



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 53/8 del 27.12.2007

## **Attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione: parametri di fabbisogno e sistema di remunerazione.**

### **Indice**

1. Premessa
2. Quantificazione del bisogno di assistenza
3. Sistema di remunerazione
4. Attività di riabilitazione socio sanitaria e compartecipazione al costo
5. La nuova rete delle strutture di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria
6. Modalità operative e attività delle U.V.T.
7. Modelli specifici di intervento
8. Fase di transizione: garanzia della continuità dell'assistenza
9. Aspetti contrattuali ed economici
10. Commissione tecnica consultiva

### **1. Premessa**

La Deliberazione della Giunta regionale n. 8/16 del 28.2.2006 ha adottato linee di indirizzo per la riorganizzazione della riabilitazione in Sardegna, definendo le tipologie di strutture e le modalità per l'erogazione delle prestazioni di tipo sanitario e socio sanitario. In particolare, tale deliberazione ha precisato:

- i principi in materia di riabilitazione;
- la rete delle strutture sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- le modalità operative di accesso e di dimissione, compresi i criteri di appropriatezza delle prestazioni e i progetti e i programmi riabilitativi;
- i criteri e le azioni da adottare per la riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione

La succitata Delib.G.R. stabilisce inoltre che, nel medio periodo, sia prevista:

- la quantificazione del bisogno assistenziale, basata su valutazioni di tipo epidemiologico e verifica delle situazioni esistenti;
- la pianificazione della rete complessiva, con l'identificazione delle tipologie di prestazioni e di strutture necessarie, anche tenendo conto dell'offerta del settore socio assistenziale, della distribuzione territoriale delle strutture e delle caratteristiche orografiche e della viabilità;
- la riclassificazione dei centri esistenti, sulla base dei nuovi criteri di autorizzazione e di accreditamento delle strutture di riabilitazione e delle tipologie di strutture individuate nel provvedimento;
- la revisione dei criteri di remunerazione, con la previsione di tariffe differenziate in relazione alla tipologia delle strutture e delle prestazioni.

Successivamente alla Delib.G.R n. 8/16 del 28.2.2006, sono stati attivati numerosi interventi nell'area della integrazione sociosanitaria volti a costituire, a livello regionale, le condizioni per una nuova e più qualificata capacità di presa in carico globale dei bisogni della persona e della famiglia con problemi di disabilità nelle diverse fasi dell'intervento assistenziale, riabilitativo e di integrazione sociale e lavorativa.

Con il presente documento si intende integrare il quadro di riferimento per la riorganizzazione della rete di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria, la quale comprende attualmente le seguenti realtà:

- strutture private, temporaneamente accreditate, che erogano prestazioni di riabilitazione globale ex art. 26 Legge 833/78 in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- strutture private, temporaneamente accreditate, che erogano prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa secondo il D.M. 22 luglio 1996 recepito con D.G.R. 19/16 del 28 aprile 1998 e successive modifiche ed integrazioni;
- strutture riabilitative territoriali pubbliche che erogano in prevalenza prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa e in minore misura attività di riabilitazione globale;
- centri per l'età evolutiva inseriti nelle Unità Operative di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che erogano prestazioni di riabilitazione globale;
- presidi ospedalieri, pubblici e privati, che erogano prestazioni di ricovero in regime di post-



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

acuzie, nella disciplina di recupero e riabilitazione funzionale (codice 56) e prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa.

Il ritardato recepimento delle Linee-Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 1998, delle disposizioni del Decreto Legislativo n. 229/99 e del D.P.C.M. 14 febbraio 2001 concernente "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", attuato con la succitata DGR n. 8/16 del 28.2.2006 ha comportato, negli anni antecedenti, il diffondersi di fenomeni di inadeguatezza e di inappropriatazza delle risposte sanitarie e sociosanitarie di tipo riabilitativo, con ricadute negative sulla efficienza ed efficacia degli interventi.

L'assenza per diversi anni di strutture quali le Residenze Sanitarie Assistenziali e le difficoltà riscontrate dai Comuni (nonostante la specifica previsione nel Piano Socio Assistenziale 1998-2000) nella erogazione continuativa di prestazioni di carattere socio-assistenziale hanno aggravato la situazione di erogazione impropria delle prestazioni e delle strutture riabilitative.

