



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DI COMPETENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE CONCERNENTE:

“PROGETTO OBIETTIVO: ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE E DELLA POST-ACUZIE NELLE MARCHE”

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute dal quale si rileva la necessità di presentare al Consiglio Regionale l'allegata proposta di deliberazione concernente: “Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post acuzie nelle Marche”;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'art. 16, comma 1, lettera d) della Legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28, comma primo dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di presentare al Consiglio regionale l'allegata deliberazione concernente: “Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post acuzie nelle Marche” (Allegato 1).

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dr. Bruno BRANDONI)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Dr. Gian Mario SPACCA)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003 - 2006 prevede la approvazione del Progetto Obiettivo "Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche". E' stata fatta la scelta di dare al Progetto un taglio operativo e di redigerlo come uno strumento effettivo di programmazione e gestione centrato sulle questioni ritenute più significative. Queste sono rappresentate da:

- a) le linee guida per la programmazione, organizzazione e gestione delle aree di degenza post-acuzie;
- b) i nuovi modelli organizzativi e culturali nelle attività di medicina riabilitativa nel Servizio Sanitario Regionale;
- c) il riordino delle strutture di riabilitazione: un percorso metodologico.

A ciascuno di questi punti verrà dedicato uno specifico documento all'interno del Progetto Obiettivo. Alcune considerazioni preliminari meritano però di essere esplicitate per rendere più chiari il contenuto complessivo del Progetto e le sue finalità. In particolare, è importante tenere presente che il Progetto:

- a) propone linee guida, percorsi metodologici e fornisce quindi indicazioni cogenti, per l'organizzazione e lo sviluppo delle attività nel settore della post-acuzie nella Regione Marche, ma non definisce centralmente nel dettaglio la struttura dell'offerta;
- b) è un documento "aperto" che consente adattamenti alle esigenze delle singole realtà locali, come è opportuno che sia in un settore, quello della post-acuzie, in cui le specificità locali, sia in termini di organizzazione sanitaria che di realtà sociale, influenzano la scelta della modalità erogativa del servizio più appropriata;
- c) è frutto del lavoro degli ultimi anni in cui molto si è già mosso in anticipazione e realizzazione di questa parte del Piano Sanitario Regionale: gran parte dei documenti inclusi nel Progetto sono già stati presentati e discussi sia in sede tecnica, che direzionale e sindacale;
- d) andrà continuamente integrato con singoli progetti mirati alla gestione di problematiche più specifiche, all'interno del quadro complessivo di riferimento culturale ed organizzativo che il Progetto fornisce;
- e) tiene conto di tutte le indicazioni del PSR e le sviluppa in modo da consentire la programmazione del settore con il contributo delle realtà locali.

Il progetto, che è stato posto all'attenzione delle organizzazioni sindacali, può essere così sintetizzato:

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- a) il documento sulle aree di degenza post-acuzie fornisce i principi generali alla base della programmazione, organizzazione e gestione di tali aree ed i posti letto alla stessa assegnati nella DGR n. 1119 del 1.10.04 relativa al riordino dei posti letto ospedalieri;
- b) il documento sui nuovi modelli organizzativi e culturali fornisce indicazioni sull'assetto e sugli strumenti da dare a livello Aziendale/Zonale al governo dei percorsi riabilitativi e quindi sul ruolo delle unità operative di medicina riabilitativa;
- c) il documento con la proposta di riordino delle strutture di riabilitazione riporta lo stato attuale di tali strutture e un dato complessivo relativo a tutte le proposte di un loro ulteriore sviluppo, e un percorso metodologico da sottoporre alla verifica delle Aziende ed in particolare dell'ASUR per l'identificazione delle priorità.

Pertanto

si propone

- di presentare al Consiglio regionale l'allegata deliberazione concernente: "Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche" (Allegato 1).

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Claudio M. MAFFEI)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né potrà derivare, un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Giuseppe Zuccatelli)

La presente deliberazione si compone di n. 49 pagine, di cui n. 45 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dr. Bruno BRANDONI)

Bruno Brandoni

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1

OGGETTO: "PROGETTO OBIETTIVO: ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE E DELLA POST-ACUZIE NELLE MARCHE"

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto il d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Vista la l.r. 5 settembre 1992, n. 46 sulle procedure della programmazione regionale e locale;

Visto il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 approvato con Deliberazione n.97 nella seduta del 30 giugno 2003 n. 144 che da mandato alla Giunta regionale di definire una proposta di riordino ospedaliero;

Vista la propria precedente deliberazione 30 giugno 2003, n. 97, concernente il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 ed in particolare i punti 3.1.6.1 e 3.1.6.2 ove è previsto che il "Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post acuzie nelle Marche" sia approvato con deliberazione del Consiglio regionale;

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a) della l.r. 15 ottobre 2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità del Direttore del Dipartimento dei Servizi alla Persona e alla Comunità, nonché l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del primo comma dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione consiliare permanente competente in materia;

Visto l'articolo 21 dello statuto regionale;

DELIBERA

- di approvare il "Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche" nel testo allegato che forma parte integrante e sostanziale della deliberazione.

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROGETTO OBIETTIVO "ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE E DELLA POST-ACUZIE NELLE MARCHE"

Il Piano Sanitario Regionale 2003 - 2006 prevede la approvazione del Progetto Obiettivo "Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche". E' stata fatta la scelta di dare al Progetto un taglio operativo e di redigerlo come uno strumento effettivo di programmazione e gestione centrato sulle questioni ritenute più significative. Queste sono rappresentate da:

- a) le linee guida per la programmazione, organizzazione e gestione delle aree di degenza post-acuzie;
- b) i nuovi modelli organizzativi e culturali nelle attività di medicina riabilitativa nel Servizio Sanitario Regionale;
- c) il riordino delle strutture di riabilitazione.

A ciascuno di questi punti verrà dedicato uno specifico documento all'interno del Progetto Obiettivo. Alcune considerazioni preliminari meritano però di essere esplicitate per rendere più chiari il contenuto complessivo del Progetto e le sue finalità. In particolare, è importante tenere presente che il Progetto:

- a) propone linee guida e percorsi metodologici e fornisce quindi indicazioni cogenti per l'organizzazione e lo sviluppo delle attività nel settore della post-acuzie nella Regione Marche, ma non definisce centralmente nel dettaglio la struttura dell'offerta;
- b) è un documento "aperto" che consente adattamenti alle esigenze delle singole realtà locali, come è opportuno che sia in un settore, quello della post-acuzie, in cui le specificità locali, sia in termini di organizzazione sanitaria che di realtà sociale, influenzano la scelta della modalità erogativa del servizio più appropriata;
- c) è frutto del lavoro degli ultimi anni in cui molto si è già mosso in anticipazione e realizzazione di questa parte del Piano Sanitario Regionale (PSR): gran parte dei documenti inclusi nel Progetto sono già stati presentati e discussi sia in sede tecnica, che direzionale e sindacale;
- d) andrà continuamente integrato con singoli progetti mirati alla gestione di problematiche più specifiche, all'interno del quadro complessivo di riferimento culturale ed organizzativo che il Progetto fornisce;
- e) tiene conto di tutte le indicazioni del PSR e le sviluppa in modo da consentire la programmazione del settore con il contributo delle realtà locali.

