamente a quanto stabilito per il day hospital medico, per poter assorbire i ricoveri inappropriati erogati in regime diurno.

Attraverso l'erogazione di PAC, il Day Service - effettuabile attualmente solo in ambito ospedaliero - si configura come un modello dinamico per gestire problemi sanitari complessi che richiedono competenze multispecialistiche integrate. La presa in carico dei pazienti, da parte di un medico specialista referente, garantisce un'assistenza sanitaria coordinata ed integrata, e, grazie alla maggiore facilità di accesso alle cure, semplifica gli iter burocratico-amministrativi, e riduce il frazionamento dell'assistenza e la moltiplicazione di medesime indagini sullo stesso paziente in strutture diverse. Il PAC è costituito da un insieme di prestazioni, individuate tra quelle riportate nel Nomenclatore tariffario regionale vigente della specialistica ambulatoriale, per la gestione di un problema di salute specifico e complesso, diagnostico o terapeutico.

In attuazione delle direttive strategiche della programmazione sanitaria della Regione, orientate ad una qualificazione dell'assistenza attraverso il potenziamento dei servizi territoriali e distrettuali, è necessario prevedere che l'erogazione dei PAC si estenda dall'ospedale al territorio, nell'ambito di poliambulatori territoriali accreditati nelle discipline di riferimento.

In considerazione della sostanziale sovrapposibilità tra le attività di day surgery e la chirurgia ambulatoriale, è previsto che le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate che già effettuino prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o day hospital possano effettuare i correlati Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA), in regime ambulatoriale, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Gli APA sono accorpamenti di prestazioni ambulatoriali, già presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale della specialistica ambulatoriale, che consistono nell'erogazione, a livello ambulatoriale, di prestazioni sanitarie di tipo chirurgico, precedentemente erogate in regime di Day Surgery.

Il passaggio al regime ambulatoriale è possibile grazie al combinato delle caratteristiche patologiche e dell'evoluzione delle tecniche chirurgiche che garantiscono la fattibilità, sia sotto il profilo clinico che organizzativo.

La DGR 922/2006 ed il recente DCA 1/2010 hanno identificato delle soglie di tolleranza per il mantenimento dell'erogazione in regime ospedaliero delle attività erogabili come APA, oltre le quali l'attività viene ritariffata come ambulatoriale.

In tabella si riportano le risultanze per erogatore dell'applicazione del metodo APPRO e della DGR 922/06 all'attività 2009 in termini di offerta riconvertibile e disattivabile.

Riconvertendo i ricoveri ritariffati in giornate di degenza e relativi posti letto equivalenti è pertanto possibile effettuare la seguente riconversione di offerta: 384 posti letto ordinari saranno trasformati in diurni e 368 disattivati.

Acuti	Applicazione APPRO (pl equivalenti)	Applicazione DGR 922/06 (pl equivalenti)	Totale
Ordinari	- 744	- 8	- 752
Diurni	+ 418	- 34	+ 384
Totale	- 326	- 42	- 368

Stima posti letto convertibili e disattivabili in base ai risultati di APPRO e DGR 922/06 - Anno 2009.

ASL di riferimento territoriale	Codice	Istituto	N° ricoveri oltre soglia APPRO	PL ordinari equivalenti ai ricoveri oltre soglia APPRO	PL DH necessari per effettuare i ricoveri oltre soglia in regime diurno	PL ordinari disattivabili	N° ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	N° ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	Totale PL ordinari da disattivare	Totale PL DH da attivare	Saldo
101	034	George Eastman	561	4	2	2	1	0	0	0	4	2	2
101	037	Nuovo Regina Margherita	0	0	0	0	120	0	0	0	0	0	0
101	072	San Giovanni Calibita - FBF	1.552	17	10	7	75	0	14	0	17	10	7
101	079	Villa Domelia	110	2	1	1					2	1	1
101	083	Villa Valeria	105	0	0	0					0	0	0
101	084	Villa Tiberia	606	5	3	2	28	0	2	0	5	3	2
101	105	Marco Polo	91	0	0	0					0	0	0
101	281	Centro per la salute della Donna	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0
101	906	Policlinico Umberto I	3.532	49	29	20	814	3	161	1	50	26	24
107	046	Parodi Delfino	614	7	4	3	61	0	5	0	7	4	3
107	049	Santissimo Gonfalone	156	2	1	1	35	0	21	0	2	1	1
107	051	Coniugi Bernardini	369	4	2	2	11	0	14	0	4	2	2
107	052	Angelucci	374	4	2	2	169	0	14	0	4	2	2
107	053	San Giovanni Evangelista	833	10	6	4	30	0	52	0	10	6	4
107	057	San Giovanni Battista	0	0	0	0	44	0	0	0	0	0	0
107	062	Santissimo Salvatore	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0
112	216	Umberto I	1.500	21	12	9	16	0	46	0	21	12	9
112	217	San Benedetto	784	9	5	4	25	0	20	0	9	5	4
112	218	Civile di Anagni	607	6	3	3	45	0	0	0	6	3	3
112	221	Civile di Ceccano	113	2	1	1	21	0	0	0	2	1	1
112	225	Pasquale Del Prete	854	12	7	5	84	0	6	0	12	7	5
112	226	Santissima Trinita'	910	13	7	6	164	0	116	0	13	7	6
112	228	Santa Scolastica	1.057	12	7	5	0	0	67	0	12	7	5
112	230	Sant'Anna	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
112	234	Villa Gioia	176	1	0	1	3	0	1	0	1	0	1

ASL di riferimento territoriale	Codice	Istituto	N° ricoveri oltre soglia APPRO	PL ordinari equivalenti ai ricoveri oltre soglia APPRO	PL DH necessari per effettuare i ricoveri oltre soglia in regime diurno	PL ordinari disattivabili	N° ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	N° ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	Totale PL ordinari da disattivare	Totale PL DH da attivare	Saldo
112	235	Villa Serena	324	5	3	2					5	3	2
112	236	Santa Teresa	336	1	1	0					1	1	0
102	132	Guarnieri	318	4	2	2	17	0	6	0	4	2	2
102	165	Policlinico Casilino	510	5	2	3	376	2	5	0	5	0	5
102	166	Nuova Itor	363	3	2	1	27	0	15	0	3	2	1
102	267	Sandro Pertini	691	8	4	4	49	0	97	0	8	4	4
102	920	Tor Vergata	806	10	5	5	137	0	6	0	10	5	5
103	058	Centro Traumatologico Ortopedico	547	8	4	4	122	0	12	0	8	4	4
103	066	Sant'Eugenio	513	7	4	3	73	0	40	0	7	4	3
103	076	Madre Giuseppina Vannini	613	6	3	3	2	0	21	0	6	3	3
103	089	Nuova Clinica Latina	21	0	0	0					0	0	0
103	116	San Luca	27	0	0	0	16	0	2	0	0	0	0
103	143	Concordia Hospital	23	0	0	0					0	0	0
103	155	Chirurgia Addominale all'Eur	75	0	0	0	58	0	0	0	0	0	0
103	157	Fabia Mater	149	1	0	1	17	0	5	0	1	0	1
103	169	Annunziatella	165	1	0	1	72	0	3	0	1	0	1
103	902	San Giovanni	1.820	21	12	9	595	1	53	0	21	11	10
103	908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	855	8	5	3	130	0	3	0	8	5	3
103	915	Campus Biomedico	1.050	9	5	4	3	0	7	0	9	5	4
108	044	P.O. Albano-Genzano	839	9	5	4	152	1	57	0	9	4	5
108	047	San Sebastiano Martire	459	6	4	2	4	0	18	0	6	4	2
108	048	San Giuseppe	397	4	2	2	2	0	10	0	4	2	2
108	054	Civile Paolo Colombo	581	6	3	3	7	0	5	0	6	3	3
108	055	Luigi Spolverini	134	1	1	0					1	1	0
108	064	Antonio e Carlo Cartoni	47	0	0	0					0	0	0
108	070	Regina Apostolorum	714	11	6	5	33	0	8	0	11	6	5
108	082	Villa delle Querce	6	0	0	0					0	0	0
108	096	Madonna delle Grazie	465	6	3	3	14	0	1	0	6	3	3