### **2. Quantificazione del bisogno di assistenza**

La quantificazione del bisogno di assistenza, effettuata sulla base di valutazioni di tipo epidemiologico e delle situazioni esistenti, costituisce uno dei punti qualificanti del processo di riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa in Sardegna. A tal fine si è proceduto con un insieme di elementi, a partire dalle caratteristiche dell'attività attualmente svolta e delle risposte fornite.

#### 2.1 Rilevazione dei pazienti inseriti nelle diverse tipologie di trattamento

Sulle base delle indicazioni della Delib.G.R. n. 8/16 del 28.2.2006, nel giugno del 2006 è stata effettuata una rilevazione di tutti gli assistiti inseriti nei centri pubblici e privati della rete territoriale, distinti per tipologie di trattamento. Il fine dell'indagine è stata quella di descrivere le caratteristiche dell'utenza, sotto il profilo demografico e clinico, rilevare le differenti tipologie assistenziali e l'intensità delle cure per classi di assistenza e centro riabilitativo, trarre indicazioni sulla effettiva appropriatezza dei programmi di trattamento in relazione alla prognosi riabilitativa degli assistiti. L'analisi effettuata, pur con alcune incompletezze, consente di avanzare diverse considerazioni utili ai fini programmatori, di seguito riassunte.

L'utenza censita, pari a 7.597 assistiti, risulta inserita in regime ambulatoriale nel 47,8% dei casi, in regime domiciliare nel 40,4%, mentre usufruisce di trattamenti in regime di seminterrato nel 6,5% e internato nel 5,3%.

La distribuzione per grandi ambiti di patologia evidenzia che il 30% degli assistiti presenta una o più diagnosi attribuibili a problematiche connatali; il 20% relative a problematiche neurologiche di tipo degenerativo; il 25% correlate a danni neurologici intercorrenti, generalmente di tipo vascolare. Relativamente alle problematiche connatali, si rileva che circa il 40% degli assistiti presenta



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

caratteristiche di alto impegno riabilitativo. In riferimento al secondo raggruppamento diagnostico (problematiche neurologiche di tipo degenerativo), le patologie prevalenti sono riferibili a diagnosi di Sclerosi multipla e Sindrome di Parkinson. La quota rimanente si distribuisce su varie patologie, prevalentemente neurologiche ed ortopediche.

Con riguardo alla composizione per classe di età degli assistiti, l'analisi evidenzia che i soggetti in età evolutiva (suddivisi in tre fasce: 0-5, 6-12, 13-18 anni) sono il 23% circa; la grande maggioranza degli inserimenti in queste classi di età è attribuibile a diagnosi connesse a problematiche connatali. Si constata una distribuzione non uniforme nelle tre classi di età perché nella fascia 6-12 hanno maggiore influenza i soggetti con disturbo di apprendimento (39% del campione in quella fascia di età).

Circa il 22% degli assistiti inseriti in centri di riabilitazione appartiene alla fascia di età compresa tra i 19 e i 55 anni. La patologia più rappresentata in questa classe di età è la sclerosi multipla (29%). Gli inserimenti legati a patologie vascolari cerebrali sono il 4%. Il 27% è rappresentato da soggetti con diagnosi implicanti l'insufficienza mentale, l'8% da soggetti con diagnosi di tetraparesi infantile. Nelle tre fasce successive (età 56-65, 66-75, oltre 75 anni) si constata un progressivo accentuarsi delle patologie vascolari cerebrali e delle patologie degenerative, quali il Parkinson e la Sclerosi multipla.

Il regime domiciliare è molto rappresentato (40,4% dell'utenza), con quote progressivamente crescenti nelle fasce più anziane. Nella fascia di età 19-55, gli utenti più rappresentati tra quelli che usufruiscono di trattamenti domiciliari, sono affetti da sclerosi multipla, mentre nelle fasce 66-75 anni e oltre 75 anni le tipologie assistenziali più rappresentate sono quelle riferibili a esiti di patologie vascolari e al morbo di Parkinson.

Il seminternato è un regime quasi esclusivamente riservato alla fasce d'età 13-18 e 19-55 anni. La quasi totalità dei casi è riferita a soggetti con diagnosi connesse a quadri deficitari.

