



## **Presentazione della Proposta di Legge Regionale avente ad oggetto: “Disposizioni per persone con gravi patologie disabilitanti”**

La presente proposta di legge regionale rappresenta un mattone importante della più grande battaglia di civiltà intrapresa da anni dalla Regione Campania, a tutela di chi non ha voce per difendere il proprio diritto alla cura.

La Legge n. 833/78, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, definì all'art. 26 il primo tassello per realizzare, a partire da allora e negli anni successivi, un complesso di disposizioni per la cura e riabilitazione delle persone caratterizzate da gravissime patologie disabilitanti su base congenita.

Pochi anni dopo, la Regione Campania varò la Legge Regionale n. 11/1984, primo baluardo di norme regionali a favore dei cittadini disabili che tracciò una direttrice salda verso la risoluzione di rilevanti criticità del mondo della fragilità nonché per innovare il sistema delle attività riabilitative.

Successivamente altri interventi legislativi (D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., DPR 14/11/2001, ecc.) hanno meglio definito gli ambiti degli interventi sanitari e sociosanitari, disponendo per le persone con disabilità congenite la necessità di attivare percorsi ad elevata caratterizzazione sanitaria.

La Regione Campania ha accompagnato l'evoluzione settoriale con ulteriori interventi, sempre più volendo configurare un sistema maggiormente adeguato alla tutela e alla cura delle persone più deboli. L'attività riabilitativa di tipo residenziale, dopo la definizione dei requisiti effettuata con la L.R. 11/1984, ha avuto una nuova strutturazione nel 1996 (con DGRC n. 6757/96), implementando nuovi e più alti standard qualitativi per l'erogazione delle prestazioni specializzate. Per la prima volta, veniva addirittura stabilita una procedura specifica per la determinazione dell'organico del personale. Più qualità per i cittadini disabili ma più qualità anche per i lavoratori ai quali poteva essere esclusivamente applicato il CCNL più rappresentativo (e più remunerativo).

L'area dell'assistenza riabilitativa si è evoluta nel tempo, acquisendo sempre maggiori connotazioni di più alto profilo qualitativo e consentendo alle persone con gravi disabilità congenite di trovare risposte sempre più adeguate al fabbisogno di attività riabilitative.

Anche le altre regioni italiane hanno proseguito ognuna con proprie discipline normative, differenziandosi le une dalle altre. Si è reso pertanto necessario un intervento centrale per tentare un'omogeneizzazione del sistema dell'offerta sanitaria e sociosanitaria. Così la Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003, rep. atti n. 1895, ha approvato il “Progetto Mattoni SSN”, definito in Cabina di Regia il 3 aprile 2007, mentre in data 12 gennaio 2017 è stato adottato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto: “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”.



Anche la Regione Campania si è attivata per recepire le nuove disposizioni nazionali e per implementare il sistema di offerta territoriale nel merito dell'assistenza riabilitativa e socio-sanitaria.

Con DCA n. 14 del 01/03/2017, difatti la Regione ha adottato i *“Programmi Operativi 2016-2018”*: all'intervento 19.1, recependo il Progetto Mattoni, rimodula l'offerta relativa all'assistenza territoriale, prevedendo la riconversione di tutte le strutture riabilitative esistenti o la realizzazione di nuove. Pertanto, la Regione osserva che: *“E' necessario completare il sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza tenendo conto del Progetto Mattone 12 <<Prestazioni residenziali e semiresidenziali>> del Ministero della Salute. L'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale per disabili viene quindi così ridefinita:*

- *Unità di cure residenziali che erogano trattamenti assistenziali e riabilitativi intensivi a (RD1 intensivo);*
- *Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi (RD2 estensivo);*
- *Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali a media intensità assistenziale rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità RD3/RD4 - (attuale RSA disabili);*
- *Unità di cure residenziali per soggetti disabili in età evolutiva ad elevato bisogno sanitario con necessità di trattamenti terapeutico - riabilitativi codice mattone (RD2);*
- *Unità di cure semiresidenziali per soggetti disabili - SR;*
- *Unità di cure semiresidenziali per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale”.*