Il contenuto del progetto, che è stato posto all'attenzione delle organizzazioni sindacali e delle associazioni che rappresentano l'ospedalità privata e le strutture private di riabilitazione, può essere così sintetizzato:

7



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- a) il documento sulle aree di degenza post-acuzie fornisce i principi generali alla base della programmazione, organizzazione e gestione di tali aree ed i posti letto alla stessa assegnati nella DGR n. 1119 del 1.10.04 approvata dal Consiglio regionale in data 19/01/05 relativa alla proposta di riordino dei posti letto ospedalieri;
- b) il documento sui nuovi modelli organizzativi e culturali fornisce indicazioni sull'assetto e sugli strumenti da dare a livello Aziendale/Zonale al governo dei percorsi riabilitativi e quindi sul ruolo delle unità operative di medicina riabilitativa e dell'istituendo Dipartimento di riabilitazione;
- c) il documento con la proposta di riordino delle strutture di riabilitazione riporta lo stato attuale di tali strutture e raggruppa tutte le proposte di un loro ulteriore sviluppo e un percorso metodologico da sottoporre alla verifica dell'ASUR per l'identificazione delle priorità.

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Linee guida per la programmazione,
organizzazione e gestione delle aree di degenza post-acuzie
(codice disciplina 60, lungodegenza)**

Il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 prevede la approvazione da parte del Consiglio Regionale del Progetto Obiettivo "Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e delle post-acuzie nelle Marche". Queste linee guida fanno parte di tale progetto e forniscono alle Aziende/Zone Territoriali/INRCA indicazioni su come programmare, organizzare e gestire la distribuzione delle aree di degenza post-acuzie riservate alla disciplina codice 60 (lungodegenza) in linea con le indicazioni del Piano. I riferimenti numerici forniti dal Piano sulla distribuzione complessiva di area vasta di tali posti letto vanno considerati i riferimenti massimi entro cui muovere la programmazione in quest'area. Le linee guida vengono fornite per punti ed allegati.

1. Le aree mediche di degenza riservate alla post-acuzie (codice disciplina 60, lungodegenza) devono prevedere in ciascuna Zona un numero di posti letto in grado di coprire per intero il fabbisogno della corrispondente popolazione.

2. Le aree di degenza post-acuzie (APA) possono essere organizzate sotto forma di:
- area di degenza dipartimentale, di solito del Dipartimento di area medica;
 - area di degenza dedicata sotto forma di reparto strutturalmente autonomo.

3. Le aree di degenza post-acuzie vanno attivate o completate per **trasformazione** di posti letto per acuti, pubblici e/o privati, con l'utilizzo di regola del personale medico ed infermieristico già disponibile. La copertura economica di tale attività presso le strutture private verrà definita nell'ambito degli accordi regionali con le associazioni di categoria.

4. L'area di degenza post-acuzie deve essere la più vicina possibile ai posti letto per acuti che la "alimentano".

5. Nella gestione dei posti letto di lungodegenza è decisiva l'integrazione con i servizi territoriali, in particolare con le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare.

6. Per gli aspetti di dettaglio sull'organizzazione e funzionamento delle unità di lungodegenza ospedaliera valgono come riferimento le indicazioni di cui al punto 4 delle linee guida dell'allegato a) da adattare alle specifiche realtà locali.

7. Nella gestione dell'assistenza infermieristica vanno valorizzate al massimo l'autonomia, la responsabilizzazione e la progettualità dei professionisti.

4

γ



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

8. Sulla base dei criteri sopra indicati e del percorso sintetizzato nello schema riportato nell' allegato A) le Zone hanno presentato la proposta fatta poi propria dalla Giunta con apposita delibera (DGR n. 1119 del 1.10.04) proposta approvata in seguito dal Consiglio Regionale in data 19/01/05).

9. I posti letto riportati in tale delibera (allegato C) vanno considerati posti letto minimi che possono essere ulteriormente aumentati in ciascuna zona con la contestuale riduzione dei posti letto per acuti previsti nella stessa delibera.

10. Entro il 30 dicembre 2005, sulla base dell'analisi dei dati di attività 2004 e del primo semestre 2005, dovranno pervenire le proposte di riconversione di posti letto per acuti in posti letto per post acuzie. Tale verifica andrà ripetuta alla stessa data tutti gli anni ed in ogni caso in applicazione del regolamento di cui al punto 4 delle linee guida all'allegato A.

9

2



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area medica di degenza post-acuzie

Allegato A

**Linee guida sull'organizzazione
della lungodegenza, ovvero delle aree
mediche di degenza post-acuzie (APA)**

1. PREMESSA

L'obiettivo di fondo dell'area di degenza post-acuzie (APA) è quello di fornire un regime appropriato per l'assistenza a pazienti post-acuti, con diagnosi definita e stabilizzati da un punto di vista clinico, con la prospettiva di arricchire l'offerta ospedaliera (day hospital, day surgery, aree dipartimentali, aree a ciclo breve, ecc.) con regimi assistenziali più consoni ai bisogni reali del paziente e di minor impatto economico per il sistema. Disegnando coerentemente con gli obiettivi le nuove strutture di post-acuzie ospedaliera, riservata a pazienti che per la loro situazione clinica non necessitano dello stesso numero di ore/personale e dello stesso potenziale tecnologico dei pazienti con patologia acuta, possono essere perseguiti i seguenti obiettivi:

1. accelerare il *turn-over* delle aree di degenza per acuti delle discipline di medicina e chirurgia generali e specialistiche: si ottiene così il doppio risultato di migliorare la performance gestionale di tali aree e di garantire al territorio disponibilità di posti per acuti con numero e caratteristiche adeguate alle patologie;
2. fornire, a costi ridotti, assistenza qualificata ai pazienti post-acuti non dimissibili, prevedendo una stretta integrazione tra le APA e le unità operative di riabilitazione ospedaliera con la rete dei servizi residenziali e domiciliari del territorio;
3. liberare risorse di personale per garantire ai reparti per acuti e ai servizi territoriali l'indispensabile adeguamento del livello qualitativo delle prestazioni offerte.

Le APA devono costituire un sistema integrato, coerente e coordinato con i servizi distrettuali (residenziali e domiciliari), verso i quali il paziente deve avere garanzia di accesso attraverso percorsi preferenziali e facilitati. Il massimo sforzo deve essere in particolare prodotto per garantire la continuità dell'assistenza con le strutture residenziali. Decisivo è in questo senso il ruolo di governo del distretto anche per quanto riguarda il coinvolgimento nelle opportune sedi e con gli opportuni strumenti del medico di medicina generale.

La modifica del termine "lungodegenza" in area medica di degenza post-acuzie va

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

interpretata come valorizzazione di una funzione nuova e qualificante del sistema ospedaliero.

2. CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AREE MEDICHE DI DEGENZA POST-ACUZIE

2.1 Integrazioni funzionali

2.1.1 Integrazione con le aree per acuti

L'APA deve essere considerata uno spazio polifunzionale nel quale possono essere assistiti pazienti provenienti da tutte le aree di degenza per acuti di Medicina e di Chirurgia, generale e specialistica. Il ricovero del paziente nell'APA va considerato una naturale prosecuzione delle cure ricevute nelle aree per acuti; lo specialista che ha avuto in cura il paziente durante la fase di acuzie continua a fornire consulenza specialistica durante il periodo di ricovero in APA.

2.1.2 Integrazione con le unità operative di Medicina Generale e Geriatria

Il paziente lungodegente è un paziente internistico. L'assistenza medica è pertanto fornita da personale con formazione internistica o geriatrica. Le APA di norma sono organizzate perseguendo la scelta dell'integrazione con le unità operative di Medicina Generale e di Geriatria.