ASL di riferimento territoriale	Codice	Istituto	N° ricoveri oltre soglia APPRO	PL ordinari equivalenti ai ricoveri oltre soglia APPRO	PL DH necessari per effettuare i ricoveri oltre soglia in regime diurno	PL ordinari disattivabili	N° ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	N° ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	Totale PL ordinari da disattivare	Totale PL DH da attivare	Saldo
108	176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	220	2	1	1	0	0	25	0	2	1	1
108	196	San Raffaele di Velletri	57	0	0	0					0	0	0
104	061	Giovanni Battista Grassi	291	3	2	1	38	0	48	0	3	2	1
104	075	Israelitico	532	8	5	3	59	0	0	0	8	5	3
104	103	Policlinico Luigi Di Liegro	224	4	2	2	1	0	0	0	4	2	2
104	113	Villa Pia	403	6	3	3	0	0	4	0	6	3	3
104	171	Citta' di Roma	455	4	2	2	12	0	4	0	4	2	2
104	173	European Hospital	14	0	0	0					0	0	0
104	901	San Camillo - Forlanini	1.247	13	8	5	358	1	115	0	13	7	6
104	910	San Raffaele Pisana	31	0	0	0					0	0	0
104	918	Lazzaro Spallanzani	244	5	2	3					5	2	3
108	036	Villa Albani	0	0	0	0					0	0	0
108	043	P.O. Anzio-Nettuno	277	4	2	2	28	0	1	0	4	2	2
108	134	Sant'Anna	749	8	4	4	25	0	2	0	8	4	4
111	200	P.O. Latina Nord	2.177	31	18	13	5	0	5	0	31	18	13
111	204	P.O. Latina Centro	1.129	14	8	6	10	0	21	0	14	8	6
111	206	P.O. Latina Sud	513	6	3	3	68	0	31	0	6	3	3
111	209	Casa del Sole	1.076	11	6	5	0	0	0	0	11	6	5
111	212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	684	9	5	4					9	5	4
111	213	San Marco	4	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0
111	215	Città di Aprilia	1.046	14	8	6	0	0	26	0	14	8	6
105	026	P.O. Santo Spirito	576	6	3	3	229	1	61	0	6	2	4
105	030	Regionale Oftalmico	485	5	3	2					5	3	2
105	071	San Pietro - Fatebenefratelli	2.211	31	18	13	52	0	143	0	31	18	13
105	073	San Carlo di Nancy	1.527	14	8	6	204	1	44	0	14	7	7
105	074	Cristo Re	426	4	2	2	1	0	5	0	4	2	2
105	097	Villa Aurora	609	6	4	2	0	0	6	0	6	4	2
105	115	Santa Famiglia	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ASL di riferimento territoriale	Codice	Istituto	N° ricoveri oltre soglia APPRO	PL ordinari equivalenti ai ricoveri oltre soglia APPRO	PL DH necessari per effettuare i ricoveri oltre soglia in regime diurno	PL ordinari disattivabili	N° ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri DH oltre soglia DGR 922/06	N° ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	PL equivalenti ai ricoveri ordinari oltre soglia DGR 922/06	Totale PL ordinari da disattivare	Totale PL DH da attivare	Saldo
105	126	San Giuseppe	15	0	0	0					0	0	0
105	159	Nuova Villa Claudia	94	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0
105	163	San Feliciano	216	2	1	1	9	0	0	0	2	1	1
105	180	Aurelia Hospital	1.106	12	7	5	7	0	5	0	12	7	5
105	903	San Filippo Neri	1.197	17	10	7	619	4	44	0	17	6	11
105	905	Policlinico A. Gemelli	6.133	84	49	35	1.807	7	361	2	86	42	44
105	911	Istituto Dermopatico dell'Immacolata	2.862	29	17	12	2.688	13	739	5	34	4	30
105	912	I. N. R. C. A.	79	2	1	1					2	1	1
105	919	Sant'Andrea	1.017	12	7	5	170	0	44	0	12	7	5
106	045	San Paolo	867	11	6	5	32	0	47	0	11	6	5
106	059	Padre Pio	266	4	2	2	69	0	0	0	4	2	2
106	140	Siligato	7	0	0	0	27	0	0	0	0	0	0
109	002	Civile di Acquapendente	232	3	1	2	5	0	0	0	3	1	2
109	003	Andosilla	179	2	1	1	11	0	4	0	2	1	1
109	004	Civile di Montefiascone	24	0	0	0					0	0	0
109	006	Sant'Anna	0	0	0	0	108	0	0	0	0	0	0
109	007	Civile di Tarquinia	215	2	1	1	1	0	0	0	2	1	1
109	014	Santa Teresa del Bambino Gesù	50	1	0	1					1	0	1
109	271	Belcolle	1.140	15	8	7	3	0	24	0	15	8	7
110	019	San Camillo de Lellis	1.481	20	12	8	40	0	41	0	20	12	8
Totale			62.188	744	418	326	10.430	34	2.763	8	752	384	368

B) Riconversione di ospedali minori in presidi di assistenza distrettuale

Vi è evidenza in letteratura che all'aumentare dei volumi di attività dei soggetti erogatori si accompagna abitualmente un miglioramento dell'efficacia dell'assistenza e la possibilità di attuare economie di scala.

Il presente Piano prosegue nell'opera in atto della Regione Lazio di riconversione delle strutture di piccole dimensioni già avviata dai DCA 25/2008 e 43/2008 e proseguita nel corso del 2009 attraverso la stipula degli accordi con le strutture riconvertite.

Analizzando i dati dell'offerta e dell'attività di ricovero 2009 emerge la permanenza di strutture ospedaliere, sia punti di offerta autonomi sia stabilimenti di poli ospedalieri, la cui attività per acuti può essere riallocata dalla ASL di insidenza territoriale in altri presidi di offerta.

Si darà pertanto mandato alle ASL territorialmente competenti di procedere, entro il 31 dicembre 2010, al trasferimento ad altri presidi pubblici dell'attività per acuti attiva presso i seguenti ospedali: Civile di Ceccano, Antonio e Carlo Cartoni (Rocca Priora), S. Giovanni Battista (Zagarolo), Centro Paraplegici Ostia, Luigi Spolverini (Ariccia).

Le Direzioni Aziendali dei presidi pubblici alle ASL di Latina, Viterbo e Rieti dovranno inoltre procedere, entro il 31 dicembre 2010, al trasferimento in altri presidi pubblici di tutta l'attività per acuti degli stabilimenti di poli ospedalieri di seguito elencati:

ASL di Latina

- ospedale di Sezze del polo di Latina nord, che svolge la gran parte dell'attività nelle specialità di "geriatria" e "medicina generale", entrambe già presenti nella struttura di Latina, con bassi volumi di attività (1.338 dimissioni in ordinario e 177 in DH nel 2009);
- ospedale di Gaeta del polo di Latina sud, che svolge la gran parte dell'attività di ricovero in regime ordinario nella specialità di "malattie infettive", specialità che risulta attiva anche nella struttura di Formia, e che presenta bassi volumi di attività (215 dimissioni in ordinario e 1.473 in DH nel 2009). I tempi per la disattivazione completa dell'attività per acuti dipenderanno dalle modalità operative di riorganizzazione dei punti nascita nell'ambito della ASL.

ASL di Viterbo

- ospedale di Montefiascone del polo di Viterbo, che svolge attività nelle specialità di "cardiologia" e "geriatria" con bassi volumi di ricovero (670 dimissioni in ordinario e 187 in DH nel 2009);
- ospedale di Ronciglione del polo di Viterbo, che svolge solo in regime diurno nelle specialità di "chirurgia generale", "ematologia", "ortopedia e traumatologia", "ostetricia e ginecologia" e "urologia" (2357 dimissioni nel 2009 con riduzione del 10% rispetto al 2008). Il trasferimento dell'attività per acuti terrà conto della necessità di tutelare la continuità dell'assistenza in ematologia

ASL di Rieti

- ospedale di Amatrice del polo di Rieti, che svolge la gran parte dell'attività nelle specialità di "medicina generale" con bassi volumi di ricovero complessivi (493 dimissioni in ordinario e 118 in DH nel 2009).

Gli interventi sopra descritti determinano la **disattivazione dell'attività per acuti presso 10 ospedali**. Dal momento tuttavia che la relativa offerta viene trasferita e non disattivata non si prevede una riduzione dei relativi posti letto in relazione allo standard di riferimento nazionale. Le ASL dovranno altresì provvedere a presentare un piano di eventuale riutilizzo dei locali ospedalieri per assistenza distrettuale carente in relazione al fabbisogno delle popolazioni locali.

Ulteriori riconversioni saranno valutate e ricomprese nei successivi atti di riordino da emanarsi nel corso del 2010.

Civile di Ceccano (1/2)

Codice: 120221 **Comune:** Ceccano **Asl di afferenza:** Frosinone **Tipo:** Presidio Ospedaliero

DOTAZIONE	Posti Letto ordinari (N):	34	Posti Letto Day Hospital (N):	14	Tipo PS:	PS
ATTIVITA'	N° Ricoveri acuti ordinari:	615	N° Ricoveri acuti DH:	1.018	N° Accessi in PS:	3.018

RICOVERO PER ACUTI

Dimissioni	Anno:	2005	2006	2007	2008	2009	Degenza Media:	10,8
Ordinari		1.405	1.442	1.325	1.246	615	Tasso occu. ordinario (%):	53,6
Day Hospital		2.180	2.044	1.894	1.132	1.018	Dim. volontarie (N)(%):	15 (0,9)
		3.585	3.486	3.219	2.378	1.633		

N° Specialità di ricovero:	7	N° PL Ordinari	N° Ricoveri Media	Degenza PS	% da DH	N° PL DH	N° Ricoveri medi	N° Accessi in DH	% DH chirurg	Indice case-Mix
09	CHIRURGIA GENERALE	0				8	543	2,8	85,8	
26	MEDICINA GENERALE	19	191	10,5	100,0	2	92	1,8	1,1	0,85
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0				1	118	2,5	83,9	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA						205	1,0	99,0	
40	PSICHIATRIA	15	424	11,0	90,8	0				0,91
43	UROLOGIA	0				1	23	2,6	65,2	
58	GASTROENTEROLOGIA	0				2	37	2,2	0,0	

Anno di riferimento: 2009

Civile di Ceccano (2/2)

Codice: 120221

Comune: Ceccano

Asl di afferenza: Frosinone

Tipo: Presidio Ospedaliero

EMERGENZA

ISTITUTO: Civile di Ceccano

TIPO: PS

POLO:

Accessi in Pronto Soccorso	Anno:	2005	2006	2007	2008	2009
		12.876	13.373	11.573	12.038	3.018

	Triage Rosso	Triage Giallo	Triage Verde	Triage Bianco	Triage non eseguito
ACCESSI	12	509	2.410	76	11
(%)	0,4	16,9	79,9	2,5	0,4

Modalità di Accesso	N	%	Modalità di Uscita	N	%
Ambulanza/ Eliambulanza	371	12,3	Si allontana prima della presa in carico	36	1,2 1,2
Autonomo	2.631	87,2	Esito a domicilio	2.076	68,8
Altre modalità	16	0,5	Ricovero	282	9,3
Errato/non indicato	0	0,0	Trasferito ad altro istituto	379	12,6
			Rifiuta ricovero	238	7,9
			Altre modalità	7	0,2

Fonte: Laziosanità-ASP dati SIO, SIES, RAD-R

Anno di riferimento: 2009

Antonio e Carlo Cartoni

Codice: 120064
Ospedaliero

Comune: Rocca Priora

Asl di afferenza: RmH

Tipo: Presidio

DOTAZIONE	Posti Letto ordinari (N):	23	Posti Letto Day Hospital (N):	7	Tipo PS:
ATTIVITA'	N° Ricoveri acuti ordinari:	788	N° Ricoveri acuti DH:	179	N° Accessi in PS:

RICOVERO PER ACUTI

Dimissioni	Anno:	2005	2006	2007	2008	2009	Degenza Media:	9,0
Ordinari		1.527	1.347	1.303	746	788	Tasso occ. ordinario (%):	84,4
Day Hospital		1.197	927	397	187	179	Dim. volontarie (N)(%):	23 (2,4)
		2.724	2.274	1.700	933	967		

N° Specialità di ricovero:	1	N° PL Ordinari	N° Ricoveri Media	Degenza PS	% da DH	N° PL DH	N° Ricoveri medi	N° Accessi in DH	% DH chirurg	Indice case-Mix
68 PNEUMOLOGIA		23	788	9,0	37,6	7	179	13,8	0,0	0,90