Molti utenti ricevono un solo tipo di trattamento, e non un trattamento globale. Il fenomeno è presente in tutte le fasce di età: nella fascia adolescenziale è frequente riscontrare assistiti inseriti in seminternato che fruiscono di un solo trattamento; nella fascia dell'età adulta (19-55 anni) il fenomeno si rileva sia in regime ambulatoriale sia in quello domiciliare, per soggetti con deficit cognitivo, paralisi cerebrale infantile, ma soprattutto, sclerosi multipla; anche nei programmi eseguiti in regime di internato e seminternato, si è potuto rilevare un numero significativo di monotrattamenti, di norma per patologie che comportano quadri deficitari. Nelle fasce di età successive il fenomeno continua ad essere presente, in modo accentuato nel regime domiciliare.

L'internato e il seminternato sono in prevalenza utilizzati da utenti con bisogni definibili come socio sanitari e spesso come socio-assistenziali.

Con riguardo alla prognosi riabilitativa della totalità degli assistiti, la valutazione effettuata dagli stessi centri erogatori, mette in evidenza come il 52% dei trattati presenti una prognosi di recupero minima o nulla e che almeno l'11% degli inserimenti è ritenuto inappropriato.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La sintesi illustrata consente di confermare alcune delle caratteristiche dell'attuale sistema territoriale di riabilitazione globale presente in Regione:

- una insufficiente possibilità di accesso da parte degli assistiti a programmi riabilitativi di adeguata intensità nella fase post-acuta, sia nel regime continuativo sia nel regime ambulatoriale della rete territoriale;
- un elevato utilizzo del regime domiciliare, per periodi eccessivamente lunghi, con frequenti interventi che presentano esclusivamente caratteristica di mantenimento o contrasto di situazioni involutive;
- una netta prevalenza di richieste di natura socio sanitaria, e spesso socio-assistenziale, nei regimi di seminternato e internato per l'utenza inserita nell'attuale rete di riabilitazione territoriale e una scarsa differenziazione nella collocazione degli utenti, con conseguente inappropriata degli interventi;
- un insufficiente trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale, per alcune gruppi di patologia, quali utenti post-acuti e soggetti in età evolutiva (autismo, deficit cognitivi importanti) che potrebbero giovare di trattamenti di maggior intensità, anche per periodi più brevi;
- una parziale inadeguatezza della rete ospedaliera.

I dati relativi alla distribuzione dell'utenza, in linea con i valori della spesa pro capite nelle diverse ASL, attestano la non uniforme distribuzione delle attività di riabilitazione sul territorio regionale.

L'analisi effettuata, unitamente ad altre valutazioni, ha fornito elementi per la definizione dei parametri di fabbisogno, intesi come parametri di riferimento per la quantificazione delle attività da garantire in ambito riabilitativo all'interno dei livelli di assistenza.

### 2.2 Ulteriori elementi rilevanti per la definizione del fabbisogno

Ai fini della valutazione del fabbisogno di assistenza, costituiscono elementi ulteriori per la definizione dei parametri di bisogno:

- l'analisi epidemiologica relativa ai ricoveri effettuati dagli assistiti/residenti della Regione Sardegna negli anni 2001-2006, rilevati dalla banca dati SDO regionale;
- la crescita della dotazione ospedaliera di posti letto di post-acuzie, in particolare per la disciplina recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), realizzata nel corso dell'anno 2007 e programmata per gli anni successivi (DGR 15/22 del 2007 "Misure transitorie per i potenziamento delle attività di ricovero in regime post acuzie"; DGR 47/17 del 2007 "Riorganizzazione e potenziamento delle attività di riabilitazione globale nelle strutture pubbliche");
- lo sviluppo della rete territoriale pubblica delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria (DGR 44/10 del 2007 "Programma straordinario di Interventi per l'autismo e i disturbi pervasivi dello sviluppo")



