



REGIONE TOSCANA  
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 26-03-2018 (punto N 29)**

Delibera N 309 del 26-03-2018

*Proponente*

STEFANIA SACCARDI  
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)*

*Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI*

*Estensore MARCO TAGLIAFERRI*

*Oggetto*

Organizzazione di setting di assistenza residenziale territoriale per persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta - subacuta e per persone in fase di esiti

*Presenti*

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO	FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO
STEFANIA SACCARDI	MONICA BARNI	

*Assenti*

MARCO REMASCHI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	SUAP

*STRUTTURE INTERESSATE*

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

## LA GIUNTA REGIONALE

Richiamata la Legge Regionale n.40/2005 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e ss.mm.ii. e in particolare l'art. 3, relativo ai principi costitutivi, nel quale si afferma l'universalità e la parità di accesso per tutti gli assistiti ai servizi sanitari e ai livelli uniformi e essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione nazionale e regionale;

Visto l'Accordo sancito in data 5 maggio 2011 (repertorio atti n.44/CU) in sede di Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", con il quale:

- sono esaminati aspetti di diagnosi, cura e assistenza delle persone in condizione di stato vegetativo (SV) e in stato di minima coscienza (SMC), contestualizzandoli all'interno dei percorsi assistenziali per le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA);
- viene richiesto alle Regioni di definire formalmente percorsi assistenziali omogenei per le persone in SV o SMC, prospettati in una logica di rete integrata e partendo da quanto già attuato e in particolare dalle eventuali positive esperienze già realizzate nel proprio territorio;
- viene raccomandato di tenere come riferimento costante la centralità del paziente e di strutturare varie fasi di presa in carico, articolate tra funzioni di tipo intensivo-subintensivo, postacute e croniche, che comprendano anche modelli per pazienti "slow to recover" e "a bassa responsabilità protratta";

Preso atto che la Giunta Regionale già con delibera n.599 del 13 luglio 2009 aveva approvato il documento proposto dal Consiglio Sanitario Regionale "Percorso assistenziale delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite", con l'obiettivo di implementare e rendere omogenee sul territorio regionale le reti di assistenza garantite dalle aziende sanitarie alle persone con grave cerebrolesione acquisita, tra le quali anche quelle in condizione di stato vegetativo e in stato di minima coscienza, e che i contenuti di tale atto di programmazione risultano coerenti con le previsioni del suddetto Accordo;

Considerato che con la medesima delibera sono state definite le varie fasi dello specifico iter assistenziale, sono stati individuati i criteri di trasferibilità dei pazienti tra le singole fasi del percorso ed è stata elaborata una stima di fabbisogno dei posti letto necessari, a livello regionale, per garantire un adeguato standard di appropriatezza agli interventi e migliorare l'offerta delle opportunità di cura;

Preso atto che la Giunta Regionale con delibera n.303 del 16 aprile 2012 ha formalmente recepito il suddetto Accordo sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", dando mandato alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per la adozione delle iniziative di implementazione e monitoraggio delle azioni nello stesso previste;

Rilevato che il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione C.R. 5 novembre 2014, n.91 e ancora in vigore ai sensi dell'articolo 4, della Legge Regionale 80/2017, al punto 2.3.4.3 "la riabilitazione" prevede che debba essere dedicata particolare attenzione allo sviluppo di azioni mirate a garantire una presa in carico integrata dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) e delle persone in stato vegetativo (SV) o

in stato di minima coscienza (SMC), ed individua come obiettivi della programmazione regionale lo sviluppo di percorsi strutturati e lineari, a partire dalla fase acuta fino alle fasi degli esiti, che garantiscano la tempestività nell'intervento riabilitativo, la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione della situazione clinica del paziente ed il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso;

Considerato che il medesimo PSSIR evidenzia, in riferimento alle persone con grave disabilità e con necessità di assistenza continuativa o in condizione di stato vegetativo o di minima coscienza, quale obiettivo primario, quando possibile, il rientro al domicilio e nel proprio contesto familiare, con il supporto prioritario dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei servizi socio assistenziali territoriali, e prevede comunque indispensabile, nelle fasi degli esiti, l'organizzazione di unità assistenziali di tipo residenziale, da attivare in strutture extraospedaliere, utilizzando risorse presenti nel settore pubblico e/o privato accreditato e privilegiando lo sviluppo di esperienze già maturate sul territorio regionale;