Fonte: Laziosanità-ASP dati SIO, SIES, RAD-R

Anno di riferimento: 2009

San Giovanni Battista

Codice: 120057
Ospedaliero

Comune: Zagarolo

Asl di afferenza: RmG

Tipo: Presidio

DOTAZIONE	Posti Letto ordinari (N):	0	Posti Letto Day Hospital (N):	12	Tipo PS:
ATTIVITA'	N° Ricoveri acuti ordinari:	0	N° Ricoveri acuti DH:	964	N° Accessi in PS:

RICOVERO PER ACUTI

Dimissioni	Anno:	2005	2006	2007	2008	2009	Degenza Media:
Ordinari		449	286				Tasso occ. in ordinario (%):
Day Hospital		2.355	1.568	1.529	894	964	Dim. volontarie (N)(%): 2 (0,2)
		2.804	1.854	1.529	894	964	

N° Specialità di ricovero:	3	N° PL Ordinari	N° Ricoveri Media	Degenza PS	% da DH	N° PL Ricoveri DH	N° Accessi in DH	% DH chirurg	Indice case-Mix
09 CHIRURGIA GENERALE		0				8	252	4,2	73,4
43 UROLOGIA		0				2	268	1,7	11,2
58 GASTROENTEROLOGIA		0				2	444	2,1	0,0

Fonte: Laziosanità-ASP dati SIO, SIES, RAD-R

Anno di riferimento: 2009

Centro Paraplegici Ostia

Codice: 120065
Ospedaliero

Comune: Roma

Asl di afferenza: RmD

Tipo: Presidio

DOTAZIONE	Posti Letto ordinari	1	Posti Letto DH:	2	Tipo PS:
ATTIVITA'	N° Ricoveri acuti ordinari:	4	N° Ricoveri acuti DH:	0	N° Accessi in PS:

RICOVERO PER ACUTI

Dimissioni	Anno:	2005	2006	2007	2008	2009	Degenza Media:	96,0
Ordinari		46	32	2	4	4	Tasso occ. ordinario (%):	105,1
Day Hospital		305	309	3	3	4	Dimissioni volontarie (N)(%):	
		351	341	5	7	4		

N° Specialità di ricovero:	1	N° PL Ordinari	N° Ricoveri Media	Degenza PS	% da DH	N° PL DH	N° Ricoveri medi	N° Accessi in DH	% DH chirurg	Indice case-Mix
12 CHIRURGIA PLASTICA		1	4	96,0	0,0	2				1,69

RICOVERO IN RIABILITAZIONE

Dimissioni	Anno:	2006	2007	2008	2009	Degenza Media:	65,33
Ordinari		135	187	184	206	Tasso occupazione ordinario (%):	154,0
Day Hospital		45	54	66	78	Tasso occupazione in DH (%):	129,0
Totale		180	241	250	284		

N° Specialità di ricovero:	N° PL Ordinario	N° Ricoveri Ordinari	Degenza Media	% da Acuti / Post Acuti	N° PL DH	N° Ricoveri	N° Accessi medi DH
28 UNITA' SPINALE		105	82,8	63,6		26	16,2
56 RIABILITAZIONE	24	101	47,2		2	52	22,8

Fonte: Laziosanità-ASP dati SIO, SIES, RAD-R

Anno di riferimento: 2009

Luigi Spolverini

Codice: 120055
Ospedaliero

Comune: Ariccia

Asl di afferenza: RmH

Tipo: Presidio

DOTAZIONE	Posti Letto ordinari (N):	27	Posti Letto Day Hospital (N):	1	Tipo PS:
ATTIVITA'	N° Ricoveri acuti ordinari:	760	N° Ricoveri acuti DH:	179	N° Accessi in PS:

RICOVERO PER ACUTI

Dimissioni	Anno:	2005	2006	2007	2008	2009	Degenza Media: 7,4
Ordinari		828	899	781	772	760	Tasso occupazione ordinario (%): 57,0
Day Hospital		313	274	201	183	179	
		1.141	1.173	982	955	939	Dim. volontarie (N) (%): 14 (1,5)

N° Specialità di ricovero:		N° PL Ordinario	N° Ricoveri Ordinari	Degenza Media	% da PS	N° PL DH	N° Ricoveri DH	N° Accessi medi in DH	% DH chirurg	Indice Case-Mix
1										
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27	760	7,4	62,6	1	179	3,0	83,8	0,84

RICOVERO IN RIABILITAZIONE

Dimissioni	Anno:	2006	2007	2008	2009	Degenza Media: 41,64
Ordinari		409	428	359	299	Tasso occupazione ordinario (%): 92,0
Day Hospital		509	417	435	409	
Totale		918	845	794	708	Tasso occupazione DH (%): 60,0

N° Specialità di ricovero:		N° PL Ordinario	N° Ricoveri Ordinari	Degenza Media	% da Acuti /PostAcuti	N° PL DH	N° Ricoveri DH	N° Accessi medi in DH
56	RIABILITAZIONE	37	299	41,6	28,1	30	409	27,2

Fonte: Laziosanità-ASP dati SIO, SIES, RAD-R

Razionalizzazione dell'offerta ospedaliera di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica

Al 1 gennaio 2009 risultavano 4.332 posti letto disponibili nei reparti di riabilitazione ospedaliera (non considerando i posti letto dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù) e 1.322 di lungodegenza considerando, in analogia a quanto fatto nel PSR 2010-2012, la D.G.R. n. 143/06 come fonte per il numero di posti letto delle strutture pubbliche, dei Policlinici universitari, IRCCS, delle strutture extraterritoriali e la D.G.R. n. 206/08 come fonte per il numero di posti letto di riabilitazione delle strutture private accreditate.

Il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 41 del 18 giugno 2009 ha definito il fabbisogno di posti letto, il finanziamento e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post-acuzie per l'anno 2009, per dare attuazione al Piano di rientro (art. 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivo specifico 1.3.1). Il Decreto 41/09 ha stabilito inoltre nuovi criteri per la valutazione del fabbisogno di posti letto da contrattualizzare con le strutture private accreditate stabilendo contestualmente un tetto al numero massimo di posti letto di Day hospital attivabili pari al 10% del totale per ciascuna struttura.

Pertanto, l'offerta complessiva di posti letto di riabilitazione post-acuzie nella regione Lazio è passata da 4.332 a 3.976, pari a 0,71 posti letto per 1.000 abitanti. Il Decreto 56/2009 ha poi definito il fabbisogno regionale di posti letto di neuroriabilitazione - codice 75 (inclusivi dell'attività ex RAI), fissato in una prima fase in 200 posti letto da ridurre progressivamente nel tempo fino a 150. Il Decreto 28/2010 ha infine specificato la ripartizione dei posti letto ex Decreto 41/2009 per regime di ricovero.

I dati NSIS al 1 gennaio 2010 registrano 4.298 posti letto di riabilitazione post-acuzie e 1.467 di lungodegenza medica e, dal confronto con gli standard nazionali, risulta pertanto necessaria un eccesso di 1.203 posti letto di riabilitazione e 623 di lungodegenza.

Ferma restando la necessità di effettuare tempestivamente una verifica della coerenza dei dati NSIS con l'offerta di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica attiva nella Regione Lazio, per raggiungere tale obiettivo il presente Piano prevede di:

- ricondurre stabilmente l'offerta degli erogatori privati alla dotazione contrattualizzata nel corso del 2009, il che determina una riduzione pari a 228 posti letto di riabilitazione e 163⁴ di lungodegenza)
- intervenire sulla rimodulazione dell'offerta residua (4.070 di riabilitazione e 1.304 di lungodegenza) per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario e diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale domiciliare, così come richiesto dal Patto per la Salute.

Riabilitazione post-acuzie

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO), istituita con il Decreto Ministeriale del 28/12/1991 (GU 17/1/92) e i successivi decreti del 1993 e del 1994, rileva e gestisce i dati analitici di tutti i ricoveri ospedalieri che ogni anno si verificano negli Istituti di Ricovero e Cura della regione a partire dal 1994, ed è stata individuata come supporto informativo su cui si basa il finanziamento dell'attività di ricovero. Il contenuto informativo della SDO ed il flusso a livello nazionale sono stati aggiornati dal Ministero con il DM n.380 del 2001.

Tuttavia la SDO risulta inadeguata per descrivere la complessità e specificità del paziente che accede ad un percorso di riabilitazione intensiva post-acuzie. Essa è specificatamente carente relativamente ai motivi dell'accesso, all'impegno assistenziale, allo stato di disabilità della persona, né fornisce informazioni circa l'eventuale percorso riabilitativo successivo alla dimissione.

Per questi motivi, l'Agenzia di Sanità Pubblica ha coordinato un gruppo di lavoro tecnico con l'obiettivo di definire i contenuti informativi di un nuovo Rapporto Accettazione/Dimissione specifico per la riabilitazione (RAD-R).

Al nuovo flusso informativo, attivo dal 1° maggio 2005 con una fase di transizione terminata il 30 settembre 2005, partecipano tutti gli istituti di ricovero della Regione Lazio che hanno reparti ospedalieri identificati dai codici 28 (unità spinale), 56 (recupero e rieducazionale funzionale) e 75

⁴ Per la Casa di Cura Merry House è stato assunto come riferimento il numero di posti letto di lungodegenza medica di cui alla Determinazione Regionale 1782/2007

(neuroriabilitazione), che trasmettono i dati relativi a ricoveri di tutti i pazienti (indipendentemente dall'età), sia di tipo ordinario che di day-hospital.

Le informazioni sanitarie del RAD-R sono raccolte:

- al momento dell'ingresso del paziente in reparto in caso di ricovero ordinario o al primo accesso in caso di ricovero diurno (DH). Si tratta di informazioni anagrafiche e relative al regime di ricovero, alla patologia oggetto dell'intervento riabilitativo, alle altre patologie associate, alle compromissioni di organi/funzioni/sistemi. Per tutti i pazienti adulti sono, inoltre, raccolte informazioni sulla valutazione dello stato funzionale mediante strumenti standardizzati. Per la gran parte dei pazienti, la valutazione funzionale è fatta attraverso l'Indice di Barthel; per quelli in riabilitazione cardiologica e/o respiratoria attraverso il Six minute walk test (6MWT) e la Scala di Borg; per quelli in condizione di post-coma attraverso la Glasgow Coma Scale (GCS), la Disability Rating Scale (DRS) e il Levels of Cognitive Functioning (LCF); per pazienti mielolesi attraverso la Spinal Cord Independence Measure (SCIM);
- al momento della dimissione dal reparto di riabilitazione in caso di RO, o dell'ultimo accesso in caso di DH vengono registrate informazioni relative al tipo di dimissione, al programma riabilitativo proposto, alle patologie intercorse, alle procedure effettuate, alla valutazione dello stato funzionale mediante l'uso degli strumenti standardizzati già utilizzati all'accesso.