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la riorganizzazione della rete assistenziale delle RSA conseguente alla DGR 25/6 del 13.06.2006, “Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e Centri diurni”;
- gli interventi realizzati nel 2006 e 2007 a supporto della “non autosufficienza” (DGR 27/41 del 2007 “Fondo per la non autosufficienza. Prima attuazione dell’art. 34, comma 4 lettera a) della L.R. 29 maggio 2007”; DGR 30/34 del 2007 “Fondo per la non autosufficienza: interventi immediati di sostegno a favore di particolari condizioni di non autosufficienza”; DGR 44/11 del 2007 “Fondo per la non autosufficienza: potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di valutazione territoriale”; DGR 44/13 del 2007 “Fondo per la non autosufficienza: sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell’aiuto di un assistente familiare”; DGR 51/37 del 2007 “Fondo per la non autosufficienza: finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con disabilità gravi e avvio del programma regionale a favore degli anziani non autosufficienti”) e la riorganizzazione della rete delle cure domiciliari (DGR 47/16 del 2006 “Riorganizzazione e attuazione dell’Assistenza domiciliare Integrata. Finanziamento di progetti operativi”; DGR 51/49 del 20 dicembre 2007 “Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate”);
- gli interventi di progettazione integrata correlati alla adozione dei PLUS a livello distrettuale e a sostegno dell’integrazione socio-sanitaria (DGR 7/5 del 2006 “Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale”; DGR 23/30 del 2006 “Linee guida per l’avvio dei Piani locali unitari dei servizi alla persona”; DGR 27/44 del 2007 “Linee di indirizzo per la costituzione e il finanziamento degli Uffici per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona”; DGR 46/7 del 2007 “Azioni di integrazione socio-sanitaria”; DGR 51/47 del 2007 “Azioni di integrazione socio-sanitaria”).

L’analisi complessiva di tali elementi fornisce un quadro d’insieme della domanda e dell’offerta di prestazioni di riabilitazione che, per quanto suscettibile di ulteriori miglioramenti, consente di individuare parametri tendenziali, funzionali ad una migliore organizzazione dei servizi e a una più equilibrata distribuzione dell’attività a livello regionale.

### 2.3 Parametri di riferimento per le attività di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria

Sulla base degli elementi di cui sopra, il presente provvedimento definisce parametri di riferimento del bisogno di assistenza riabilitativa, quali strumenti basilari per la programmazione delle attività a livello regionale e delle singole ASL, con l’obiettivo di garantire livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale.

La tabella 1 riporta, per le diverse tipologie di attività di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria, così come definite nell’Allegato 1 alla deliberazione n. 8/16 del 26.02.2006, il parametro di riferimento del bisogno di assistenza espresso in numero di prestazioni/anno per 1.000 abitanti; per maggiore chiarezza, la tabella 1 riporta anche il numero totale di prestazioni programmabili in un anno a livello



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

regionale, calcolato applicando i parametri di riferimento alla popolazione residente rilevata dall'Istat il primo gennaio 2007.

Il numero totale di prestazioni programmabili in un anno, in relazione alla popolazione regionale, costituisce il riferimento per le prestazioni complessivamente erogabili dalle strutture pubbliche e private della Regione. Esso dovrà essere raggiunto progressivamente, con l'obiettivo di perseguire uniformità di risposta e riequilibrio nell'offerta nei vari ambiti del territorio regionale. A tal fine, le ASL dovranno porre particolare attenzione nella stima dell'offerta delle strutture pubbliche e nella programmazione delle prestazioni da acquisire dagli erogatori privati.

**Tabella 1**

### **Parametri di riferimento di bisogno di assistenza riabilitativa sanitaria e sociosanitaria**

<b>Tipologia di prestazioni</b>	<b>Prestazioni/anno per 1000 abitanti</b>	<b>Prestazioni totali anno (pop. Istat 1.1.2007)</b>
Riabilitazione globale a ciclo continuativo, alta intensità	10	16.590 - giornate
Riabilitazione globale a ciclo continuativo	20	33.180 - giornate
Ambulatoriale intensiva	80	132.750 - prestazioni
Ambulatoriale estensiva	130	215.720 - prestazioni
Domiciliare	80	132.750 - prestazioni
Mantenimento (di cui: 50%ambul. e 50% domiciliare)	35	58.080 - prestazioni
Riabilitazione disabili psichici diurna	22	36.500 - giornate
Riabilitazione disabili psichici a ciclo continuativo	4	6.630 - giornate
Diurno a valenza socioriabilitativa	50	82.970 - giornate
Residenziale a valenza socioriabilitativa (di cui max 10% per pazienti ad alto bisogno assistenziale)	65	107.860 - giornate (di cui max 10.780 gg per pazienti ad alto bisogno assistenziale)

Al fine di favorire un percorso di graduale avvicinamento ai parametri regionali di cui sopra, in particolare per le prestazioni che presentano attualmente maggiori divari – in più e in meno - rispetto al valore tendenziale, è definita una fase di transizione che prevede, per l'anno 2008, i seguenti valori intermedi:

- il parametro relativo alle prestazioni domiciliari è fissato in 130 prestazioni per anno (valore tendenziale: 80),
- il parametro per la riabilitazione dei disabili psichici in regime diurno è fissato in 15 prestazioni per anno (valore tendenziale: 22)



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- il parametro per il regime diurno a valenza socioriabilitativa è fissato in 55 prestazioni per anno (valore tendenziale: 50).