2.2 Tipologia del paziente ammissibile

Criteri di ammissione ed esclusione maggiormente dettagliati verranno individuati nell'ambito dei programmi di controllo dell'appropriatezza previsti dalla DGR 1212 del 19/10/2004.

2.2.1 Criteri di ammissione:

- a) paziente con malattia ad andamento cronico-ricidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessita di accertamenti di primo livello per il controllo periodico della malattia, che siano difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale;
- b) paziente con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato non autosufficiente nel quale persiste la necessità di verifica medica quotidiana anche per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto;
- c) paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili;
- d) pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine che necessita prevalentemente di assistenza infermieristica.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Nella seguente tabella sono riportati esempi di diagnosi mediche e chirurgiche di ammissione.

Esempi di diagnosi di ammissione

Problemi medici:

1. polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione;
2. scompenso cardiaco congestizio, dopo la fase di edema polmonare, complicato da infezioni, piaghe da decubito, ecc.;
3. endocardite infettiva dopo la scomparsa della febbre, a basso rischio di embolizzazione o rotture valvolari;
4. malattie neoplastiche con complicanze della chemioterapia dopo trattamento acuto;
5. cirrosi ascitogena in fase di svuotamento a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee;
6. nefropatia stabilizzata in fase di terapia di consolidamento;
7. paziente con varie patologie, stabilizzato, in fase di convalescenza medicalizzata (recupero da malnutrizione, disidratazione, vasculopatia periferica, piede diabetico, ictus nei casi in cui non prevalga la componente assistenziale riabilitativa);
8. broncopneumopatia ostruttiva cronica con importante insufficienza ventilatoria, superata la fase acuta ipercapnica.

Problemi chirurgici:

1. fase di recupero / convalescenza dopo interventi di chirurgia generale o specialistica (in particolare ortopedica, polmonare, etc);
2. complicanze mediche di interventi chirurgici (complicanze metaboliche, infettive, circolatorie) superata la fase di acuzie.

2.2.2 Criteri di esclusione:

- a) paziente per il quale si prevede una degenza di durata superiore a tre mesi;
- b) paziente la cui malattia non risponde ai trattamenti curativi, ma che richiede specifiche cure palliative, per le quali vanno previste altre forme di assistenza (hospice, ecc.);
- c) paziente con un prevalente problema di deterioramento cognitivo;
- d) paziente in fase post-acuta per il quale prevale l'esigenza di un'assistenza di tipo riabilitativo;
- e) paziente in stato comatoso.

2.3 Modalità di ammissione

L'APA accoglie pazienti provenienti dalle aree di degenza per acuti di Medicina e Chirurgia, generale e specialistica, purchè soddisfino i criteri di ammissione. La richiesta di ricovero in APA viene rivolta all'equipe medica che può decidere se accettare il paziente, metterlo in lista di attesa (in mancanza di posto letto disponibile) o ritenere il caso non elegibile.

Il paziente viene trasferito in APA provvisto di una breve relazione assistenziale a cura dell'Unità Operativa inviante, nella quale vengono specificati: storia clinica, interventi terapeutici eseguiti, problemi clinici ancora attivi, problemi assistenziali presenti, piano

4

Y



seduta del
19 DIC 2005
Delibera
1627

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

terapeutico proposto, controlli specialistici programmati.

Il nuovo ricovero deve essere considerato idealmente un prolungamento del precedente con diverso inquadramento assistenziale (va compilata una nuova SDO); in questa ottica il medico inviante deve essere disponibile a fornire la consulenza sul paziente in tutto il periodo del suo ricovero in APA. Gli eventi relativi alla storia clinica del paziente durante la degenza in APA vengono registrati in una nuova cartella clinica.

In quanto *spazio aperto*, l'APA deve assicurare a tutte le UU.OO. cliniche dell'ospedale pari opportunità di ricovero.

All'interno dei contratti di fornitura con le strutture ospedaliere private va prevista la possibilità di trasferimento all'interno di tali strutture dall'area per acuti a quella della post-acuzie in base alle modalità ed ai criteri definiti in questo documento.

2.4 Modelli assistenziali

L'assistenza di base infermieristica ed alberghiera viene assicurata dal personale e dalle strutture dell'ospedale che ospita l'APA, l'assistenza medica continuativa è assicurata dal personale, di formazione internistica o geriatrica, delle APA o del dipartimento cui è aggregata l'APA, mentre l'assistenza specialistica è garantita dal personale dell'Azienda/Zona ed in particolare dall'area per acuti di provenienza del paziente. E' prevista la sperimentazione di modelli innovativi a gestione infermieristica dell'APA sulla base delle esperienze già maturate in diverse realtà di altre regioni.

2.5 Modalità di dimissione dall'APA

La degenza si conclude nel momento in cui si esaurisce la necessità di un controllo medico continuativo e se si verifica una complicanza medica o chirurgica che richiede un nuovo ricovero in un'area per acuti. La dimissione ordinaria viene decisa dal responsabile dell'APA che firma la lettera di dimissione.

Per garantire la continuità assistenziale la lettera di dimissione va inviata: a) al medico di medicina generale del paziente in modo che questo possa provvedere autonomamente al prosieguo del trattamento a domicilio o nelle strutture residenziali; b) al responsabile di distretto, previo contatto con lo stesso nelle giornate immediatamente precedenti la dimissione, affinché possa predisporre i più opportuni interventi, sentita l'Unità di Valutazione Distrettuale, a domicilio o in una struttura del sistema residenziale; c) al responsabile dell'area per acuti di provenienza.

Nella dimissione straordinaria il paziente può essere ritrasferito, su richiesta del medico dell'APA, nell'area di degenza per acuti di provenienza o in altra area o in una unità di terapia intensiva con procedure di precedenza rispetto a eventuali ricoveri

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

programmati delle singole aree.

Nella relazione clinica sono riportati:

- a) una sintesi del problema clinico-assistenziale del paziente e dei principali interventi ricevuti nel caso del primo ricovero nell'area per acuti;
- b) il problema o i problemi clinici che hanno portato al trasferimento nell'APA;
- c) la terapia ed i controlli effettuati durante il ricovero in APA;
- d) le condizioni clinico/assistenziali/riabilitative alla dimissione;
- e) la terapia proposta per il livello domiciliare;
- a) la proposta di programma di *follow-up* concordato con lo specialista.

Copia della relazione clinica sarà trasmessa all'area di degenza inviante, che provvederà ad inserirla nella cartella clinica del paziente.

3. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'APA

E' indispensabile verificare se il nuovo modello di organizzazione di una area di degenza post-acuzie soddisfa realmente i criteri di efficacia dell'intervento e di efficienza gestionale. Tutte le APA dovranno pertanto essere sottoposte ad un monitoraggio periodico con un set di indicatori scelti tra i seguenti e rilevati con modalità da definire per gli indicatori in corsivo:

- *pazienti con criteri di ammissione corretti / totale pazienti ricoverati;*
- *pazienti con durata di degenza di durata > 30 gg / totale pazienti ricoverati;*
- *pazienti con durata di degenza di durata > 60 gg / totale pazienti ricoverati;*
- *durata media e mediana della degenza;*
- *tasso di occupazione;*
- *indice di turnover;*
- *indice di rotazione dei posti letto;*
- *pazienti dimessi dall'APA / totale pazienti ricoverati;*
- *pazienti trasferiti in aree per acuti / totale pazienti ricoverati;*
- *pazienti ritrasferiti nelle aree per acuti di provenienza / totale pazienti trasferiti in altre aree per acuti;*
- *pazienti deceduti / totale pazienti ricoverati;*
- *tasso di infezioni ospedaliere;*
- *pazienti "affidati" al distretto/ totale dei pazienti dimessi dall'APA;*
- *corrispondenza tra criteri di ammissione e decorso clinico effettivo del paziente;*
- *variazione performance-stato ingresso / ricovero (scala di Barthel);*
- *frequenza di nuovi ricoveri ospedalieri e consumo di giornate di degenza nei sei mesi successivi alla dimissione.*