Tenuto conto che il suddetto documento di programmazione sanitaria regionale stabilisce che la scelta della soluzione assistenziale più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in SV o in SMC e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi aziendali, condivisa con le famiglie, ed essere monitorata e rivalutata nel tempo e che, anche al fine dell'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, dovrà essere prevista a livello di Area Vasta una riorganizzazione dell'offerta assicurata dalle strutture accreditate, con individuazione di specifici livelli di intervento, sostenendo anche in via sperimentale la realizzazione di nuove progettualità locali che possono prevedere riconversioni di strutture socio-sanitarie e extraospedaliere già esistenti;

Preso atto che con delibera G.R. n.464 del 28 maggio 2012 è stato approvato un progetto presentato dalla Azienda USL 6 di Livorno per la sperimentazione di attività di assistenza sanitaria residenziale alle persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza da realizzare presso una struttura della Fondazione Cardinal Maffi, e che tale sperimentazione si è conclusa con una positiva valutazione della stessa, da parte dell'azienda USL territorialmente competente, in merito alle modalità di presa in carico e assistenza assicurata alle persone in SV o SMC;

Visto il Decreto 2 aprile 2015, n.70, adottato dal Ministero della Salute, che fissa gli standard relativi all'assistenza ospedaliera e al punto 10 - Continuità ospedale-territorio - afferma, perseguendo una logica di continuità assistenziale, la necessità del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza o la cui mancata organizzazione in rete ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale, ed evidenzia la necessità dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere al fine di regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, specificando che, in riferimento a questi ultimi, assume primaria importanza l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza;

Richiamata la delibera G.R. n.679 del 12 luglio 2016 con la quale sono approvati gli indirizzi regionali per l'effettiva costituzione in tutte le Zone-Distretto/SdS dell'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio, quale livello operativo territoriale, individuandone funzioni e compiti al fine di rafforzare il processo di handover nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio, sia nell'ambito della gestione del rischio clinico che nell'appropriata

individuazione dei setting assistenziali, assicurando il passaggio delle informazioni necessarie alla corretta presa in carico del paziente;

Evidenziato che la citata delibera GR n.679/2016 ha approvato la “Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa”, quale strumento unificato da utilizzare a regime, a livello regionale, per il supporto alle dimissioni dall’ospedale, con l’obiettivo di definire criteri e modalità omogenee di valutazione al fine di stabilire la gradazione della complessità assistenziale richiesta in fase di dimissione e di assicurare appropriatezza nella scelta dei successivi setting assistenziali;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art.1, comma7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502” nel quale viene indicata la necessità di individuare percorsi diagnostico terapeutici sia per il livello dell’assistenza ospedaliera sia per il livello dell’assistenza territoriale, ed in particolare l’art.29;

Richiamata la delibera G.R. n.1449 del 19 dicembre 2017 che approva il documento relativo al percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità e che indica la UVM disabilità quale equipe multidisciplinare di zona che costituisce punto di riferimento costante per la persona e per la famiglia, anche tramite la definizione e la regia del progetto di vita;

Considerato che, in armonia con le disposizioni dei citati D.M. n.70/2015 e D.P.C.M. 12 gennaio 2017, ai fini della piena attuazione sul territorio regionale della delibera G.R. n. 599/2009 e delle previsioni contenute nelle “Linee di indirizzo per l’assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza” risulta necessario completare i livelli di assistenza dedicati alle persone in SV e SMC già declinati con la suddetta delibera e definire l’organizzazione di setting residenziali di continuità assistenziale che possano assicurare una adeguata risposta ai bisogni delle persone in stato vegetativo, delle persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta-subacuta e delle persone in fase di esiti;

Preso atto che la programmazione sanitaria regionale ha già normato, con il “Regolamento di attuazione della Legge Regionale 5 agosto 2009, n.51 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n.79/R, l’organizzazione di due distinte tipologie di offerta nell’ambito dell’assistenza residenziale extraospedaliera, rappresentata dalle strutture residenziali normate nella sezione D.6 e dalle strutture residenziali normate nella sezione D.7 del medesimo Regolamento;

Stabilito che l’organizzazione aziendale debba prevedere, nell’ambito dell’offerta di assistenza residenziale territoriale, entrambi i setting residenziali indicati per la fase di evoluzione degli esiti (fase 3) nell’allegato A al presente atto, ovvero le Unità per Stati Vegetativi (USV) e le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che si contraddistinguono in base alla diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno presente;