### 3. Sistema di remunerazione

La DGR n. 8/16 del 26.02.2006 ha previsto l'individuazione delle tariffe da corrispondere agli erogatori di prestazioni di assistenza riabilitativa, differenziate in relazione alle diverse tipologie di strutture e alle diverse prestazioni da erogare.

Ai fini della determinazione delle tariffe predefinite, ai sensi della normativa vigente, l'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza Sociale ha messo in atto un'analisi dei costi di produzione delle diverse tipologie di attività, tenuto conto delle componenti essenziali di costo ordinariamente sopportate da un erogatore standard. La stima è stata effettuata sulla base delle risorse strutturali, organizzative e tecnologiche assorbite dalle diverse tipologie erogative, in coerenza con i parametri di cui all'Allegato 2 alla presente deliberazione e tenuto conto di quanto previsto nei contratti collettivi di lavoro, comprese le spese generali, con riferimento a volumi di attività coerenti con quanto disposto dai provvedimenti regionali di riorganizzazione della rete di assistenza. I risultati di tali analisi sono stati raffrontati, a parità di prestazioni assistenziali, con i valori tariffari in vigore nel 2007, opportunamente rivalutati per tener conto dell'aumento dei costi di produzione intervenuto nel corso degli anni.

Il sistema di remunerazione che ne risulta, ampiamente discusso e approfondito con gli erogatori pubblici e privati del settore, definisce il corrispettivo predeterminato da corrispondere, a fronte dell'erogazione delle attività elencate, ai soggetti che erogano assistenza riabilitativa sanitaria e sociosanitaria, ai sensi della normativa vigente.

La tabella 2 riporta le tipologie di prestazioni erogabili ai sensi dell'Allegato 1 della succitata deliberazione nonché le rispettive tariffe predefinite, con la sola esclusione della tariffa per attività di riabilitazione globale a ciclo continuativo ad alta intensità che sarà individuata con successivo provvedimento.

Tenuto conto del percorso previsto per l'attuazione del presente provvedimento (cfr. successivo punto 8), il nuovo regime tariffario entra in vigore a decorrere dal 1 aprile 2008.

**Tabella 2**

#### **Tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria**

<b>Tipologia di prestazione</b>	<b>Euro</b>
Riabilitazione globale a ciclo continuativo alta intensità	da determinare succ. provved.
Riabilitazione globale a ciclo continuativo	146,00 / giorno
Ambulatoriale intensiva	56,00 / prestaz.
Ambulatoriale estensiva	39,00 / prestaz.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Domiciliare	41,00 / prestaz.
Mantenimento: - ambulatoriale	19,00 / prestaz.
- domiciliare	26,00 / prestaz.
Riabilitazione disabili psichici diurna	86,00 / giorno
Riabilitazione disabili psichici a ciclo continuativo	133,00 / giorno
Diurno a valenza socioriabilitativa	67,00 / giorno
Residenziale a valenza socioriabilitativa	104,00 / giorno
- di cui per pazienti alto bisogno assistenziale (max 10%)	118,00 / giorno

#### 4. Attività di riabilitazione socio sanitaria e compartecipazione al costo

Le attività di riabilitazione sociosanitaria riguardano quella parte del processo riabilitativo dove gli interventi sanitari si integrano con gli interventi sociali. Tali attività, individuate nell'allegato 1C al DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza: Area dell'Integrazione socio-sanitaria", prevedono la compartecipazione al costo della prestazione, da parte degli utenti e/o dei Comuni, per la componente sociale degli interventi erogati. Gli interventi sanitari sono pertanto a carico del servizio sanitario Regionale, mentre gli interventi sociali sono a carico dell'utente e/o del Comune di residenza.

Sulla base delle indicazioni contenute nel succitato DPCM, la compartecipazione è definita secondo le seguenti percentuali:

Tipologia di prestazione	% a carico SSR	% a carico utente/ Comune
Residenziale a valenza socioriabilitativa	40% della tariffa	60% della tariffa
Residenziale a valenza socioriabilitativa per pazienti alto bisogno assistenziale	70% della tariffa	30% della tariffa
Diurno a valenza socioriabilitativa	70% della tariffa	30% della tariffa

Al fine di garantire omogenea ed adeguata applicazione della ripartizione degli oneri fra sociale e sanitario, le Asl attivano idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del presente provvedimento (si veda il successivo punto 8).