In considerazione delle peculiarità dell'età evolutiva e della conseguente impossibilità di adottare un'unica scala standardizzata riferita alla valutazione del funzionamento in qualsiasi patologia e fascia di età, per i minori (età inferiore a 18 anni), la scheda RAD-R, al momento non richiede l'utilizzo di alcuno strumento di valutazione.

Per la codifica delle diagnosi si utilizza la classificazione internazionale ICD9-CM. E' prevista obbligatoriamente la presenza della patologia oggetto dell'intervento riabilitativo, della patologia di base e della patologia di dimissione; è altresì prevista la possibilità di inserire fino a otto patologie associate.

Sono state distinte la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo dalla patologia di base che dovrebbe descrivere l'evento acuto o la diagnosi principale di un precedente ricovero per acuti associato alla riabilitazione o ancora la condizione cronica che richiede l'intervento riabilitativo. Vengono previste in fase di dimissione eventuali diagnosi supplementari per eventi intercorsi in fase di trattamento che producono una variazione significativa del programma riabilitativo e delle risorse impegnate e quindi la possibilità di segnalare una diagnosi di dimissione diversa da quella indicata al ricovero come oggetto dell'intervento riabilitativo.

La DGR n.731 del 4 agosto 2005 all'allegato 10 riporta il documento, elaborato dalla Commissione tecnica istituita ai sensi della DGR 602/2004, che definisce i criteri clinici di accesso all'assistenza riguardante un gruppo di patologie così identificate:

- Patologia artrosica (categoria ICD9-CM 715)
- Patologia del rachide (categorie ICD9-CM 721, 722,723,724)
- Postumi di traumatismi (categoria ICD9-CM 905)
- Artropatie e disturbi correlati (categorie ICD9-CM 710, 711,712,713,714,716,717, 718,719).

Tali categorie identificano patologie afferenti all'apparato osteomuscolare, ovvero un insieme di condizioni morbose interessanti le strutture articolari, ossee, muscolari, tendinee e capsulo-legamentose di origine degenerativa, infiammatoria, traumatica, dismorfica e congenita per le quali la DGR n.731 del 4 agosto 2005 individua quale livello assistenziale appropriato:

- il regime non residenziale ambulatoriale (trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento), nel caso che tale patologia causi disabilità complesse o importanti;
- i centri che erogano attività specialistica ambulatoriale nel caso che le patologie sopra elencate siano responsabili di disabilità transitorie e/o minimali per le quali vengono erogate semplici prestazioni terapeutico – riabilitative.

Tali patologie risultano tuttavia ampiamente rappresentate tra quelle trattate in regime di ricovero ordinario e di day hospital dai reparti di riabilitazione intensiva (cod.56) delle strutture laziali, pur essendo già previste dalla normativa modalità assistenziali più appropriate dal punto di vista organizzativo.

Tale tipologia di ricoveri è stata quindi inseriti tra i controlli mirati di appropriatezza dalla Direttiva ASP n. 3 del 30 ottobre 2009, attuativa del DCA 58/2009,.

Un'analisi sui dati di attività 2009 del flusso RAD-R ha evidenziato circa 10.000 ricoveri che presentano sia nella patologia oggetto dell'intervento che in quella alla dimissione una delle patologie sopra riportate. Riconducendo tali ricoveri alle relative giornate di degenza ed ai posti letto equivalenti (assumendo indice di occupazione del 100%), si individuano 888 posti letto potenzialmente disattivabili, escludendo dall'analisi i ricoveri di residenti in altre regioni italiane. Sulla base di una più approfondita analisi della casistica sarà possibile stimare la quota parte di attività che dovrà presumibilmente essere riassorbita dalle strutture di riabilitazione estensiva ex art. 26 e quale dall'offerta di specialistica ambulatoriale.

I 3.182 posti letto residui, comprensivi dei posti letto di neuroriabilitazione che dovranno essere allocati in applicazione del DCA 56/2009, risultano superiori di 87 unità allo standard di 0,55 pl per 1000 abitanti. Tale riallineamento, ferma restando la suddetta necessità di effettuare tempestivamente una verifica della coerenza dei dati NSIS con l'offerta di riabilitazione attiva nella Regione Lazio, sarà effettuato nel 2010 in successivi provvedimenti di programmazione sanitaria.

Lungodegenza medica

Il Decreto 41/09 stabilisce che tutti i ricoveri in lungodegenza medica non provenienti direttamente da strutture per acuti siano da remunerarsi come ricoveri di RSA. Come peraltro anche specificato nella Direttiva ASP n. 3 del 30 ottobre 2009, attuativa del DCA 58/2009, i ricoveri effettuati nei reparti di lungodegenza (codice 60) sono interventi in cui, seppur caratterizzati da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte impegno di supporto assistenziale, deve risultare una presa in carico specificatamente riabilitativa con attività terapeutiche variabili complessivamente da 1 a 3 ore giornaliere.

Ricoveri che non presentano episodi di ricovero precedenti in acuzie sono pertanto a forte rischio di inappropriatazza.

Se si analizzano i dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) emerge che nel corso del 2010 sono state registrate a livello regionale circa 1.103 dimissioni (escluse quelle dei residenti in altre regioni italiane) che non presentavano precedenti ricoveri per acuti. Se si riportano le relative giornate di degenza (per un massimo di 365 giorni) ai posti letto equivalenti risultano 320 posti letto riconvertibili (assumendo indice di occupazione del 100%).

A tale riconversione si potrà aggiungere, effettuate le necessarie verifiche, la disattivazione dei 39 posti letto della CdC Villa Domelia, che nel 2009 non ha registrato dimissioni.

Sommando tale riduzione (359 posti letto) a quella per la riconduzione dell'offerta degli erogatori privati ai posti letto contrattualizzati (163), si ottengono 945 posti letto residui che risultano superiori di 101 unità allo standard di 0,15 pl per 1000 abitanti. Tale riallineamento, ferma restando la suddetta necessità di effettuare tempestivamente una verifica della coerenza dei dati NSIS con l'offerta di lungodegenza attiva nella Regione Lazio, sarà effettuato nel 2010 in successivi provvedimenti di programmazione sanitaria.

Tabella – Piano di ridefinizione per MacroArea dei posti letto di riabilitazione post-acuzie (codice 56, 75, 28) da completarsi entro il 31 dicembre 2010

ASL	Popolazione residente 01/01/2009	OFFERTA NSIS al 1 gen 2010 §	PL disattivabili per riconduzione ai PL contrattualizzati 2009 °	PL riconvertibili equivalenti all'attività inappropriata 2009	PL residui	STANDARD PL (0,55‰)
MacroArea 1	1.455.872	874	111	234	529	801
MacroArea 2	1.566.730	1357	32	218	1.107	862
MacroArea 3	1.302.151	1458	49	285	1.124	716
MacroArea 4	1.301.957	609	36	151	422	716
LAZIO	5.626.710	4.298	228	888	3.182	3.095

NB: Alla ASL RMD sono attribuiti i p.l. del San Giovanni Battista (SMOM)

§ sono compresi anche i 200 PL di alta intensità che dovranno essere assegnati successivamente

° Per la Casa di Cura Merry House è stato assunto come riferimento il numero di posti letto di lungodegenza medica di cui alla Determinazione Regionale 1782/2007

Tabella – Piano di ridefinizione per MacroArea dei posti letto di lungodegenza (codice 60) da completarsi entro il 31 dicembre 2010

ASL	Popolazione residente 01/01/2009	OFFERTA NSIS al 1 gen 2010	PL disattivabili per riconduzione ai PL contrattualizzati 2009	PL riconvertibili equivalenti all'attività inappropriata 2009	PL residui	STANDARD PL (0,15‰)
MacroArea 1*	1.455.872	387	20	130*	237	218
MacroArea 2	1.566.730	457	83	97	277	235
MacroArea 3	1.302.151	334	60	80	194	195
MacroArea 4	1.301.957	289	0	52	237	195
LAZIO	5.626.710	1.467	163	359	945	844

** Sono compresi i 39 p.l. della struttura Villa Domelia (RMA) per la quale nel 2009 non sono state registrate dimissioni nel SIO*

Numero dimissioni, giornate di degenza erogate, posti letto equivalenti e dotazione posti letto, per regime e struttura erogatrice. Ricoveri di residenti Lazio e stranieri con le patologia di dimissione e patologia oggetto di intervento: patologia artrosica (ICD9-CM 715), patologia del rachide (ICD9-CM 721, 722, 723, 724), postumi di traumatismi (ICD9-CM 905), artropatie e disturbi correlati (categorie ICD9-CM 710, 711, 712, 713, 714, 716, 717, 718, 719) - Anno 2009 onere SSN							
ASL-Codice-Denominazione struttura	RO		DH		PL equivalenti IO=100% all'attività inappropriata 2009		
	N dimissioni	Giorni degenza (*)	N dimissioni	Accessi DH	RO	DH	Totale
101-087-Policlinico Italia	436	17.578	394	8.700	48	14	62
101-148-San Raffaele - Nomentana	52	2.012	14	248	6	0	6
101-902-San Giovanni - Addolorata	87	3.301	29	991	9	2	11
101-906-Policlinico Umberto I	49	2.078	0	0	6	0	6
102-104-Villa Fulvia	461	21.160	293	10.569	58	17	75
102-920-Tor Vergata	0	0	97	1.966	0	3	3
103-058-Centro Traumatologico Ortopedico	14	459	17	531	1	1	2
103-089-Nuova Clinica Latina	0	0	26	456	0	1	1
103-135-Mater Misericordiae	113	5.589	61	1.887	15	3	18
103-909-Fondazione Santa Lucia	112	7.104	11	376	19	1	20
103-915-Campus Biomedico	103	3.238	0	0	9	0	9
104-065-Centro Paraplegici Ostia	47	2.388	21	470	7	1	8
104-103-Policlinico Luigi Di Liegro (ex POI Portuense)	76	4.015	26	631	11	1	12
104-130-Villa Sandra	331	14.177	353	7.472	39	12	51
104-138-San Giovanni Battista - SMOM	232	10.457	78	1.779	29	3	32
104-168-San Raffaele - Portuense	209	10.015	35	980	27	2	29
104-901-San Camillo - Forlanini	155	6.000	28	390	16	1	17
104-910-San Raffaele - Pisana	172	7.550	142	2.092	21	3	24
105-026-P.O.Santo Spirito - Villa Betania	70	2.693	19	400	7	1	8
105-115-Santa Famiglia	0	0	0	0	0	0	0
105-126-San Giuseppe	1	365	0	0	1	0	1
105-146-Santa Rita da Cascia	270	9.884	0	0	27	0	27
105-179-Ancelle del Buon Pastore	135	6.516	0	0	18	0	18
105-180-Aurelia Hospital	284	10.021	107	2.643	27	4	31
105-328-Fondazione Don C. Gnocchi	42	1.884	0	0	5	0	5
105-903-San Filippo Neri - Salus Infirmorum	0	0	1	37	0	0	0