Evidenziato che l’attivazione delle suddette unità residenziali territoriali consente una razionalizzazione dei percorsi sanitari di presa in carico delle persone in SV o SMC, favorendo

un più appropriato utilizzo, anche in termini di durata della degenza, dei setting ospedalieri sub-acute e riabilitativi di cod.75 e di cod.56 e determinando conseguentemente una più efficace allocazione delle risorse dedicate allo specifico ambito di intervento;

Stabilito di impegnare le Aziende sanitarie a monitorare i passaggi tra i differenti setting, da quelli ospedalieri a maggiore livello di intensità clinico-assistenziale a quelli territoriali a minor livello, verificando l'opportunità di una rivalutazione complessiva dell'offerta nei vari setting che consenta l'eventuale ridimensionamento della dotazione complessiva di posti letto ospedalieri;

Ritenuto di dover determinare le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di residenzialità rese nei due setting USV e SUAP sopra individuati, al fine di perseguire un'omogenea modalità gestionale a livello regionale di tale tipologia di interventi e di dare certezza al sistema anche con riferimento ai rapporti con i gestori, sia pubblici che privati accreditati;

Evidenziato che la definizione delle tariffe riportate nell'allegato A al presente atto deriva da un'analisi effettuata in base ad esperienze gestionali realizzate dalle aziende sanitarie toscane con riferimento all'erogazione di analoghe tipologie di interventi attivate nei propri territori;

Stabilito che l'assistenza erogata in entrambi i setting USV e SUAP definiti nell'allegato A al presente atto è a totale carico del Servizio sanitario nazionale, e che il percorso con presa in carico sanitaria, con oneri a totale carico del Ssn nei diversi setting assistenziali residenziali ospedalieri e territoriali, si conclude di norma entro i 2 anni dall'evento acuto;

Evidenziato che nella fase degli esiti stabilizzati (fase 4) è assicurata la presa in carico da parte dell'UVM disabilità che, sulla base di quanto previsto dalla L.R. n.66/2008:

- nel caso di impossibilità di rientro al domicilio della persona, attiva la risposta assistenziale sociosanitaria residenziale appropriata, con riferimento in particolare alle modalità assistenziali in RSA delineate con delibera G.R. n. 402/2004 e successivamente disciplinate dal Regolamento approvato con D.P.G.R. 9 gennaio 2018 n.2/R;
- nel caso di adeguatezza ambientale/familiare, attiva un progetto domiciliare prevedendo prestazioni di assistenza diretta alla persona e/o gli interventi disciplinati con delibera G.R. n. 664/2017, che definisce le nuove linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze (FNA) destinate alle disabilità gravissime;

Ritenuto di approvare il documento "Organizzazione di unità di accoglienza per persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta-subacuta (USV) e per persone in fase di esiti (SUAP)" allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale del medesimo, definito con il contributo di un gruppo di professionisti del SST, nel quale sono indicati, per ciascun setting, gli interventi erogati, le modalità di accesso, la durata della degenza, le tariffe di riferimento, il numero minimo di posti letto per unità di degenza, gli obblighi informativi, i riferimenti normativi per i requisiti autorizzativi;

Considerato opportuno stabilire che, entro il corrente anno, in ogni Azienda USL siano attivate modalità di raccordo con le famiglie e con le associazioni dei familiari per il monitoraggio dei percorsi assistenziali delle persone in SV e SMC e che siano emanati indirizzi aziendali per la

presa in carico delle persone con esiti medio-gravi al fine del possibile recupero e reinserimento sociale;

Ritenuto necessario assicurare la rilevazione degli interventi erogati tramite i setting residenziali descritti nell'allegato A al presente atto con sistemi informatici in grado di supportare i processi gestionali, alimentare il sistema informativo di governo regionale e soddisfare i debiti informativi richiesti a livello nazionale, secondo quanto indicato nel medesimo allegato;

Ritenuto inoltre di dare mandato alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per la adozione delle iniziative di implementazione e monitoraggio delle azioni previste nel suddetto documento;