9



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4. REGOLAMENTAZIONE DELL'APA

Si ritiene opportuno che, sulla falsariga di quanto già avvenuto con l'attività di day hospital medico già avviato con l'attività di osservazione breve intensiva, il Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità provveda alla predisposizione di una Delibera di regolamentazione generale dell'attività di degenza post acuzie in modo che ogni singola Azienda / Zona possa su questa base approvare un proprio specifico regolamento in cui indicare:

- la verifica della rispondenza delle aree di degenza destinate ai requisiti di autorizzazione e accreditamento regionale;
- il numero dei posti letto destinati a tale attività, in coerenza con il fabbisogno della popolazione assistita e nei limiti delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano di riordino;
- l'individuazione, sulla base della valutazione del bisogno evidenziato a livello delle strutture ospedaliere, della tipologia di pazienti che vengono gestiti nell'APA con definizione dei criteri di ammissione;
- la definizione delle modalità di gestione della lista di attesa con i criteri di priorità nell'accesso.

Il Regolamento (e le eventuali modifiche dello stesso) dovrà essere trasmesso al Servizio Assistenza Ospedaliera del Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità che procederà, tramite un apposito gruppo di lavoro (istituito con proprio atto), alla predisposizione di un Repertorio regionale. Il Repertorio verrà aggiornato annualmente sulla base delle modifiche ai regolamenti aziendali/zonali e alla valutazione degli indicatori di monitoraggio.

I Regolamenti aziendali dovranno quindi essere adeguati alle indicazioni contenute nel Repertorio.

9

Y



**Area medica di degenza post-acuzie
Allegato B**

**La programmazione dell'area medica di post-acuzie
a livello dell'ASUR**

Stima del
fabbisogno in base
alla situazione
esistente

- ← Analisi dei tassi di ospedalizzazione della popolazione della Zona (ricoveri e giornate di degenza per DRG medici e chirurgici selezionati nei reparti per acuti e di ricoveri e giornate di degenza per attività di post-acuzie e riabilitazione)
- ← Analisi dell'appropriatezza delle attività di post-acuzie attualmente svolte dalle strutture pubbliche e private della Zona
- ← Analisi della degenza media nei reparti ospedalieri per acuti "correlati" nelle strutture pubbliche
- ← Analisi della popolazione attualmente assistita a livello residenziale
- ← Analisi della mobilità extra-zonale per attività di "lungodegenza"

Scelta del modello
organizzativo e
delle sedi

- ← Vincoli strutturali
- ← Opportunità organizzative
- ← Integrazioni col privato convenzionato

Proposta del nuovo
assetto

4

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Area medica di degenza post-acuzie
Allegato C**

I posti letto dell'area della post acuzie (disciplina di lungodegenza cod. 60) nella DGR 1119/04

Area vasta di Pesaro e Urbino			Area vasta di Macerata		
101	NOVAFELTRIA	15	108	CIVITANOVA M	
102	SASSOCORVARO	20	108	SANATRIX	15
102	URBINO	15	109	MARCHETTI	10
102	CAGLI	20	109	MACERATA	6
103	FANO	30	109	TOLENTINO	2
103	FOSSOMBRONE	15	109	TREIA	32
103	PERGOLA	15	110	MATELICA	26
Totale area vasta: 130			Totale area vasta: 91		
Previsione PSR: 153			Previsione PSR: 128		
Differenziale da PSR:-23			Differenziale da PSR: -37		
Area vasta di Ancona			Area vasta di Ascoli Piceno		
104	SENIGALLIA	30	111	S.ELPIDIO	20
105	CINGOLI	20	111	VILLA VERDE	10
105	VILLA SERENA	40	112	STELLA MARIS	5
106	SASSOFERRATO	18	112	S.BENEDETTO Tr	10
107	CHIARAVALLE	18	112	VILLA ANNA	10
107	VILLA IGEA	15	113	AMANDOLA	12
107	LORETO	12	113	ASCOLI PICENO	22
921	INRCA - ANCONA	24			
Totale area vasta: 177			Totale area vasta: 89		
Previsione PSR: 203			Previsione PSR: 164		
Differenziale da PSR:-26			Differenziale da PSR:-75		

4

✓



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Nuovi modelli organizzativi e culturali
nelle attività di medicina riabilitativa
del Servizio Sanitario Regionale**

Il progetto di governo e sviluppo della funzione di medicina riabilitativa richiede approcci nuovi a partire da una serie di considerazioni e riflessioni.

Una prima riflessione di carattere generale riguarda il **ruolo delle attività di riabilitazione**. Queste operano su un range di problemi molto ampio. Ad un estremo esse forniscono una risposta indispensabile a gravissimi problemi assistenziali, non frequenti, ma estremamente impegnativi (si pensi alle lesioni spinali o alle gravi cerebrolesioni), mentre all'altro estremo sono una risposta ad un problema qualche volta di tipo sociale piuttosto che non sanitario (o quantomeno non solo sanitario). In mezzo ci sono moltissime tipologie di problemi per ognuno dei quali va valutato quale sia il trattamento riabilitativo appropriato, la sede di erogazione appropriata e la durata appropriata. Il punto che si vuole sottolineare è che dentro la riabilitazione vi sono attività di complessità ed *utilità* molto diverse e che se si vogliono garantire quelle più "importanti" diventa necessario razionalizzare quelle di minore/nulla efficacia pur se socialmente molto apprezzate.

La offerta di attività riabilitativa complessa è da sviluppare visto che viene stimato pari a circa 80 il numero ulteriore di posti letto ospedalieri di medicina riabilitativa (codice 56) che servirebbe a coprire l'utenza che oggi si rivolge fuori Regione. E' dunque fuori di dubbio che vi sono notevoli investimenti da fare per il potenziamento dell'offerta riabilitativa complessa.

In ogni caso già oggi **il settore della riabilitazione assorbe molte risorse**, per quanto in modo molto disomogeneo tra le diverse Zone. Parte di queste risorse sono però, come già sottolineato, impegnate in aree di minore priorità e scarsa rilevanza clinica. Occorre lavorare allora sul **miglioramento della appropriatezza in riabilitazione**. La riabilitazione è ancora poco governata in termini di indicatori di appropriatezza. Non disponendo di indicatori routinari di appropriatezza è difficile ottenere in quest'area quello che si sta ottenendo ad esempio nell'area del ricovero per acuti in cui si stanno riducendo i ricoveri e le giornate di degenza per un progressivo trasferimento dell'attività ai livelli organizzativi meno complessi (day surgery ad esempio) e per un aumento della efficienza con una riduzione delle giornate di degenza. Nelle attività di riabilitazione svolte ai diversi livelli (ricovero ospedaliero, struttura residenziale, ambulatoriale e domiciliare) occorre verificare l'appropriatezza del livello di erogazione (spostando l'assistenza ai livelli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

organizzativamente più semplici), la durata del trattamento (un prolungamento non necessario è una risorsa mal utilizzata) e la **natura** del trattamento stesso (specie a livello ambulatoriale, ma non solo, occorre chiedersi in primo luogo se il trattamento offerto è giustificato dai suoi risultati). Questi indicatori vanno rapidamente costruiti per dimensionare l'attività da razionalizzare e quella da sviluppare. L'occasione per farlo è rappresentata dalla DGR 1212/04 sui programmi di controllo dell'appropriatezza.