Numero dimissioni, giornate di degenza erogate, posti letto equivalenti e dotazione posti letto, per regime e struttura erogatrice. Ricoveri di residenti Lazio e stranieri con le patologia di dimissione e patologia oggetto di intervento: patologia artrosica (ICD9-CM 715), patologia del rachide (ICD9-CM 721, 722, 723, 724), postumi di traumatismi (ICD9-CM 905), artropatie e disturbi correlati (categorie ICD9-CM 710, 711, 712, 713, 714, 716, 717, 718, 719) - Anno 2009 onere SSN							
ASL-Codice-Denominazione struttura	RO		DH		PL equivalenti IO=100% all'attività inappropriata 2009		
	N dimissioni	Giorni degenza (*)	N dimissioni	Accessi DH	RO	DH	Totale
105-905-Policlinico Agostino Gemelli	225	8.741	0	0	24	0	24
107-088-Medicus Hotel Monteripoli	201	9.976	127	3.475	27	6	33
107-186-Nomentana Hospital	181	7.034	0	0	19	0	19
107-199-Villa Dante	105	4.646	50	1.681	13	3	16
107-273-Villa Luana	201	8.811	0	0	24	0	24
108-036-Villa Albani	93	3.565	272	5.279	10	9	19
108-055-Luigi Spolverini	128	5.094	154	3.836	14	6	20
108-082-Villa delle Querce	121	5.144	0	0	14	0	14
108-131-Villa dei Pini	114	4.549	42	1.241	12	2	14
108-176-Istituto Neurotraumatologico Italiano	93	3.920	6	123	11	0	11
108-196-San Raffaele - Velletri	183	8.529	176	6.721	23	11	34
109-015-Villa Immacolata	254	13.553	0	0	37	0	37
110-019-San Camillo de Lellis	0	0	0	0	0	0	0
111-200-P.O. Latina Nord	0	0	14	325	0	1	1
111-212-Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	277	5.129	172	2.766	14	4	18
111-214-Istituto Fisioterapico Clara Franceschini	229	11.405	0	0	31	0	31
111-278-Villa Silvana	263	10.473	7	265	29	0	29
112-222-Ospedale Ferrari - Ceprano	46	1.363	0	0	4	0	4
112-223-Presidio Sanitario Ferentino	51	1.507	0	0	4	0	4
112-277-San Raffaele - Cassino	261	10.676	182	3.329	29	5	34
112-279-INI Città Bianca	206	8.668	63	1.388	24	2	26
Totale	6.683	281.267	3.017	73.047	769	119	888

Numero di dimissioni, giornate di degenza e posti letto equivalenti per le dimissioni di lungodegenza che risultano non provenienti da acuto (attraverso linkage per CF con le basi dati ACUTI) - Anno 2009 onere SSN, esclusa mobilità attiva nazionale

Codice struttura	Denominazione struttura	ASL	tipo	N dimissioni	Giorni degenza	Giorni degenza (tagliati a 365)	PL equivalenti IO=100% all'attività inappropriata 2009
120013	CENTRO DI RIABILITAZIONE DI NEPI	109	CDC ACCREDITATA	17	1.099	1.099	3
120015	VILLA IMMACOLATA	109	CDC ACCREDITATA	21	3.116	2.436	7
120082	VILLA DELLE QUERCIE-POLIGEST	108	CDC ACCREDITATA	50	41.048	12.553	34
120113	CASA DI CURA VILLA PIA	104	CDC ACCREDITATA	40	12.278	3.074	8
120122	C.D.C. SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA	108	CDC ACCREDITATA	47	23.108	9.760	27
120131	C.D.C. VILLA DEI PINI-MERINVEST	108	CDC ACCREDITATA	63	19.033	10.404	28
120139	CLINICA LATINA	103	CDC ACCREDITATA	39	21.116	6.717	18
120149	C.D.C. CLINICA VILLA NINA SRL	108	CDC ACCREDITATA	23	4.904	3.541	10
120163	CASA DI CURA SAN FELICIANO	105	CDC ACCREDITATA	15	5.364	1.510	4
120179	OSPEDALE ANCELLE DEL BUON PASTORE	105	CDC ACCREDITATA	65	5.037	4.143	11
120186	NOMENTANA HOSPITAL	107	CDC ACCREDITATA	101	43.457	18.776	51
120191	CASA DI CURA MERRY HOUSE/C.GERIATRICO	104	CDC ACCREDITATA	37	30.008	9.782	27
120196	C.D.C. SAN RAFFAELE_VELLETRI.	108	CDC ACCREDITATA	36	3.583	2.763	8
120197	SANTO VOLTO	106	CDC ACCREDITATA	29	1.492	1.492	4
120219	OSPEDALE CIVILE SANTA CROCE ARPINO	112	PRESIDIO ASL	69	3.009	3.009	8
120220	OSPEDALE CIVILE DELLA CROCE ATINA	112	PRESIDIO ASL	36	654	654	2
120224	OSP. CIVILE IN MEM.DEI CADUTI ISOLA LIRI	112	PRESIDIO ASL	47	1.226	1.226	3
120262	CASA DI CURA VILLA MARIA IMMACOLATA	104	CDC ACCREDITATA	63	15.333	6.380	17
120264	CASA DI CURA VILLA VERDE	105	CDC ACCREDITATA	191	13.964	8.052	22
120271	OSPEDALE DI BELCOLLE	109	PRESIDIO ASL	11	239	239	1
120277	EX CENTER HOSPITAL'SAN RAFFAELE' CASSINO	112	CDC ACCREDITATA	103	10.593	9.774	27
TOTALE				1.103	259.661	117.384	320
120162	CASA DI CURA NS. SIGNORA SACRO CUORE	105	CDC ACCREDITATA	17	13.987	4.478	12
120079	CASA DI CURA VILLA DOMELIA S.R.L.	101	CDC ACCREDITATA				

Riorganizzazione dell'offerta di Residenze sanitarie assistenziali (RSA) a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa

La rimodulazione dell'offerta nell'ambito dell'assistenza ospedaliera post acuzie, nell'ottica di rispondere ai nuovi standard fissati dal Patto per la salute, dovrebbe considerare in modo integrato le due funzioni di riabilitazione e lungodegenza medica, costituendo entrambe risposte successive ad una fase di acuzie.

Contestualmente al processo di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, è necessario pianificare una riorganizzazione dell'offerta territoriale, finalizzata ad assicurare risposte adeguate ai soggetti portatori di problematiche assistenziali complesse, che spesso necessitano di assistenza a lungo termine; è dunque improrogabile potenziare/attivare i setting assistenziali che possano assicurare la risposta appropriata a quei problemi di salute che non richiedono il ricorso alla ospedalizzazione. Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono state storicamente istituite con la finalità di fornire ospitalità e prestazioni sanitarie, socioassistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di riabilitazione di tipo intensivo.

Il fabbisogno di RSA nella Regione (allegato 1 al Decreto Commissariale 17/2010) è stato stimato applicando alla popolazione >75 anni al 1/1/2009 (522.785 unità) gli standard regionali attualmente in vigore (2,5 Posti residenza ogni 100 ultrasettantacinquenni).

L'attuale offerta residenziale e semiresidenziale è desumibile da quanto contenuto nell'allegato A della DGR 182/2010 ed evidenzia una forte carenza di pl e una certa disomogeneità nella loro allocazione rispetto a quanto previsto dagli standard attesi (5148 posti letto attivi e budgettizzati rispetto ai 13072 attesi).

Tabella - Offerta di RSA alla data del 10 marzo 2010 (popolazione 1/1/2009)

A	B	C	D	post accreditabili nel 2010 secondo DGR 182/2010			X
				E	G	H	
AZIENDA USL	Posti residenza attesi da standard (2,5% pop. > 75 a.)	Posti residenza provv. Accreditati	Saldo C-B	* Posti residenza da processi di riconversione	Posti accreditabili da DGR 182 (PI autorizzati + pareri fav. alla realizz.)	P.L. ex art. 20 lavori conclusi	PI attivi/accreditabili - PI attesi
RM/A	1.401	60	-1.341	30	180		-1.131
RM/B	1.486	356	-1.130	0	160		-970
RM/C	1.508	40	-1.468	0	200		-1.268
RM/D	1.253	383	-870	70	120		-680
RM/E	1.357	440	-917	300	80		-537
RM/F	553	494	-59	56	0		-3
RM/G	923	744	-179	280	0		101
RM/H	957	898	-59	20	0	40	1
VITERBO	826	723	-103	0	20	56	-27
RIETI	469	77	-392	0	60	0	-332
LATINA	1.084	180	-904	75	120	120	-589
FROSINONE	1.255	753	-502	0	80	20	-402
TOTALE	13.072	5.148	-7.924	831	1.020	236	-5.837

*(Decr. 15/08, 43/08, 5/09, 48/09, ...)

Secondo il fabbisogno citato nel DC 17/2010 le Asl del comune di Roma sono tutte generalmente carenti di tale offerta assistenziale e tra queste in modo particolare lo sono la RM A e la RMC. Le

Asl della provincia di Roma hanno una offerta sufficientemente commisurata al fabbisogno teorico stimato, peraltro almeno un terzo degli ospiti nelle strutture di questi territori è residente in realtà in una ASL del Comune di Roma. Come si osserva dalla Tabella sopra riportata, nella maggior parte delle province del Lazio non romane l'offerta residenziale andrebbe implementata. Il potenziamento dell'offerta in RSA dovrà comunque avvenire in linea con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera, privilegiando la riconversione di strutture pubbliche e private accreditate, laddove compatibile con la destinazione d'uso finale a partire soprattutto dai territori delle ASL del Comune di Roma (in particolare ASL RM A, RM C) e Rieti.