La criticità che la presente proposta di legge regionale intende risolvere inizia proprio in questo momento. Seppur recepiti i nuovi L.E.A. e il Progetto Mattoni SSN, la programmazione regionale, nel ridefinire la nuova offerta di attività riabilitative, determina un grave *vulnus*, non avendo implementato l'attività riabilitativa di cui al codice RRE2: *“Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli. (Linee Guida: art. 2.2. comma a/2)”.*

Cosicché, all'atto della rimodulazione dell'attività riabilitativa residenziale, la Regione Campania, adottando la DGRC n. 164/2022, determina l'improvvisa esclusione dall'assistenza specializzata alle persone caratterizzate da gravissime disabilità congenite, limitando il raggio d'azione dei centri di riabilitazione alla sola assistenza delle persone con disabilità acquisita entro limiti temporali prefissati e non procrastinabili.

Ad oggi le persone con gravissime patologie disabilitanti su base congenita devono essere dimesse dai centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 nei quali hanno trovato risposta al loro bisogno di attività specialistica. Il loro futuro è di essere presi in carico dalle RSA che, per natura e per requisiti disposti dalla normativa regionale, non possono assicurare le cure riabilitative



intensive di cui necessitano giacché gli operatori che ne compongono l'organico sono caratterizzati prevalentemente da mansioni di tipo assistenziale e in numero nettamente inferiore a quelli dei centri di riabilitazione. Proprio recentemente, sul quotidiano "La Repubblica" è stato affrontato il problema delle RSA, ponendo l'accento sui requisiti che non consentono di accogliere assistiti gravi ma esclusivamente utenti dotati di seppur limitati livelli di autonomia<sup>1</sup>.

Invece, per le persone con gravi disabilità congenite, il Ministero della Salute ha disposto nelle Linee Guida del 1998 (art. 2.2., comma a/2), un'assistenza riabilitativa non limitata dal fattore temporale. Detta disposizione è stata integralmente recepita anche dalla Regione Campania nel cap. 2.2. delle Linee Guida sull'attività riabilitativa ex DGRC n. 482/2004. Senonché la DGRC n. 164/2022 abroga l'intero cap. 2.2., determinando un grave *vulnus* nel sistema di offerta assistenziale.

Sicuramente non si può trattare di un'operazione volta a realizzare risparmi economici: il trasferimento di queste persone dai centri di riabilitazione alle RSA determinerà un'economia di 6-8 milioni di euro annui (a fronte dei 10,8 miliardi di stanziamenti per il SSR). Correlativamente, la mancata assistenza specialistica determinerà un aggravamento dello stato di salute dei disabili gravi, con un correlato ricorso ai servizi ospedalieri. In pratica il risparmio (minimo e a scapito dei pazienti) ottenuto nel breve periodo si trasformerà già nel medio periodo in un sensibile danno economico per il servizio sanitario pubblico in quanto, inevitabilmente, l'aggravarsi delle patologie comporterà il dover ricorrere a cure ben più onerose.

Di questa analisi si sostanzia questo progetto di legge regionale che si propone di risolvere il grave problema dell'interruzione dell'assistenza alle persone con gravi disabilità congenite, istituendo l'attività riabilitativa di cui al Mattone 12, e articolando l'offerta di prestazioni e servizi specifici, stabilendo requisiti di personale appropriati per la tipologia di utenza e privilegiando l'applicazione da parte delle strutture accreditate di tipologie contrattuali maggiormente favorevoli ai lavoratori e più prossime al CCNL sanità pubblica, nel presupposto che la sanità accreditata sia sostanziale al SSN.