A voti unanimi

### **DELIBERA**

1. di definire l'organizzazione di setting residenziali di continuità assistenziale che possano assicurare una adeguata risposta ai bisogni delle persone in stato vegetativo, delle persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase post-acuta e delle persone in fase di esiti, in armonia con le disposizioni del D.M. n.70/2015 e del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, ai fini della piena attuazione sul territorio regionale della delibera G.R. n.599/2009 e delle previsioni contenute nelle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", recepito con delibera G.R. n.303/2012;
2. di stabilire che l'organizzazione aziendale debba prevedere, nell'ambito dell'offerta di assistenza residenziale territoriale, entrambi i setting residenziali indicati per la fase di evoluzione degli esiti (fase 3) nell'allegato A al presente atto, ovvero le Unità per Stati Vegetativi (USV) e le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che si contraddistinguono in base alla diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno presente;
3. di confermare che l'attivazione dei suddetti setting residenziali territoriali consente una razionalizzazione dei percorsi sanitari di presa in carico delle persone in SV o SMC, favorendo un più appropriato utilizzo, anche in termini di durata della degenza, dei setting ospedalieri sub-acuti e riabilitativi di cod. 75 e di cod. 56, e determinando conseguentemente anche una più efficace allocazione delle risorse dedicate allo specifico ambito di intervento;
4. di impegnare le Aziende sanitarie a monitorare i passaggi tra i differenti setting, da quelli ospedalieri a maggiore livello di intensità clinico-assistenziale a quelli territoriali a minor livello, verificando l'opportunità di una rivalutazione complessiva dell'offerta nei vari setting che consenta l'eventuale ridimensionamento della dotazione complessiva di posti letto ospedalieri;

5. di approvare il documento “Organizzazione di unità di accoglienza per persone con grave disabilità conseguente a patologia neurologica acquisita al termine della fase acuta-subacuta (USV) e per persone in fase di esiti (SUAP)” allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale del medesimo, nel quale sono indicati, per ciascun setting, gli interventi erogati, le modalità di accesso, la durata della degenza, le tariffe di riferimento, il numero minimo di posti letto per unità di degenza, gli obblighi informativi, i riferimenti normativi per i requisiti autorizzativi;
6. di confermare che la definizione delle tariffe riportate nell’allegato A al presente atto deriva da un’analisi effettuata in base ad esperienze gestionali realizzate dalle aziende sanitarie toscane con riferimento all'erogazione di analoghe tipologie di interventi attivate nei propri territori;
7. di stabilire che l’assistenza erogata in entrambi i setting USV e SUAP definiti nell’allegato A al presente atto è a totale carico del Servizio sanitario nazionale e che il percorso con presa in carico sanitaria, con oneri a totale carico del Ssn nei diversi setting assistenziali residenziali ospedalieri e territoriali, si conclude di norma entro i 2 anni dall'evento acuto;
8. di confermare che nella fase degli esiti stabilizzati (fase 4) è assicurata la presa in carico da parte dell'UVM disabilità che, sulla base di quanto previsto dalla L.R. n.66/2008:
  - nel caso di impossibilità di rientro al domicilio della persona, attiva la risposta assistenziale sociosanitaria residenziale appropriata, con riferimento in particolare alle modalità assistenziali in RSA delineate con delibera G.R. n. 402/2004 e successivamente disciplinate dal Regolamento approvato con D.P.G.R. 9 gennaio 2018 n.2/R;
  - nel caso di adeguatezza ambientale/familiare, attiva un progetto domiciliare prevedendo prestazioni di assistenza diretta alla persona e/o gli interventi disciplinati con delibera G.R. n.664/2017, che definisce le nuove linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze (FNA) destinate alle disabilità gravissime;
9. di stabilire che, entro il corrente anno, in ogni Azienda USL siano attivate modalità di raccordo con le famiglie e con le associazioni dei familiari per il monitoraggio dei percorsi assistenziali delle persone in SV e SMC e che siano emanati indirizzi aziendali per la presa in carico delle persone con esiti medio-gravi al fine del possibile recupero e reinserimento sociale;
10. di assicurare la rilevazione degli interventi erogati tramite i setting residenziali descritti nell’allegato A al presente atto con sistemi informatici in grado di supportare i processi gestionali, alimentare il sistema informativo di governo regionale e soddisfare i debiti informativi richiesti a livello nazionale, secondo quanto indicato nel medesimo allegato;
11. di dare atto che l’adozione del presente provvedimento non produce oneri a carico del bilancio regionale;
12. di dare mandato ai competenti settori della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per la adozione degli atti conseguenti e delle iniziative di implementazione e monitoraggio delle azioni previste dal presente atto.



Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. n.23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile  
LORENZO ROTI

Il Direttore  
MONICA CALAMAI