Ad oggi, nelle more della piena attuazione della L.R. 4 del 3 marzo 2003 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture, autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie disponibili e sociosanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali" e della DGR 424/2006 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie" che identifica due livelli assistenziali (medio-basso e medio-alto), le RSA sono tutt'ora organizzate in tre livelli assistenziali a crescente impiego di risorse infermieristiche e riabilitative. Inoltre il modello tariffario vigente, recentemente modificato dalla DGR 98/2008 per quanto riguarda la quota di compartecipazione a carico dell'ospite e/o dell'ente locale (attestatasi dal maggio 2008 al 50%), prevede 9 differenti tariffe modulate in funzione del livello assistenziale e della grandezza della struttura.

Alla luce di quanto evidenziato, si ritiene necessario, contestualmente alla attivazione delle nuove strutture RSA frutto delle ulteriori riconversioni collegate alla nuova riorganizzazione ospedaliera, avviare un processo di riqualificazione dell'offerta delle RSA regionali verso gli standard assistenziali di riferimento assunti con DCA 17/2008.

Il decreto 17/2008 inoltre ha fatto propria la classificazione delle strutture residenziali extraospedaliere contenuta nel documento del maggio 2007 della Commissione Nazionale LEA Residenziali. In esso vengono infatti identificati i livelli prestazionali che le RSA del Lazio dovranno garantire agli ospiti portatori di problematiche clinico-assistenziali che vedono nel regime residenziale o semiresidenziale l'ambito assistenziale ad essi più appropriato.

I nuovi livelli prestazionali individuati sono:

- ✓ R1, Unità di cure residenziali intensive: Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario; trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale rivolti alle persone con patologie non acute, in condizioni di responsività minimale, stati vegetativi e comi prolungati, con gravi patologie neurologiche degenerative progressive, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, con insufficienza respiratoria grave con ventilazione meccanica, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.
- ✓ R2, Unità di cure residenziali estensive: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti intensivi ed estensivi di cura e recupero funzionale rivolti a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici).
- ✓ R2D, Nuclei Alzheimer: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" rivolti a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale.
- ✓ R3, Unità di cure residenziali di mantenimento: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti sanitari di lungoassistenza a forte rilevanza sociale, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, rivolte a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni

- professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.
- ✓ SR Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
 - ✓ SRD Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale

In primo luogo le RSA dovranno essere articolate, attraverso l'organizzazione in moduli funzionali, detti nuclei, secondo i livelli assistenziali previsti dalla DGR 424/06, Livello medio-alto e Livello medio-basso. All'interno del Livello medio-alto dovranno essere garantiti i livelli prestazionali riconducibili a R2 ed R2D mentre all'interno del Livello medio-basso dovrà essere garantito il livello prestazionale R3. Per quanto attiene il livello prestazionale identificato dal decreto 17/08 con R1, data la natura di altissima intensità e complessità assistenziale (comi prolungati o SLA con ventilazione meccanica, nutrizione parenterale, ecc), esso potrà essere attivato a partire dalla riconversione di pl ex LAI (Lungodegenza ad alta intensità, recentemente non più prevista) o nell'ambito di moduli in strutture polifunzionali nelle quali siano già presenti pl di post-acuzie medica o riabilitativa, preferibilmente ad alta intensità assistenziale.

Appare altresì improcrastinabile, al fine di rendere più conforme all'atteso l'offerta residenziale, la valutazione delle strutture rispetto allo stato di adesione ai requisiti relativi alla conferma dell'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento istituzionale.

Su questa base, assunto come da normativa vigente, che almeno il 10% dei posti debba essere destinato alla semiresidenzialità (la metà dei quali destinata a persone affette da demenza) il resto dei p.l. andrebbe distribuito per livello di complessità assistenziale sulla base del case-mix storico degli assistiti rilevato dall'ASP durante uno specifico monitoraggio condotto nell'anno 2007; secondo tale monitoraggio, lo 0,7 % dei pl dovrebbe ricondursi alla funzione di R1 (altissima intensità assistenziale - SLA, stati vegetativi permanenti), il 22,4% alla funzione di R2 (assistenza intensiva - polipatologia con necessità di cure infermieristiche intensive), il 21,4% alla funzione di R2D (assistenza intensiva per persone con demenza) ed il 45,5 alla funzione di R3 (assistenza di mantenimento - 90% residenziale + 10% semiresidenziale).

Tenuto conto che la funzione assistenziale delle RSA è prettamente territoriale e necessita di una forte integrazione con gli altri servizi dedicati a soggetti fragili, si sottolinea che essa deve essere garantita con strutture collocate territorialmente in funzione delle effettive esigenze locali analogamente a quanto è necessario fare per la programmazione di Presidi Territoriali di Prossimità, Ambulatori Infermieristici, Centri di Assistenza Domiciliare, e ogni altro servizio che ha per definizione la caratteristica di prossimità al cittadino.

L'intero processo di riorganizzazione dovrà essere accompagnato dallo sviluppo del sistema informativo sulle RSA di recente istituzione (SIRA) (DGR 98/07) e dalla implementazione della Valutazione degli ospiti con la scheda RUG (DGR 40/2008). Attraverso tali strumenti sarà possibile non solo valutare l'effettivo bisogno assistenziale degli ospiti ma anche determinare in termini prospettici quali debbano essere i livelli prestazionali più appropriatamente correlati a detto bisogno e conseguentemente la corretta remunerazione da riconoscere. L'assolvimento del debito informativo attraverso il SIRA dovrebbe pertanto costituire vincolo assoluto per il riconoscimento della remunerazione per le prestazioni residenziali erogate per conto del SSR.

Il provvedimento relativo alla riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza in RSA, attraverso la definizione degli elementi di riferimento per l'articolazione dell'offerta nei diversi livelli prestazionali previsti e degli elementi propedeutici alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione dovrà essere adottato entro il 31 ottobre 2010.

Il Piano complessivo per la riorganizzazione dell'offerta di RSA sarà adottato entro il 30 novembre 2010.

Riorganizzazione dell'offerta di Assistenza riabilitativa extraospedaliera alle persone con disabilità (ex articolo 26, L. 833/1978) a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa

*“Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature minorazioni fisiche, mentali, intellettive, sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società sulla base di uguaglianze con gli altri”⁵. Pertanto, l'obiettivo dell'intervento abilitativo/riabilitativo è quello di consentire alla persona disabile il raggiungimento del “miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale”⁶. In questo ambito assistenziale assumono particolare rilevanza gli interventi riabilitativi di **tipo estensivo e di mantenimento** in quanto garantiscono la continuità assistenziale tesa non solo al recupero funzionale ma anche a quello della vita di relazione e professionale (*presa in carico globale*). Nello specifico, si intende per riabilitazione di tipo estensivo l'attività assistenziale complessa per soggetti che hanno superato l'eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito, e per riabilitazione di mantenimento l'attività assistenziale rivolta a soggetti con esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento, in cui particolare rilevanza assume anche l'intervento sociale⁷. Detti interventi riabilitativi, attuati nell'ambito di progetti individualizzati, sono erogati in ambiente extraospedaliero in tutti i regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare). Nella Regione essi sono prevalentemente offerti da strutture private provvisoriamente accreditate: i Centri di riabilitazione ex articolo 26, Legge 833/78.*

In considerazione della necessità di provvedere alla riqualificazione/ridefinizione di detta offerta sulla base di sempre maggiori criteri di appropriatezza, la Regione (1) ha predisposto con nota Prot. 69726/45/02-45/04 del 12 giugno 2009, l'avvio della verifica sanitaria e socio-sanitaria degli ospiti dei Centri di riabilitazione da parte delle Unità Cliniche di Valutazione attive nelle ASL del Lazio, finalizzata alla individuazione del prevalente bisogno in ambito residenziale, semiresidenziale e domiciliare; (2) ha deliberato, con Decreto Commissariale n. 95/2009, l'istituzione di un apposito gruppo tecnico con specifici compiti (definizione del fabbisogno assistenziale per le due modalità di erogazione; integrazione dei requisiti autorizzativi delle strutture; definizione di ulteriori criteri clinici di accesso/dimissione; definizione del sistema di remunerazione; definizione linee organizzative dell'attività di controllo clinico dei progetti riabilitativi), che concluderà i propri lavori entro il 30 settembre 2010.

Alla luce dei risultati preliminari delle verifiche effettuate e in assenza di standard di riferimento regionali e/o nazionali per la detta tipologia di offerta si ritiene opportuno, indipendentemente da quanto stabilito dai provvedimenti di contenimento della spesa:

(1) non procedere per il 2010 all'accREDITAMENTO di ulteriore offerta riabilitativa estensiva e di mantenimento in nessun regime assistenziale;

(2) non procedere alla riduzione dell'attuale offerta, in particolare dei posti letto residenziali e dei posti semiresidenziali complessivamente accreditati, bensì alla *ricONVERSIONE* dei posti utilizzati in maniera non appropriata in modalità estensiva, in posti utilizzabili in modalità di mantenimento, considerata sia l'aumentata necessità dell'erogazione di interventi in modalità di mantenimento che della carenza/assenza di soluzioni alternative residenziali e semiresidenziali (socio-sanitarie o sociali) appropriate a garantire i bisogni socio-assistenziali e socio-riabilitativi dei pazienti attualmente presenti nei Centri di riabilitazione. Si ritiene, infatti, che il passaggio ad interventi più appropriati debba avvenire gradualmente, e secondo un criterio di flessibilità, per garantire la tutela dei diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie, tenuto conto dell'alta complessità socio-assistenziale e clinico-organizzativa, dell'elevato impatto sociale e dei necessari tempi per la eventuale riorganizzazione dei Centri di riabilitazione.

La riorganizzazione/ridefinizione dell'attuale offerta riabilitativa di mantenimento, nei regimi residenziale e semiresidenziale, potrà così essere articolata:

⁵ Art. 1 Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita con L. n. 18/2009

⁶ Provvedimento 7 maggio 1998, Linee guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione

⁷ DGR Lazio n. 398/2000

riabilitazione di mantenimento, ovvero attività riabilitativa finalizzata al mantenimento della progressione della disabilità e pertanto caratterizzata da diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari integrati con l'attività di riabilitazione sociale; in essa deve però riconoscersi un momento di inizio ed uno di conclusione, tale da garantire il *turn over* dell'utenza.

residenze per disabili e centri semiresidenziali per disabili, articolati secondo il livello di gravità dell'ospite, ovvero:

- a. residenze e centri semiresidenziali ad elevata integrazione sanitaria dedicati a persone con disabilità ad alto grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane;
- b. residenze e centri semiresidenziali rivolti a persone con disabilità prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia.