---

<sup>1</sup> Sulla insostenibilità per le RRSSAA di assistere pazienti gravi, cfr. Repubblica del 24/08/2022, pag. 15: "RSA in crisi, a pagare sono gli anziani. Dimenticati nei letti senza personale" e "Il caro bollette fa sballare i conti. Aumento delle rette o degenti a casa. Intervista a Sebastiano Capurso, presidente di Anaste". Rilevante quanto dichiarato dal presidente Capurso: «Prima che le Rsa finiscano a gambe all'aria il servizio peggiora. Ci troviamo sui giornali per casi di personale ridotto o stressato, magari per due operatori in servizio di notte con 100 ospiti. Non possiamo spegnere la luce, il riscaldamento, l'aria condizionata o dare meno cibo. L'unico intervento può essere sul personale ma abbiamo standard assistenziali da rispettare. Così finisce che in certe Regioni si chiudono i letti. E poi sono cambiati anche gli ospiti. Circa 10-15 anni fa, avevamo un mix di gravità, con una buona parte di persone che avevano ancora parziali capacità. Adesso entrano solo i gravi, il 60% con problemi di demenza, e ovviamente tutti non autosufficienti».



## **Proposta di Legge Regionale Disposizioni per persone con gravi patologie disabilitanti**

### **Capo I Principi generali**

#### **Art. 1**

##### **(Oggetto e finalità)**

1. La Regione riconosce:

- le gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer),
- le patologie congenite su base genetica con gravi danni cerebrali o disturbi psichici,
- le pluriminorazioni anche sensoriali,
- le patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3<sup>^</sup>-4<sup>^</sup> classe NYHA, insufficienza respiratoria);
- le patologie disabilitanti "stabilizzate" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale;
- ovvero tutte le altre patologie altamente invalidanti che determinano un'alterazione globale delle abilità nonché delle funzioni essenziali del processo evolutivo.

2. La Regione Campania, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione, nel rispetto dei principi costituzionali, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in conformità a quanto previsto dalla legge 3 marzo 2009, n. 18 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità), in osservanza del principio dell'universalità del diritto di accesso e di uguaglianza di trattamento sull'intero territorio regionale e in considerazione della specificità dei bisogni della persona in situazione di disagio e fragilità, promuove il miglioramento delle condizioni di vita delle persone affette dai disturbi di cui al comma 1, tutela la dignità della persona e il diritto alla salute e garantisce la fruizione delle prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), nel rispetto della normativa statale vigente in materia.

#### **Art. 2**

##### **(Riferimenti normativi)**

La presente legge regionale sviluppa le disposizioni di cui ai seguenti riferimenti normativi in materia sanitaria e in tema di riabilitazione territoriale in favore di persone con gravi disabilità:

- Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", ; in particolare comma 1 art. 26 "Prestazioni di riabilitazione": "*Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali*



*attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni;*

- Legge Regionale n. 11 del 15 marzo 1984: *"Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicaps e per l'inserimento nella vita sociale"*.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- Deliberazione della Giunta Regione Campania del 31 luglio 1996 n. 6757 recante *"Centri di Riabilitazione - Recepimento protocollo di intesa sull'attività riabilitativa."*
- D.P.R. 14 gennaio 1997 *"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*; S.O. n. 37 alla G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997;
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 7 maggio 1998, *"Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione"*; G.U. n. 124 del 30 maggio 1998; in particolare cap. 2.2 *"Tipologia degli interventi di riabilitazione"*: *"(...) 2. disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine richiedenti un progetto riabilitativo. Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi, di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per: i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (Sclerosi multipla, Distrofia muscolare; Sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer, alcune patologie congenite su base genetica), con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni; i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi anche su base annua" (...);*
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante: *"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*;
- Deliberazione della Giunta Regione Campania del 31 dicembre 2001 n. 7301 e s.m.i. recante *"Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione"*;
- Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003, rep. atti n. 1895: approvazione del *"Progetto Mattoni SSN"*, definito in Cabina di Regia il 3 aprile 2007.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 recante le *"Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania"*;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 10 febbraio 2011, sul documento concernente *"Piano di indirizzo per la riabilitazione"*. *Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281"*;
- Accordo del 2 marzo 2011, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente *«Piano d'indirizzo per la riabilitazione»*;
- Legge 8 novembre 2012, n. 189: *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"*;



- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019) concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021;
- DCA n. 142 del 13 novembre 2012 avente ad oggetto: *“Recepimento accordo - ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 - tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente <<Piano d'indirizzo per la riabilitazione>>, Rep. Atti n. 30/CSR del 10/2/2011”*;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- Intesa in sede di Conferenza Stato- Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. n. 93 del 03/05/2019 che ha recepito la suddetta Intesa sancita in sede di Conferenza Stato- Regioni (Rep. 28/CSR) il 21 febbraio 2019 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
- D.C.A. n. 52 del 04/07/2019, pubblicato sul BURC n. 41 del 22/07/2019, che ha recepito l'Intesa sul PNGLA 2019/2021 (Rep. 28/CSR) del 21 febbraio 2019 e ha adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021;  
DCA n. 83/2019 avente ad oggetto: *“Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021”*, in particolare capitolo 7/a: *“(…) La presa in carico della persona con disabilità risente, quindi, della mancanza di un sistematico approccio multidimensionale e multidisciplinare e per percorsi, determinato anche dalla mancanza di figure professionali specifiche; essa si traduce, generalmente, unicamente nella prescrizione, da parte di un singolo <<specialista prescrittore>>”*
- D.G.R.C. n. 164 del 06/04/2022, pubblicata sul BURC n. 50 del 13/06/2022, avente ad oggetto: *“Aggiornamento della disciplina per le attività residenziali di riabilitazione extraospedaliere, in attuazione del piano triennale 2019- 2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano”*.
- Legge 22 dicembre 2021 n. 227: “Delega al Governo in materia di disabilità”, in particolare:
  - o comma 5 art. 1: *“I decreti legislativi di cui al comma 1 intervengono, progressivamente nei limiti delle risorse disponibili, ivi comprese quelle del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nei seguenti ambiti:*
    - a) *definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore;*
    - b) *accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base;*
    - c) *valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato (...);*
  - o comma 2 art. 2: *“(…)*



*3) separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori (...).*



## Capo II Organismi valutativi

### Art. 3

#### **(Unità Valutativa Fabbisogno Riabilitativo)**

1. La Regione Campania, per superare le criticità espresse nel DCA n. 83/2019, avente ad oggetto: “*Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021*”, al Capitolo 7/a, adotta una semplificazione nella procedura di accesso, ex capitolo 5.1 della DGRC n. 482/2004, alle prestazioni riabilitative residenziali per le persone affette dalle patologie disabilitanti di cui all’art. 1.
2. Ai fini dell’obiettivo di cui al comma precedente, fatte salve le ulteriori semplificazioni individuate dalla Giunta della Regione Campania, vengono adottati due modelli procedurali perfettamente alternativi per la valutazione clinico-diagnostica delle persone con patologie disabilitanti di cui all’art. 1;
  - a. Valutazione presso U.V.B.R. del Distretto Sanitario competente;
  - b. Valutazione presso team multiprofessionale del centro di riabilitazione accreditato e liberamente scelto dall’utente.
3. La Giunta della Regione Campania determina, entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente legge regionale, la nuova procedura di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo oltre alle ulteriori semplificazioni ritenute adeguate, fissando gli standard organizzativi, la procedura per il riconoscimento da parte dell’A.S.L. competente e la relativa tariffa a carico del S.S.R. per le attività del team multiprofessionale di cui all’art. 1.
4. Le attività di valutazione diagnostica (ai fini dell’emissione del Progetto Riabilitativo Individuale) del team riabilitativo multiprofessionale sono a carico del S.S.R. e gravano sul tetto di spesa del regime assistenziale a cui si riferiscono.
5. La competenza sull’emissione dell’autorizzazione all’erogazione delle prestazioni di cui al Progetto Riabilitativo Individuale è di esclusiva competenza dell’U.O. distrettuale competente.