Il governo (nei termini sopradescritti) della appropriatezza delle attività di riabilitazione almeno in una fase di avvio del sistema di monitoraggio non può essere "esternalizzato" rispetto al mondo degli specialisti di medicina riabilitativa. **La costruzione di un sistema di lettura dell'offerta e dei consumi in riabilitazione ha bisogno di un forte contributo dei professionisti della riabilitazione.**

Nel settore della riabilitazione la prestazione offerta rientra in un percorso assistenziale in cui è **decisiva l'integrazione con le altre competenze specialistiche** che si occupano delle altre fasi della storia naturale della condizione sottoposta o da sottoporre ad un trattamento riabilitativo. La riabilitazione deve entrare in precise fasi del percorso assistenziale (del profilo di cura, come si sta sperimentando oggi nella Regione Marche) di alcune condizioni morbose. Ciò richiede ai servizi di riabilitazione di concordare ben definiti percorsi che quanto più possibile (dopo un ictus, dopo un trauma, dopo un intervento, dopo una riacutizzazione, etc.) consentano di intervenire in "automatico" quando, dove e come è più opportuno in base ad una medicina riabilitativa basata sulla evidenza.

Sempre a proposito di percorsi, il trattamento riabilitativo deve, come già detto, muoversi **su molti possibili livelli di trattamento:**

- a) reparto per acuti;
- b) reparto di riabilitazione ospedaliero;
- c) struttura residenziale di tipo riabilitativo;
- d) assistenza domiciliare compresa quella in strutture residenziali non riabilitative;
- e) assistenza ambulatoriale semplice (Presidi) e complessa (Centri).

Ad ognuno di questi livelli corrispondono standard organizzativi, costi e tariffe diversi e spesso un paziente deve essere trattato nel tempo da più di uno di questi livelli e questo deve avvenire con il massimo di continuità (stessi metodi e, se possibile, stesso personale).

Un'altra specificità del settore riabilitativo è rappresentata dal fatto che gran parte dei suoi interventi è di **bassa tecnologia** e fortemente influenzato nei suoi risultati dalla tempestività, intensività e integrazione degli interventi piuttosto che non dalla loro complessità tecnica. Lo stesso ruolo degli specialisti medici in medicina riabilitativa è

4

γ



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

fortemente orientato alla pianificazione e valutazione degli interventi oltre che alla loro effettiva erogazione, affidata in larga misura ad altre professionalità.

Una particolarità del sistema marchigiano è rappresentata dalla **forte presenza del privato**, che costituisce una risorsa importante e qualificata e che costringe necessariamente a sviluppare nella parte pubblica una grande capacità di assolvere efficacemente al ruolo di "committente".

Tutti gli elementi proposti qui per una riflessione e sintetizzati nell'allegato A) orientano verso la stessa conclusione operativa ed organizzativa: **il governo della razionalizzazione e dello sviluppo della funzione riabilitativa ha bisogno di identificare delle specifiche sedi cui affidare il compito di analizzare l'attuale offerta e gli attuali consumi in modo da riorientarli e da garantire che gli investimenti vengano fatti anche utilizzando le risorse derivanti dai processi di razionalizzazione e poi monitorati con gli stessi criteri utilizzati nel processo di razionalizzazione stesso.**

Queste sedi vanno in primo luogo identificate con le Unità Operative di Medicina Riabilitativa delle attuali Zone cui va affidato il compito di sviluppare questa funzione di governo sui bisogni, sui consumi e sull'offerta di prestazioni riabilitative nella propria popolazione di riferimento. Questa funzione di governo deve diventare centrale nella attività di tali Unità Operative che devono formarsi ed attrezzarsi allo scopo. Il Dipartimento di Medicina Riabilitativa rappresenta una soluzione idonea allo sviluppo di questo percorso. Essa va definita in termini di popolazione di riferimento e sperimentata sul campo. L'inclusione nel Dipartimento delle strutture private potrà evitare il rischio di una coincidenza tra funzione di erogazione e funzione di committenza dei servizi pubblici.

In quest'ottica va analizzato, e se necessario chiarito con apposito provvedimento, il ruolo delle Unità Multidimensionali dell'età Evolutiva (UMEE) e dell'età adulta (UMEA), per evitare confusioni di ruolo non utili al sistema.

È opportuno ricordare che il recente accordo 2004 con le strutture private (vedi allegato B) va nella direzione sopraindicata valorizzando la funzione di committenza della Zona e che nel settore dei trattamenti ambulatoriali e domiciliari complessi è già stato messo a punto a livello regionale un percorso di definizione di criteri di appropriatezza e di indicatori per il loro monitoraggio (vedi allegato C). Tale percorso va attivato per gli altri livelli di erogazione delle attività di riabilitazione.

In questo processo di evoluzione dei modelli organizzativi in riabilitazione particolare risalto va dato alla valorizzazione dell'apporto di tutte le "nuove" professioni dell'area riabilitativa a partire da quella del terapeuta della riabilitazione, che hanno la responsabilità, in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze di:

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- a) elaborare , anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- b) praticare autonomamente attività per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando le diverse tecniche;
- c) proporre l'adozione di protesi ed ausili, addestrare al loro utilizzo e monitorare la loro efficacia;
- d) verificare le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono tali funzioni con titolarità e autonomia professionale. Alla loro valorizzazione fornirà impulso l'avvio del Dipartimento delle professioni sanitarie (art. 8 della Legge Regionale 13/2003).

Va da ultima sottolineata la necessità di costituire e formalizzare un gruppo regionale con rappresentanti del Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità, dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e dei privati per garantire un supporto in termini di indirizzo e coordinamento ai processi di cambiamento culturale ed organizzativo nel settore della riabilitazione. Uno specifico ulteriore gruppo va costituito per il settore dei disturbi dell'età evolutiva. Compito di questi gruppi è tra l'altro quello di collaborare alla definizione dei criteri e degli strumenti per il monitoraggio della appropriatezza e di rivedere ed aggiornare le tariffe.

4

8



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Nuovi modelli culturali ed organizzativi
in medicina riabilitativa**
Allegato A

**La specificità della programmazione
e gestione dei percorsi riabilitativi nella Regione Marche :
una tabella di sintesi**

1. Ampio spettro delle attività offerte dalla riabilitazione che in taluni casi rischiano di configurarsi come assistenza sanitaria aspecifica e/o inappropriata.
2. Carenza nella offerta di prestazioni riabilitative complesse.
3. Notevoli risorse assorbite dalla riabilitazione ambulatoriale e domiciliare anche se con forte disomogeneità tra le diverse Zone.
4. Necessità di mettere a punto strumenti per la verifica della appropriatezza delle attività di riabilitazione a tre livelli: appropriatezza della tipologia dell'intervento, appropriatezza del livello di erogazione dell'intervento e appropriatezza della durata dell'intervento.
5. Necessità di affidare la funzione di pianificazione e monitoraggio delle attività di medicina riabilitativa a specialisti operanti in tale ambito.
6. Forte esigenza di integrare le attività di riabilitazione in percorsi assistenziali condivisi con le discipline e gli specialisti che si occupano delle altre fasi del trattamento.
7. Forte esigenza di integrare l'operatività dei diversi livelli organizzativi che possono intervenire nel processo riabilitativo: ospedale, strutture residenziali, assistenza domiciliare e assistenza ambulatoriale.
8. Prevalenza degli interventi a bassa tecnologia.
9. Ruolo fondamentale dello specialista in medicina riabilitativa nelle fasi di pianificazione e monitoraggio del progetto riabilitativo individuale e di percorsi riabilitativi della "sua" popolazione di competenza.
10. Forte presenza del settore privato che implica lo sviluppo nel pubblico di una grande capacità di gestire il ruolo di committente.

y

y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Nuovi modelli organizzativi e culturali
in medicina riabilitativa**

Allegato B

Estratto dell'accordo per l'anno 2004 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate della Regione Marche.