La chiara differenziazione dell'offerta riabilitativa estensiva da quella di mantenimento e la ridefinizione di quest'ultima non può prescindere dall'integrazione dei requisiti di cui alla DGR n. 424/2006.

Non si può, altresì, prescindere dalla definizione di criteri clinici per l'accesso/dimissione alle due modalità di erogazione in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare e al completamento di quelli per l'accesso/dimissione all'attività ambulatoriale, sulla base dei quali valutare sia i soggetti attualmente in attesa sia la successiva domanda, che potrebbe provenire anche dalla fase di post-acuzie ospedaliera per bisogni riabilitativi di tipo estensivo.

La definizione del sistema di remunerazione e delle linee organizzative per l'attività di controllo di competenza delle ASL potrà essere effettuata soltanto successivamente alla ridefinizione/riqualificazione dell'intera offerta.

Sulla base degli elementi di riferimento per il riordino dell'attuale offerta di assistenza riabilitativa extraospedaliera e degli elementi informativi relativi alle tipologie e quote di casistica ad oggi impropriamente trattate in riabilitazione post acuzie ospedaliera, trasferibili in ambiti assistenziali territoriali, sarà possibile completare il percorso di riorganizzazione previsto.

Il provvedimento relativo alla definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e ai criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, nell'ambito dell'offerta ex art. 26, dovrà essere adottato entro il 31 ottobre 2010.

Tabella - Riabilitazione estensiva e di mantenimento

Distribuzione strutture erogatrici per regime assistenziale e ASL

Asl	Regime Residenziale	Regime Semiresidenziale	Regime Non residenziale
	N. strutture	N. strutture	N. strutture
RM A	1	7	13
RM B	3	5	6
RM C	5	8	9
RM D	4	10	9
RM E	7	6	7
RM F	2	2	5
RM G	2	2	1
RM H	3	4	4
VT	3	3	4
RI	0	0	1
LT	1	3	4
FR	1	2	2
TOTALE	32*	52**	65

Fonte dei dati: Assessorato alla Sanità

*3 non risultano attive (1 nel territorio della ASL RMA, 2 in quello della ASL RMC)

** 2 non risultano attive (1 nel territorio della ASL RMA, 2 in quello della ASL RMC)

Tabella - Riabilitazione estensiva e di mantenimento

Distribuzione posti/trattamenti per regime assistenziale e ASL

ASL di struttura	Posti letto accreditati		Posti accreditati		Trattamenti accreditati
RM A	25		321		1970
RM B	110		240		1348
RM C	166		544 [^]		967
RM D	249		494		989
RM E	498		346		1962
RM F	213		41		452
RM G [^]	143		56		30
RM H	142		148		442
VT	239		98		725
RI	0		0		240
LT	35		100		352
FR [^]	10		64		107
TOTALE	1830		2452		9584

Fonte dei dati: Assessorato alla Sanità

Riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale relativa all'attività di Medicina Fisica e riabilitativa a seguito della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera riabilitativa

Il ridimensionamento della rete dell'offerta dei servizi ospedalieri in post acuzie, nell'ottica di rispondere ai nuovi standard fissati dal Patto per la Salute, nell'ambito della Medicina Fisica e Riabilitazione, è finalizzato a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario e diurno all'assistenza in regime ambulatoriale soprattutto rispetto alla possibilità di assorbire una quota parte dell'attività riabilitativa che è attualmente erogata, in maniera inappropriata, a livello ospedaliero, in modo particolare in regime di day hospital.

Il Decreto regionale 37/10 (Piani Operativi 2010) ribadisce la necessità di garantire forme di assistenza distrettuale alternativa per promuovere l'appropriatezza e favorire il processo di deospedalizzazione.

La riorganizzazione dovrebbe riguardare il potenziamento delle strutture e l'implementazione di percorsi assistenziali per la gestione delle patologie riportate nella direttiva n. 3 del 30/10/2009 (che fa riferimento a quanto disposto nell'allegato 10 della DGR 731/05):

- Patologia artrosica (categoria ICD9-CM 715)
- Patologia del rachide (categorie ICD9-CM 721, 722, 723, 724)
- Postumi di traumatismi (categoria ICD9-CM 905)
- Artropatie e disturbi correlati (categorie ICD9-CM 710, 711, 712, 713, 714, 716, 717, 718, 719).

Nell'ottica di una riorganizzazione è necessario effettuare, per definire la quota parte di ricoveri potenzialmente trasferibili, uno specifico approfondimento che identifichi e quantifichi la composizione e la tipologia delle prestazioni inappropriatamente erogate in regime di ricovero. Contestualmente, occorre valutare la quota di inappropriata relativa all'attuale effettuazione di prestazioni in regime ambulatoriale al fine di assorbire parte dei ricoveri trasferibili senza necessariamente dover incrementare il numero o le capacità organizzative di strutture già attive.

La Medicina Fisica e Riabilitazione ambulatoriale è definita come attività rivolta a "disabilità transitorie e/o minimali che non prevedono una presa in carico globale e che richiedono solo semplici prestazioni terapeutico-riabilitative" (DGR 731/05) presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale: queste sono attualmente 55 (17 sono state escluse dai LEA), di cui solo 19 erogabili dal comparto privato provvisoriamente accreditato.

L'attuale offerta di Medicina Fisica e Riabilitazione, nel territorio regionale, è di 397 punti di specialità, distribuiti in maniera non uniforme. In tale ambito assistenziale le strutture del comparto privato provvisoriamente accreditato, che rappresentano il 50% del totale dei presidi, erogano il 90% del volume totale di attività.

Al fine di descrivere la dotazione dell'offerta specialistica ambulatoriale nella Regione, per le 4 MacroAree considerate e per l'articolazione delle attuali ASL, sono stati valutati i seguenti indicatori:

- Punti di specialità, rappresentati dal numero dei punti di offerta per branca specialistica, definendo il punto di offerta come unità elementare di rilevazione corrispondente alla presenza di una branca presso la struttura;
- Volume di prestazioni per aggregazione territoriale;
- Punti di specialità pesati, rappresentati dal numero dei punti di offerta per branca specialistica pesati, in relazione alla media regionale (posta uguale ad 1), per il rispettivo volume di attività;
- Densità dell'offerta assoluta aziendale (DAO), costituita dal rapporto tra punti di specialità e popolazione residente per 100.000 abitanti, complessiva e per branca specialistica;
- Densità dell'offerta pesata per volume di produzione (DOP), intesa quale rapporto tra punti di specialità pesati e popolazione residente per 100.000 abitanti, complessiva e per branca specialistica.

Medicina Fisica e Riabilitazione ambulatoriale - Anno 2009

MacroArea	Popolazione	Volume totale di prestazioni erogate da strutture del Territorio	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
MacroArea 1	1.455.872	3.220.255	105	147	7	10
MacroArea 2	1.566.730	2.768.817	98	127	6	8
MacroArea 3	1.302.151	1.591.030	97	73	7	6
MacroArea 4	1.301.957	1.093.402	97	50	7	4
Totale		8.673.504	397		5	

La pesatura dei punti di offerta per il volume di attività, utilizzata per il calcolo degli indicatori relativi al numero dei punti di specialità pesati e alla DOP, permette di valutare in modo omogeneo punti di specialità con volumi molto diversi tra loro, rispetto alla media regionale.

La dotazione dell'offerta specialistica ambulatoriale, relativa alla Medicina Fisica e Riabilitazione, è riportata anche secondo l'attuale articolazione delle ASL con la valutazione del "saldo" - costituito dalla differenza tra il totale delle prestazioni erogate ai residenti della regione Lazio dalle strutture ubicate in ciascuna ASL ed il consumo dei residenti della ASL stessa nell'ambito della regione Lazio - e del "saldo relativo", valore del saldo rapportato all'intera produzione della ASL.

ASL	Popolazione	Prestazioni Totali	Prestazioni erogate a residenti di altre ASL	Prestazioni erogate ai residenti da altre ASL	Saldo	Saldo relativo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
RM/A	482.369	1.800.119	415.516	117.536	297.980	17%	48	82	10	17
RM/B	690.712	1.193.520	199.756	416.051	- 216.295	-18%	37	55	5	8
RM/C*	537.747	1.164.355	176.964	254.387	- 77.423	-7%	45	53	8	10
RM/D	560.600	841.895	85.746	127.555	- 41.809	-5%	43	39	8	7
RM/E	519.429	737.309	199.012	107.259	91.753	12%	44	34	8	6
RM/F	307.987	47.898	3.312	63.173	- 59.861	-125%	12	2	4	1
RM/G	476.586	1.198.195	137.843	62.426	75.417	6%	20	55	4	12
RM/H	534.605	689.922	88.701	69.212	19.489	3%	22	32	4	6
VT	315.523	140.497	1.974	16.251	- 14.277	-10%	24	6	8	2
RI	159.018	167.698	5.972	15.780	- 9.808	-6%	17	8	11	5
LT	545.217	470.155	16.911	42.216	- 25.305	-5%	48	22	9	4
FR	496.917	221.941	3.134	42.995	- 39.861	-18%	37	10	7	2
Totale	5.626.710	8.673.504	1.334.841	1.334.841	-	0%	397	397	87	79

* include dati dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni/Addolorata

Confrontando il saldo per le diverse ASL, l'analisi ha evidenziato per le ASL RM A, RM E, RM G e RM H un saldo positivo, mentre tutte le altre ASL presentano un saldo negativo con un picco per la ASL RM F (-125% rispetto all'intera attività erogata).

La differenza positiva fra DAO e DOP indica la presenza di un numero elevato di presidi che erogano poche prestazioni e che pertanto necessitano di incrementare l'attività nella branca di Medicina Fisica e Riabilitazione, soprattutto nelle ASL in cui si registra un saldo negativo (RM F e Viterbo). Al contrario alcune ASL, anche se presentano un valore DAO molto inferiore al valore DOP, riescono ad ottenere un saldo positivo (RMA e RMG).

Sulla base dell'analisi sopra descritta sarà possibile procedere ad un riordino dell'offerta di specialistica ambulatoriale per la Medicina Fisica e Riabilitazione in ordine a garantire una distribuzione dell'offerta ed un migliore assetto organizzativo rispetto a rispondere ai bisogni degli specifici territori.