### Art. 4

#### **(Strumenti di valutazione del fabbisogno riabilitativo)**

1. Le UUVVBBRR e i team multiprofessionali di cui all’art. 3 utilizzano scale di valutazione validate adeguate alla tipologia di disabilità e/o non autosufficienza presente per verificare la complessità assistenziale, i problemi/bisogni sanitari, i bisogni riabilitativi o di nursing della persona al momento dell’ammissione.
2. La valutazione multidimensionale, basata sull’approccio bio-psico-sociale, finalizzata alla stesura del progetto riabilitativo individuale della persona con disabilità, dovrà tenere conto della patologia di base, delle necessità riabilitative e assistenziali, della gravità dell’individuo nonché della situazione socio-ambientale e familiare dello stesso, assicurando una separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori;



3. La Giunta della Regione Campania fornisce disposizioni nel merito dell'utilizzo delle scale di valutazione in ambito di valutazione multidimensionali, con aggiornamento periodico. In prima applicazione, le UUVVBBRR e i team multiprofessionali utilizzano la classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - approvata il 22 Maggio 2001 dalla 54<sup>a</sup> Assemblea mondiale della Sanità, e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione, ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute, congiuntamente alla versione adottata in Italia della classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell' Organizzazione Mondiale della Sanità.
4. La valutazione multidimensionale è effettuata all'atto del primo accesso e al termine di ogni periodo di ricovero.
5. La durata dei ricoveri per le persone con le patologie di cui all'art. 1 non supera, di norma, i 240 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo e la necessità di ulteriori periodi di ricovero.
6. Alla scadenza di ogni progetto riabilitativo individuale e al persistere del fabbisogno riabilitativo per le persone con le patologie di cui all'art. 1, le UUVVBBRR o i team multiprofessionali determinano la necessità di ulteriori periodi di ricovero.



### **Capo III Attività riabilitative**

#### **Art. 5 – Assistenza e cura delle persone con disabilità gravi**

1. Per le persone di cui all'art. 1, la Regione Campania offre la disponibilità di assistenza continuativa e specialistica in strutture sanitarie a regime residenziale.
2. Le strutture sanitarie di cui al comma precedente sono quelle di cui al "Progetto Mattoni SSN - Mattone 12" denominate RRE2 (Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva, nonché trattamenti di mantenimento - ex art. 2.2. comma a/2 delle Linee Guida Ministeriali del 1998).
3. Le strutture sanitarie di cui ai commi precedenti erogano prestazioni di riabilitazione estensiva, a totale carico del S.S.R., nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli ex art. 2.2. comma a/2 delle Linee Guida Ministeriali del 1998.
4. Il fabbisogno programmato di posti letto a livello regionale per la riabilitazione estensiva di cui alla presente legge regionale (RRE2) può essere soddisfatto con l'attivazione di offerta da parte di soggetti, prioritariamente e nell'ordine, attraverso:
  - a. la trasformazione dei posti letto ex art. 26 accreditati e accreditati in eccesso in corso di riconversione non ancora conclusa nell'ambito di un eventuale aggiornamento di accordo di riconversione già sottoscritto, per un numero massimo di posti letto tra quelli già accreditati o accreditati in eccesso;
  - b. la trasformazione parziale o totale dei posti letto autorizzati o accreditati in RD2 estensivo;
  - c. Posti letto già autorizzati come Presidio di riabilitazione residenziale estensiva ex art. 26 Legge 833/78, nei limiti del fabbisogno residuo di riabilitazione estensiva.