#### 5. La nuova rete delle strutture di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria

La rete di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria, individuata nella DGR n. 8/16 del 26.02.2006, sarà realizzata in modo compiuto attraverso un percorso di graduale e progressiva attuazione, articolato in più fasi.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nella prima fase la rete è costituita dalle strutture di riabilitazione territoriale pubbliche e private e dalle strutture di riabilitazione ospedaliera attivate ed in corso di attivazione.

Sulla base dei parametri definiti in tabella 1, saranno successivamente individuate le strutture pubbliche e private destinate allo svolgimento di attività di riabilitazione globale a ciclo continuativo, nonché le strutture per la riabilitazione dei disabili psichici a ciclo continuativo e diurno (queste ultime finalizzate a dare significativo impulso al percorso di inserimento lavorativo di giovani adulti con disabilità intellettiva non grave).

Con riferimento alla riabilitazione dei disabili psichici, le strutture a ciclo continuativo e diurno saranno individuate tenuto conto della elevata specializzazione necessaria per perseguire con efficacia le finalità riabilitative previste.

Le altre tipologie assistenziali possono essere direttamente erogate dalle strutture temporaneamente accreditate, tenendo conto delle tipologie di attività precedentemente svolte.

Dovrà essere, inoltre, tenuta in considerazione la rete di strutture prevista dalla L.R. n. 23/2005 e delle nuove prospettive offerte dalla progettazione integrata, che consentono di dare risposta a bisogni con prevalente natura sociale.

I parametri indicati in tabella 1 saranno oggetto di monitoraggio e valutazione e potranno essere adeguati sulla base delle esigenze documentate dalle ASL attraverso successivi atti di programmazione regionale.

### **6. Modalità operative e attività delle U.V.T.**

Ai fini del presente provvedimento, assume particolare rilievo l'attività delle UVT, Unità di Valutazione Territoriale, le quali devono operare in maniera puntuale per la valutazione e verifica del tipo di bisogno dell'assistito, utilizzando strumenti e modalità operative multiprofessionali e multidimensionali.

Si ribadisce, pertanto, la necessità di procedere in tutte le Aziende con le modalità di valutazione delle problematiche proposte dall'utente e di accesso alle strutture di riabilitazione, nei modi e nei tempi previsti dalle deliberazioni di Giunta n. 8/16 del 28.2.2006, n. 7/5 del 21.2.2006 e n. 44/11 del 31.10.2007.

Si ritiene altresì di dover ribadire la necessità che le strutture provvedano alla regolare compilazione di un puntuale, articolato e completo progetto/programma riabilitativo che consenta di disporre costantemente di un documento che inquadri funzionalmente ed in modo dinamico la situazione dell'utente e che possa essere strumento di valutazione interna per la struttura (pubblica o privata) che ha in carico l'utente e di valutazione esterna da parte delle UVT competenti.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 7. Modelli specifici di intervento

Con riferimento ad alcune modalità di intervento delineate nella DGR n. 8/16 del 28.02.2006, si riportano di seguito indicazioni operative riferite a tre specifici modelli di intervento.

#### 7.1 Riabilitazione intensiva ambulatoriale

La Delib.G.R. n. 8/16 del 28.2.2006 prevede la possibilità di effettuare attività di riabilitazione intensiva ambulatoriale. Tale tipologia di riabilitazione trova indicazione nelle situazioni di post-acuzie come intervento da effettuare nella fase di massima possibilità di recupero, sia come primo intervento che come prosecuzione di intervento iniziato in regime continuativo. Nell'età evolutiva l'inserimento in riabilitazione ambulatoriale intensiva va riservato alle condizioni connotate da un elevato grado di disabilità emendabile o nelle condizioni in cui tale tipo di intervento consenta di prevenire maggiori livelli di disabilità (es. autismo). Nella età adulta l'intervento ha una durata non superiore ai 120 giorni; per l'età evolutiva non superiore ai 180 giorni.

#### 7.2 Mantenimento

La Delib.G.R. n. 8/16 del 28.2.2006 prevede specificamente la tipologia del *mantenimento*: al riguardo si intende una prestazione finalizzata al contenimento dell'evoluitività e al mantenimento di abilità residue in disabili globali, finalizzata a rimodulare e riqualificare la diagnosi funzionale e a realizzare il progetto integrato socio-sanitario; si caratterizza con un massimo di sessanta trattamenti nel corso di un anno e prevede una valutazione multidimensionale iniziale ed una conclusiva.