Rapporti con la committenza

Tutte le strutture riabilitative si impegnano a presentare entro il 31 dicembre 2004 una relazione, concordata con la Zona di competenza, sulla composizione della casistica trattata (problema clinico e struttura/Zona di provenienza) e sulla tipologia e durata dei trattamenti previsti per i problemi clinici più frequentemente osservati. La relazione comprenderà l'individuazione delle priorità concordate sia in termini di problema clinico che di struttura/Zona di provenienza.

Per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione, entro il 31 dicembre le strutture dovranno presentare una relazione, concordata con la Zona di competenza, sui risultati della sperimentazione condotta nei primi quattro mesi del 2004 sui nuovi criteri di appropriatezza, che entreranno in vigore dal 1 gennaio 2005. Entro gli stessi tempi il Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità si impegna a predisporre il tariffario e la durata delle prestazioni "intermedie", cioè quelle residue rispetto a quelle "complesse", tariffario che i Centri applicheranno solo dopo la sua emanazione. Nel frattempo i Centri, pur tenendo distinte le due tipologie di prestazioni (complesse e intermedie), applicheranno la durata stabilita e le tariffe della presente delibera o le stesse eventualmente aggiornate. Nello stesso documento il Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità si impegna anche a ridefinire le tariffe relative alle prestazioni "complesse" a pazienti in età evolutiva.

Tutte le strutture riabilitative che svolgono attività di tipo residenziale con trattamenti a medio - lungo termine (superiori a 4 mesi l'anno) si impegnano entro il 30 dicembre 2004 a rivedere l'appropriatezza di tutti i nuovi (presi in carico dopo il 1 gennaio 2004) casi in trattamento con modalità concordate con la Zona di competenza.

Le strutture riabilitative si impegnano a garantire la corretta applicazione delle direttive regionali in tema di richiesta e autorizzazione dei trasporti sanitari programmati.

Il Dipartimento fornirà, in collaborazione con l'ASUR, indicazioni sulla struttura delle relazioni di cui ai capoversi 1 e 2 e sulle verifiche di cui al capoverso 3.

CP



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Nuovi modelli organizzativi e culturali
in medicina riabilitativa**

Allegato C

**Strumenti per la definizione ed il monitoraggio della
appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione
a livello ambulatoriale e domiciliare**

Premessa

Nella Regione Marche occorre contemporaneamente razionalizzare e sviluppare l'offerta di prestazioni nel settore della post-acuzie: lungodegenza, assistenza residenziale, assistenza domiciliare e assistenza riabilitativa in genere. In questi settori l'offerta è carente, ma il suo potenziamento va comunque governato con strumenti in grado di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni, l'appropriatezza del loro livello di erogazione e l'appropriatezza della durata del trattamento.

Obiettivo del presente documento è caratterizzare le **prestazioni ambulatoriali di Medicina Riabilitativa** definibili come *semplici e complesse* afferenti rispettivamente ai cosiddetti Presidi e Centri ed in particolare fissare alcuni criteri per stabilire e verificare l'appropriatezza del ricorso alle prestazioni ambulatoriali cosiddette ex art.26 (definite come **complesse** nel seguito del testo). Il problema ha forte rilevanza pratica dal momento che gli standard organizzativi e le tariffe dei due livelli ambulatoriali hanno una notevole diversità. Allo stesso tempo si tratta di un livello operativo fortemente significativo perché può limitare il ricorso ai trattamenti in regime di ricovero ospedaliero o residenziale.

Il documento affronta inoltre diversi aspetti operativi della gestione dei percorsi riabilitativi nelle strutture pubbliche e private. Esso è stato redatto nella parte relativa ai criteri di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali dei Centri sulla base delle indicazioni di un gruppo di lavoro con rappresentanti delle strutture pubbliche e private. Il coordinamento dei lavori del gruppo è stato gestito dal Servizio Assistenza Ospedaliera del Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità.

4

7



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Caratteristiche distintive dei Centri ambulatoriali e dei Presidi

La normativa nazionale vigente non permette automaticamente di definire in modo dettagliato ed oggettivo le prestazioni di competenza dei **Centri ambulatoriali** in modo da distinguerle da quelle erogate dai **Presidi** pur avendo fissato alcuni criteri generali utili a distinguere le due tipologie di strutture e di attività.

I riferimenti normativi sono:

- il D.M. 22.7.96 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe";
- il Decreto del Presidente della Repubblica del 14 .1.'97 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- le Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 Maggio 1998;
- il DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria".

Le Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 Maggio 1998 collocano i Centri ambulatoriali di riabilitazione ed i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri tra le strutture chiamate a svolgere interventi di riabilitazione estensiva o intermedia.

Gli interventi di riabilitazione estensiva svolti presso i **Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale** sono rivolti al trattamento di **disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22.7.'96**. I Presidi possono essere ospedalieri o territoriali. Essi svolgono le attività specialistiche ambulatoriali nei confronti dei soggetti esterni, anche a domicilio. I servizi di questo tipo collocati all'interno dell'ospedale assistono anche i pazienti ricoverati nelle Unità Operative per acuti. Nei confronti di questi pazienti svolgono attività di prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità.

Gli interventi di riabilitazione svolti presso i **Centri ambulatoriali** sono rivolti al trattamento di **disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine e quindi "un progetto riabilitativo"**. I **Centri ambulatoriali di riabilitazione** svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un **trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità, che richiede un apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico per l'età evolutiva**. Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

attività ambulatoriali specialistiche, di cui al DM. 22.7.'96, per la presa in carico **multidisciplinare** del soggetto disabile tramite il **progetto riabilitativo individuale**. Questo ultimo concetto è espresso anche nel Decreto del Presidente della Repubblica del 14 .1.97.

Inoltre, per quanto riguarda la tariffazione, questo decreto afferma che :

- a) i Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione funzionale ospedalieri e territoriali svolgono attività tariffate a norma del DM 22/07/96 come singola prestazione o somma di prestazioni;
- b) i Centri ambulatoriali di riabilitazione si differenziano per la tariffazione onnicomprensiva di norma su base oraria.