Un'attività di riordino e razionalizzazione dell'assistenza di riabilitazione in regime ambulatoriale dovrebbe tener conto della caratterizzazione in termini di strutture, dislocazione territoriale, tipologia dell'attività erogata e volumi corrispondenti, anche rispetto alla complessità delle prestazioni erogate e della peculiarità dei pazienti trattati.

Per arrivare ad una precisa caratterizzazione è indispensabile acquisire informazioni esaustive, ad oggi mancanti, come ad esempio quelle relative alla dotazione di personale e di attrezzature – informazioni queste collegate alla rilevazione dello stato di adesione ai requisiti autorizzativi richiesti dalla normativa vigente, di prossima effettuazione - nonché informazioni sui costi di gestione delle strutture.

La riorganizzazione non può prescindere dal considerare quanto previsto dal DPCM 2001 di definizione dei LEA al punto c), relativamente alle prestazioni di Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale, rispetto al fatto che l'erogazione delle prestazioni comprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni specifici presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.).

Occorre inoltre considerare quanto previsto nel Decreto 96/09-Programmi Operativi del 2010 – relativo all'obiettivo di “contenere, nell'arco dell'anno e per patologia, il numero di cicli di terapia fisica relativamente alle 6 prestazioni a maggior assorbimento di risorse economiche, anche in base alle indicazioni previste dalla DGR n. 4112/98 e dal DPCM 29/11/01”.

E' necessario effettuare uno specifico approfondimento, con il coinvolgimento di esperti di settore, finalizzato per la medicina fisica e riabilitazione ad una revisione dell'attuale Nomenclatore Tariffario regionale, con un aggiornamento delle prestazioni e la definizione di un numero massimo di cicli annui sulla base di specifiche indicazioni clinico-diagnostiche.

Con la DGR n.1165/97 è stato attivato il Sistema Informativo Assistenza Specialistica (SIAS) con finalità amministrativo-gestionali, volto al riconoscimento ed alla remunerazione delle prestazioni rese.

L'aggiornamento, con DGR n 1455/02, ha previsto l'introduzione di informazioni aggiuntive sulle caratteristiche cliniche dell'assistito, sulle indicazioni alla effettuazione della prestazione e sulla modalità di erogazione, informazioni finalizzate alla caratterizzazione dell'offerta assistenziale rivolta alla popolazione residente nel Lazio ed alla valutazione di quest'ultima. Un'ulteriore informazione riguarda il problema di salute che motiva l'effettuazione della prestazione (Determinante Clinico/Quesito Diagnostico), al fine di poter monitorare l'appropriatezza prescrittiva. Ad oggi questa informazione, pur prevista nel tracciato record del SIAS, codificabile secondo la classificazione ICDIXCM, non è disponibile, vista la difficoltà organizzativa, da parte dei prescrittori, anche per la complessità di classificare adeguatamente i sintomi anziché una diagnosi conclamata come avviene nei ricoveri ospedalieri.

Tuttavia, la rilevazione di questa informazione dovrebbe essere resa obbligatoria proprio per le prescrizioni di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, in cui i trattamenti riabilitativi riguardano specifiche patologie diagnosticate; in particolare per le prestazioni correlate alle diagnosi di Patologia artrosica, Patologia del rachide, Postumi di traumatismi, Artropatie e disturbi correlati (Direttiva n. 3 del 30/10/2009).

In sintesi, la riorganizzazione dell'offerta di Riabilitazione ambulatoriale, a seguito della riduzione dell'offerta di posti letto di riabilitazione post-acuzie, necessita preliminarmente di:

1. rendere obbligatorio - per le prescrizioni di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione - il motivo per l'effettuazione (Determinante Clinico/Quesito Diagnostico) dei trattamenti riabilitativi che riguardano in particolare le prestazioni correlate alle diagnosi di Patologia artrosica; Patologia del rachide; Postumi di traumatismi; Artropatie e disturbi correlati (Direttiva n. 3 del 30/10/2009).
2. caratterizzare le strutture in termini di dislocazione territoriale, tipologia dell'attività erogata e volumi corrispondenti, anche rispetto alla complessità dei pazienti trattati;
3. effettuare uno specifico approfondimento che identifichi e quantifichi la composizione e la tipologia delle prestazioni inappropriatamente erogate in regime di ricovero e, contestualmente, valuti la quota di inappropriatezza delle attuali prestazioni effettuate in regime ambulatoriale, ambito assistenziale in grado di assorbire parte dei ricoveri trasferibili;
4. acquisire informazioni, ad oggi mancanti, come quelle relative alla dotazione di personale e di attrezzature - collegate alla rilevazione dello stato di adesione ai requisiti autorizzativi richiesti dalla normativa vigente di prossima effettuazione - e sui costi di gestione delle strutture ambulatoriali;
5. considerare quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 sull'erogazione delle prestazioni della branca in base alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.);
6. effettuare uno specifico approfondimento, con il coinvolgimento di esperti di settore, finalizzato per la Medicina fisica e riabilitazione ad una revisione dell'attuale Nomenclatore Tariffario regionale, con un aggiornamento delle prestazioni e la definizione di un numero massimo di cicli annui sulla base di specifiche indicazioni clinico-diagnostiche;

Sulla base degli approfondimenti sopradetti sarà possibile definire eventuali interventi di riorganizzazione del settore, ai fini di una maggiore appropriatezza del sistema, anche in ordine ad assorbire le quote di attività riabilitativa eligibile per il settore della specialistica ambulatoriale, riferito alla Medicina Fisica e Riabilitazione, ad oggi inappropriatamente gestite in riabilitazione ospedaliera post-acuzie.

Il provvedimento relativo al punto 1, sulla obbligatorietà da parte del prescrittore di redigere il Determinante Clinico/Quesito Diagnostico nella ricetta, dovrà essere adottato entro il 30/6/2010. Relativamente alle azioni descritte nei punti 2 e 3 queste sono collegate all'attività di rilevazione attinente il punto 4 ed il cui provvedimento dovrà essere adottato entro il 30/6/2010.

I provvedimenti relativi ai punti 5 e 6 sopra descritti saranno adottati entro il 31/12/2010.

Sintesi dei provvedimenti di razionalizzazione dell'offerta da attuarsi entro il 31 dicembre 2010

Di seguito si riporta uno schema relativo all'impatto per tipologia dell'assistenza degli interventi di riordino previsti dal presente Piano in termini di complessivi 2.006 posti letto (368 acuti, 1116 riabilitazione e 522 lungodegenza medica), che portano il rapporto posti letto / popolazione al 4.08 per 1000. Gli ulteriori provvedimenti che saranno adottati in corso d'anno per la riduzione dell'eccesso residuo terranno in particolare considerazione le risultanze definitive dei controlli esterni sull'attività sanitaria erogata.

Tipologia Assistenza	PL NSIS AL 1 GEN 2010 (Acuti, Riabilitazione, Lungodegenza)	Interventi di cui all' art. 6 comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012			PL residui dopo interventi previsti dal presente Piano	Standard nazionale ex art. 6 comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012	PL ulteriori da riconvertire nel corso del 2010 (dopo verifica coerenza dati NSIS con stato dell'offerta)
		Riconduzione dell'offerta degli erogatori privati alla dotazione contrattualizzata nel corso del 2009	Numero posti letto equivalenti all'attività inappropriata erogata nel 2009	Totale			
ACUTI	19.234	0	368	368	18.866	18.568	298
RIABILITAZIONE	4.298	228	888	1116	3.182	3.095	87
LUNGODEGENZA	1.467	163	359	522	945	844	101
TOTALE	24.999	391	1.615	2.006	22.993	22.507	486

In virtù della contestuale carenza a livello regionale di posti letto di RSA si prevede di avviare già dal 2010 l'attivazione di un numero di posti letto ricompreso tra il totale dei posti letto di lungodegenza medica disattivati ai sensi del presente Piano (522) e la carenza di offerta rispetto al fabbisogno (5837).

Previsione di successivi interventi di riordino sulla rete ospedaliera

In considerazione delle variazioni all'offerta ospedaliera di cui al presente Piano e delle possibili variazioni degli standard di riferimento nazionali previsti dall'art. 6 del Patto per la Salute 2010-2012, si prevede di effettuare entro il 30 giugno la verifica dei dati NSIS al 1 gennaio 2010 e di adottare entro il 2010 i seguenti ulteriori provvedimenti:

- ✓ Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere, di cui la maggior parte previste dal PSR 2010-2012, con disattivazione dell'offerta non ricompresa all'interno delle reti:
 - Rete assistenza perinatale (entro 30 giugno 2010);
 - Rete oncologica (entro 30 giugno 2010);
 - Rete malattie infettive (entro 30 giugno 2010);
 - Rete dell'emergenza (entro 31 luglio 2010);
 - Rete assistenza all'ictus cerebrale acuto (entro 31 luglio 2010);
 - Rete assistenza al trauma grave e neuro trauma (entro 31 luglio 2010);
 - Rete assistenza cardiologica (entro 31 luglio 2010);
 - Rete all'assistenza in chirurgia maxillo-facciale (entro 31 luglio 2010);
 - Rete dell'assistenza in chirurgia plastica (entro 31 luglio 2010);
 - Rete dell'assistenza in chirurgia della mano (entro 31 luglio 2010);
- ✓ Piano di riorganizzazione della rete delle Malattie emorragiche congenite (entro 30 giugno 2010).
- ✓ Piano di riorganizzazione della rete del dolore e delle cure palliative (entro 30 settembre 2010).
- ✓ Piano per il riequilibrio territoriale dell'offerta ospedaliera e di accorpamento dei reparti duplicati con conseguente riduzione delle unità complesse e semplici (entro 31 dicembre 2010).
- ✓ Provvedimento di definizione degli elementi di riferimento per l'articolazione dell'offerta di RSA nei diversi livelli prestazionali e degli elementi propedeutici alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione (entro 31 ottobre 2010).
- ✓ Piano per la riorganizzazione dell'offerta di RSA (entro 30 novembre 2010)
- ✓ Provvedimento per l'introduzione dell'obbligatorietà della registrazione del Determinante Clinico/Quesito Diagnostico per le prescrizioni di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione (entro il 30 giugno 2010).
- ✓ Piano per la riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale relativa all'attività di Medicina Fisica e Riabilitazione (entro il 31 dicembre 2010).
- ✓ Provvedimento di definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale (entro 31 ottobre 2010).
- ✓ Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento ex art. 26. (entro 31 dicembre 2010).