#### 7.3 Regime continuativo a valenza socio riabilitativa per pazienti con alto bisogno assistenziale

Per quanto attiene la riabilitazione effettuata dai centri residenziali a valenza socio riabilitativa, si prevede la possibilità di inserire, con assetti organizzativi distinti, persone con grave disabilità connotata da significative turbe comportamentali (es: soggetti deambulanti con deficit intellettivo e patologie psichiatriche di innesto), non rispondenti alle comuni terapie riabilitative e/o farmacologiche e che pertanto necessitano della presenza costante di una figura di riferimento; in relazione a tale tipologia di pazienti si stima un fabbisogno non superiore al 10% delle giornate di assistenza a ciclo continuativo a valenza socio riabilitativa.

### 8. Fase di transizione: garanzia della continuità dell'assistenza

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza erogata alle persone assistite dalle strutture pubbliche e private attualmente in attività nonché di evitare ogni disagio all'utenza, le strutture



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

transitoriamente accreditate proseguono la presa in carico dei pazienti secondo le nuove tipologie assistenziali.

La Regione, entro il 31 gennaio 2008, completa la riclassificazione delle strutture pubbliche e private, transitoriamente accreditate, con l'individuazione delle tipologie di prestazioni effettuabili presso ognuna di esse; definisce inoltre il sistema di compartecipazione dell'utente, prevedendo il diretto coinvolgimento dei Comuni.

In attesa della definizione dei nuovi criteri di autorizzazione e di accreditamento, di cui alla L.R. n. 10 del 28.7.2006, le strutture private temporaneamente accreditate, entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento di riclassificazione, presentano all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e alla ASL di pertinenza l'attestazione della conformità dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dall'allegato 2 alla presente deliberazione. Tale attestazione dovrà essere allegata ai contratti di cui al punto successivo. Le strutture pubbliche dovranno trasmettere la medesima attestazione all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Entro il 15 febbraio 2008, le ASL, anche sulla base della riclassificazione dei pazienti condotta nell'anno 2007, provvedono ad informare gli utenti e i rispettivi comuni di residenza, in relazione alla tipologia assistenziale con la quale il paziente dovrà essere preso in carico, al fine di consentire, ove necessario, al sistema socio assistenziale la condivisione dell'inserimento, e l'attivazione di modalità di compartecipazione al costo come previsto dal DPCM 29 novembre 2001, e/o l'eventuale valutazione di soluzioni alternative.

L'Assessorato si impegna a garantire ai Comuni, tenuti a intervenire a favore dei soggetti economicamente più deboli, le risorse necessarie a coprire i maggiori oneri derivanti dalla corretta applicazione del presente provvedimento, in coerenza con quanto previsto nell'Accordo Regione Sardegna – Anci 15 dicembre 2004 di cui alla deliberazione della Giunta regionale 52/12 del 15 dicembre 2004 di recepimento del DPCM 29 novembre 2001, secondo modalità analoghe a quelle previste per l'anno 2007 e con l'obiettivo di uniformare le modalità di valutazione della condizione economica dell'assistito.

Tenuto conto degli adempimenti previsti per l'attuazione del presente provvedimento, il nuovo regime tariffario entra in vigore a decorrere dal 1 aprile 2008.

### **9. Aspetti contrattuali ed economici**

Sulla base dei contenuti del presente documento, le ASL, entro il 31.1.2008, provvedono a definire per l'anno 2008 il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria, e determinano, tenuto conto della quota di attività direttamente erogata dalle strutture pubbliche, i volumi di attività da acquisire dagli erogatori privati, temporaneamente accreditati.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Previa verifica delle attestazioni di conformità di cui al punto 8, entro 90 giorni dall'emanazione del presente provvedimento, le ASL e gli erogatori privati rimodulano i contratti precedentemente stipulati ai sensi dell'articolo 30 della L.R. 10/2006, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con la Delib.G.R. n. 53/19 del 20.12.2006.

### **10. Commissione tecnica consultiva**

La Commissione tecnica consultiva, istituita con Decreto n. 10 del 17.5.2006, prosegue l'attività per il completamento degli obiettivi individuati dalla Deliberazione n. 8/16 del 28.2.2006, in particolare per la proposta di linee guida e di strumenti per la valutazione.