#### **Art. 6 – Standard strutturali e organizzativi**

1. Per i requisiti minimi strutturali, tecnologici per unità di cura residenziale RRE2, si rinvia a quanto previsto dalla DGRC 7301/2001 e s.m.i. Sezione C "Presidi di riabilitazione estensiva dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali" ora definiti Presidi di riabilitazione extraospedaliera.
2. La Giunta della Regione Campania dispone gli standard organizzativi delle strutture RRE2, definendo il fabbisogno di personale minuti/per utente/per giorno rispetto a moduli di 20 posti letto ciascuno.
3. Il fabbisogno delle figure professionali di direttore sanitario e di direttore amministrativo per strutture riabilitative monospecialistiche o complesse è pari a 1:120 posti letto.
4. Per struttura riabilitativa complessa si intende una struttura formata da più unità di cura riferite ai regimi assistenziali extra-ospedalieri RD1 intensiva, RD1 estensiva, RRE2.
5. Nelle more dell'adozione degli standard organizzativi di cui al comma 2 del presente articolo, le strutture residenziali RRE2 applicano gli standard organizzativi di cui alla DGRC n. 6757/96, che si riportano in allegato 2.



6. I requisiti organizzativi delle strutture RRE2 prevedono le seguenti figure professionali:
  - Direttore Sanitario
  - Direttore tecnico
  - Equipe multiprofessionale (composta da minimo tre figure professionali tra: direttore tecnico, professionista della riabilitazione, psicologo/psicoterapeuta, assistente sociale.
  - Medico di Assistenza primaria
  - Infermiere professionale
  - Psicologo/Psicoterapeuta
  - Fisioterapista, Educatore Professionale, Terapista Occupazionale, Logopedista, Terapista della NPEE (per utenti in età evolutiva)
  - Assistente Sociale
  - Operatore Tecnico Assistenza (OTA) / Operatore Socio Sanitario (OSS)
  - Portiere/centralinista
  - Ausiliari/addetti alle pulizie
  - Operai per manutenzione
  - Impiegati amministrativi
7. La Giunta della Regione Campania, entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente legge regionale, dispone requisiti ulteriori per l'accreditamento che determinano un sistema tariffario premiante per le strutture RRE2 che adottano per il personale dipendente il CCNL più rappresentativo per le case di cura.
8. Nelle more, alle strutture RRE2 di cui al comma precedente, spetta una tariffa premiale integrativa, distinta dalla tariffa standard, pari al valore incrementale del 5%, con facoltà della Giunta della Regione Campania di disporre la compensazione all'atto dell'adozione della tariffa incrementale definitiva.

#### **Art. 7 - Attività erogate in regime residenziale RRE2**

1. La RRE2 attua i seguenti interventi:
  - a. assistenza medicina generale (MMG)
  - b. continuità assistenziale notturna;
  - c. assistenza medico specialistica;
  - d. assistenza infermieristica;
  - e. assistenza riabilitativa;
  - f. assistenza psicologica;
  - g. consulenza e controllo dietologico;
  - h. aiuto personale e di assistenza tutelare;
  - i. attività di animazione, occupazionale, ludico-ricreativa e di integrazione e raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

#### **Art. 8 - Testo unico dei servizi riabilitativi territoriali extra-ospedalieri**

Al fine di facilitare la consultazione della normativa regionale e delle altre disposizioni deliberative in tema di servizi riabilitativi extra-ospedalieri, la Giunta della Regione Campania, entro 365 giorni dalla pubblicazione della presente legge regionale, propone al Consiglio della



comitato  
**DIRITTO  
ALLA  
CURA**

[www.dirittoallacura.it](http://www.dirittoallacura.it)  
[info@dirittoallacura.it](mailto:info@dirittoallacura.it)

Regione Campania il “Testo unico dei servizi riabilitativi territoriali (extra-ospedalieri)” e il “Testo unico dei servizi per le persone con sindrome autistica”.