Dunque, la normativa nazionale vigente definisce per le due tipologie di strutture ambulatoriali la metodologia dell'intervento, la tariffazione ed alcune caratteristiche delle principali disabilità afferenti ad ognuna di esse. La Tabella dell'allegato 1 sintetizza le principali differenze tra Centri e Presidi. **Criteri di accesso ai Centri ambulatoriali di riabilitazione**

Le prestazioni dei Centri (ex art. 26) possono essere in sostanza definite come prestazioni riabilitative ambulatoriali complesse caratterizzate dalla **multiprofessionalità** delle competenze necessarie alla gestione del progetto riabilitativo (occorre peraltro ricordare che nel manuale di accreditamento della Regione Marche si parla di equipe multidisciplinare). Di conseguenza, i criteri di appropriatezza per l'accesso a questi Centri devono fare riferimento soprattutto alla **multiprofessionalità** delle loro prestazioni definita in base ai seguenti cinque criteri:

- a) il progetto riabilitativo deve prevedere il coinvolgimento di almeno due competenze specifiche oltre a quelle mediche (rappresentate dal fisiatra o altro specialista in possesso di disciplina equipollente; si precisa che per i disturbi dello sviluppo in età evolutiva lo specialista referente può essere rappresentato dal neuropsichiatra infantile). Le competenze specifiche riguardano le seguenti funzioni/attività:
 - psicologo;
 - pedagoga;
 - educatore professionale;
 - fisioterapista;
 - terapeuta occupazionale;
 - logopedista;
 - terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva;
 - tecnico ortopedico;
 - ortottista;
 - infermiere;
 - assistente sociale;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- b) ogni specifica competenza deve corrispondere ad uno o più specifici operatori con un curriculum formativo e professionale "certificabile" nei limiti della attuale normativa;
- c) nella figura del fisioterapista possono essere concentrate più competenze specifiche, purché dimostrabili da un percorso formativo ad hoc, che se utilizzate da uno o più operatori nel medesimo paziente configurano la multiprofessionalità;
- d) ogni competenza deve intervenire nel progetto riabilitativo in modo significativo, partecipando a tutte le riunioni della equipe ed operando sugli obiettivi specifici riportati esplicitamente nel progetto;
- e) il progetto riabilitativo deve prevedere obiettivi di recupero e/o prevenzione delle disabilità espliciti e misurabili.

Quanto indicato sino a questo punto non è sufficiente per selezionare in modo appropriato le prestazioni afferenti ai Centri. Infatti, per una più dettagliata individuazione delle prestazioni pertinenti per i due tipi di strutture ambulatoriali che sia sottratta alla soggettività degli operatori, occorre definire :

- le **condizioni patologiche** che causano le tipologie di disabilità appropriate per un trattamento nei Centri, con riferimento anche alle fasi del processo morboso che più probabilmente le determinano (le diverse condizioni patologiche costituiscono solamente un riferimento generico per stimare le possibili conseguenti tipologie di disabilità, in quanto ad una stessa patologia possono corrispondere, a seconda della gravità e quindi della fase, disabilità complesse oppure viceversa disabilità minimali);
- l'appropriatezza del livello di erogazione in relazione alla specifica **tipologia di disabilità**;
- i **tempi di erogazione** (ovvero la definizione di quali sono i tempi appropriati per l'avvio del percorso riabilitativo, in funzione del tipo di bisogno e delle fasi biologiche del recupero).

Vi sono due tipologie di criteri: patologia/disabilità specifici e generali. Per quanto riguarda i criteri specifici **possono afferire alle struttura ambulatoriale di II° livello, ovvero al Centro ambulatoriale, le disabilità' complesse che non richiedono ricovero, ma la definizione di un progetto riabilitativo individuale realizzato da una equipe multiprofessionale.** Queste sono determinabili dalle condizioni riportate nell'allegato 2. Un ulteriore lavoro di definizione va fatto per il capitolo dei disturbi dell'età evolutiva nell'ambito di uno specifico gruppo di lavoro regionale.

In presenza di queste condizioni si rende inoltre necessario, al fine di stabilire la necessità di trattamenti ambulatoriali complessi, integrare la definizione nosologica della condizione con indicazioni che mettano in chiara evidenza:

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- l'estensione o la gravità della menomazione determinata dalla condizione patologica di base;
- il grado di difficoltà del soggetto nell'eseguire una determinata azione determinata dalla condizione patologica di base.

Tali indicazioni possono essere ottenute utilizzando la classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), che tramite i cosiddetti "qualificatori" è in grado di descrivere la gravità dei problemi (ovvero la gravità rispettivamente della menomazione e della disabilità).

Per indicare l'estensione o la gravità di una menomazione va utilizzato un qualificatore generico con scala negativa (nell'ambito della componente "Funzioni corporee") indicato nella seguente tabella.

Scala dei qualificatori per le funzioni corporee

0	NESSUNA menomazione	(assente, trascurabile..)	0-4%
1	menomazione LIEVE	(leggera, piccola...)	5-24%
2	menomazione MEDIA	(moderata, discreta...)	25-49%
3	menomazione GRAVE	(notevole, estrema)	50-95%
4	menomazione COMPLETA	(totale)	96-100%
8	non specificato		
9	non applicabile		

Analogamente per indicare il **grado di difficoltà' del soggetto nell'eseguire una determinata azione** viene utilizzato un qualificatore generico con scala negativa (nell'ambito della componente "Attività") così come indicato nella seguente tabella.

Scala dei qualificatori per le Attività

0	NESSUN problema	(assente, trascurabile..)	0-4%
1	problema LIEVE	(leggera, piccola...)	5-24%
2	problema MEDIO	(moderata, discreta...)	25-49%
3	problema GRAVE	(notevole, estrema)	50-95%
4	problema COMPLETO	(totale)	96-100%
8	non specificato		
9	non applicabile		

In entrambe le scale vengono fornite ampie fasce percentuali entro cui muoversi con gli strumenti attualmente disponibili di "misurazione" generica e/o patologia specifica del livello di menomazione di una funzione corporea o di limitazione della capacità dell'eseguire una azione.

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Di norma possono essere ammessi alle prestazioni riabilitative afferenti ai Centri, **oltre ai pazienti con singoli livelli di menomazione e di disabilità uguali o superiori al grado 3, quelli che presentino almeno 2 menomazioni con livello di gravità non inferiore al grado 2 ed almeno 2 disabilità con livello di gravità non inferiore al grado 2.**

Le prestazioni dei Presidi

Afferiscono invece alle strutture di I° livello, ovvero al **Presidio ambulatoriale**, le **disabilità che non richiedono un intervento riabilitativo complesso e multidisciplinare, ma la definizione di un semplice programma terapeutico riabilitativo**, quali ad esempio:

- le disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza ed a rapida soluzione;
- le disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi di "mantenimento" o di prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito e/o attività "didattico-informative";
- le disabilità minimali croniche che richiedono interventi caratterizzati prevalentemente da prestazioni di terapia fisica strumentale.

La scheda ambulatoriale

La concreta applicazione in ogni specifico caso trattato nei Centri dei criteri di appropriatezza sopra descritti richiede l'utilizzo di una scheda ambulatoriale strutturata per l'accettazione del paziente in coerenza con l'impostazione di questo documento. In sostanza, la scheda deve riportare a questi fini:

1. una descrizione clinica del paziente in grado di evidenziare la presenza di una delle patologie/condizioni dell'allegato f;
2. la definizione dei tempi (data di esordio della malattia o di inizio del peggioramento della disabilità);
3. la descrizione delle conseguenze della condizione/patologia in termini di menomazioni/disabilità;
4. la definizione del piano riabilitativo con indicazione delle professionalità coinvolte in rapporto alla condizione di disabilità di pertinenza.

La documentazione clinica dovrà poi riportare durata ed esiti del trattamento anche ai fini di una loro valutazione di appropriatezza.

Attività riabilitative complesse domiciliari

Le "regole" (criteri di appropriatezza e strumenti di verifica) stabilite per le prestazioni ambulatoriali erogate dai Centri possono essere utilizzate anche per le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

prestazioni domiciliari. Occorre solo aggiungere alla scheda i dati relativi ai motivi per i quali si eroga l'intervento a livello domiciliare anziché ambulatoriale.

Modalità di richiesta del trattamento ambulatoriale

Il trattamento ambulatoriale può essere richiesto dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti dipendenti o convenzionati. La responsabilità della scelta del corretto livello di erogazione è della struttura erogante.

I soggetti erogatori

Le prestazioni riabilitative complesse vengono erogate dai Centri ambulatoriali di riabilitazione di cui al paragrafo 4.9 del Manuale di autorizzazione (DGR 2200/2000). I Centri, pubblici o privati, pur rimanendo strutture extraospedaliere, possono essere collocati sia in sede ospedaliera che territoriale. I Centri pubblici possono operare nell'ambito dei Servizi di recupero e rieducazione funzionale (attualmente definiti Unità Operative di Medicina Riabilitativa) delle Aziende/Zone.

Le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione semplici vengono erogate dai Presidi ambulatoriali di riabilitazione di cui al paragrafo 4.9 del Manuale di autorizzazione.

Le prestazioni domiciliari *complesse* possono essere erogate o acquistate dalle strutture pubbliche o private operanti come Centri.

Modalità di effettuazione dei controlli

I controlli sia sulle strutture private che su quelle pubbliche vanno effettuati dal personale delle Aziende/Zone, che debbono attrezzarsi per il governo dei percorsi riabilitativi.

Le ricadute dell'applicazione dei criteri di appropriatezza per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari complesse sul budget delle strutture private e sulle tariffe

L'obiettivo del presente lavoro di regolamentazione non è la riduzione del budget delle strutture private eroganti le prestazioni ex art. 26. E' vero, infatti, che in caso di trattamenti non rispondenti ai criteri di appropriatezza stabiliti si dovranno effettuare abbattimenti con modalità da concordarsi. D'altro canto, però, nel settore della riabilitazione, vi è una carenza dell'offerta diversa per area e per tipologia di attività e la stragrande maggioranza delle strutture eroganti prestazioni ex art. 26 opera a più livelli e su più sedi. L'obiettivo degli interventi per il miglioramento della appropriatezza del trattamento, del suo livello di erogazione e della sua durata è quello di aumentare il numero di casi trattati e non di ridurre i costi complessivi d'acquisto delle prestazioni ambulatoriali. Di conseguenza, le strutture private potranno compensare la diversa

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

eventuale valorizzazione in riduzione delle attività attualmente erogate con le tariffe dell'ex art. 26 aumentando il numero di casi trattati o concordando lo spostamento del budget ad altri livelli e/o sedi.

I gruppi di lavoro istituiti a livello regionale dovranno:

- definire le prestazioni da classificarsi come "intermedie" tra quelle dei Presidi e quelle dei Centri e stabilire le relative tariffe e gli erogatori autorizzati;
- rivedere i criteri di appropriatezza e le tariffe per le prestazioni nel settore dell'età evolutiva.

Altre problematiche correlate alle attività dei Centri

In questo settore, come del resto in tutti gli altri, vale il **principio della libera scelta del cittadino** della sede di trattamento nei limiti dei budget di attività riconosciuti a ciascuna struttura. Il governo dei percorsi riguarda, pertanto, il controllo della appropriatezza del trattamento, del suo livello di erogazione e della sua durata, ma non quello della scelta della sede dove effettuarlo.

Vanno evitate forme di **autorizzazione preventiva** sia sulle possibilità di effettuare il trattamento che sulla sede di trattamento. Vanno invece concordati i criteri di accesso e i metodi di controllo secondo le indicazioni del presente documento.

Una problematica fortemente rilevante è rappresentata dall'autorizzazione al **trasporto sanitario** in ambulanza o con un pulmino per disabili al Centro o al Presidio. E' essenziale che essa venga data **prima** di iniziare il ciclo di trattamento e che essa venga data con una applicazione rigorosa ed omogenea dei criteri a suo tempo forniti con specifiche circolari alle Aziende. Nei casi in cui venga chiesto il trasporto diventa ancora più importante un controllo preventivo sulla appropriatezza del trattamento e della sua presumibile durata. In questi specifici casi, è legittimo quantomeno orientare la scelta della sede del trattamento in modo da minimizzare il costo dei trasporti in modo che il ricorso a sedi più distanti sia riservato a situazioni particolari e adeguatamente motivato.

4

8



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1

PRINCIPALI DIFFERENZE TRA PRESIDI E CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE

Caratteristiche del paziente e dell'intervento riabilitativo	Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale	Centri ambulatoriali di riabilitazione
Grado della disabilità del soggetto assistito	Disabilità transitorie e/o minimali	Disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple
Modalità dell'intervento assistenziale	Prestazioni in seduta singola raggruppabili in uno o più cicli, anche per piccoli gruppi di utenti	Presenza in carico globale del soggetto
Metodologia dell'intervento	Semplice programma terapeutico riabilitativo	Progetto riabilitativo personalizzato
Durata del singolo trattamento	Inferiore all'ora	Non inferiore all'ora, anche pluriprofessionale (comprensivo, quando necessario, dell'attività indiretta*)
Figure professionali coinvolte	Medico specialista fisiatra ed un operatore delle professioni sanitarie riabilitative	Equipe multiprofessionale
Tariffazione	Attività tariffate a norma del DM 22/07/96 come singola prestazione o somma di prestazioni	Tariffazione omnicomprensiva di norma su base oraria.
Attività indiretta*	Non prevista	Prevista

* La voce "Attività indiretta" comprende le riunioni di équipe, i colloqui con insegnanti, genitori ed educatori, la compilazione del PEI e del PDF, ecc.

4

2



Allegato 2

**Disabilità complesse che possono richiedere
la definizione di un progetto
riabilitativo individuale
realizzato da una equipe multiprofessionale**

A. Conseguenze di lesioni del SNC-SNP

- A.1 Vasculopatie cerebrali.** Trattamento riabilitativo da condurre di norma entro i 12 mesi dall'evento acuto. L'intervento può essere protratto o ripreso oltre i 12 mesi qualora si realizzino condizioni di modificabilità (ad esempio per impiego di tossina, fenolo o dopo trattamento delle paraosteoartropatie). Indicazione ad effettuare la "valutazione" (primo momento della presa in carico) per l'accesso al regime ambulatoriale entro 10 giorni dall'ospedale.
- A.2 Sindromi demielinizzanti (Sclerosi multipla).** Indicazione a condurre la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro un mese dalla riacutizzazione o dalla perdita funzionale, con individuazione delle possibilità di miglioramento del danno secondario.
- A.3 Sindromi degenerative progressive del SNC-SNP e del muscolo (Atassie ereditarie, Sclerosi laterale amiotrofica, amiotrofia di Charcot Marie, distrofie muscolari).** Indicazione a condurre la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro un mese dalla riacutizzazione o dalla perdita funzionale.
- A.4 Sindromi infiammatorie ed infettive (encefaliti, meningiti, mieliti).** Indicazione a condurre la valutazione entro un mese dalla riacutizzazione o dalla perdita funzionale, con individuazione delle possibilità di miglioramento del danno secondario.
- A.5 Traumatismi cranio-encefalici e midollari.** Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro 10 giorni dalla dimissione dall'ospedale.
- A.6 Traumatismi gravi del SNP** da incidenti sul lavoro e traumi della strada, con, ad esempio, *lesioni dei plessi o dei tronchi primari* come una paralisi del plesso brachiale da traumi della spalla o da fratture della clavicola dove si ritrovano deficit motori, trofici, sensitivi con conseguente disabilità complesse. Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro 1 mese dall'evento lesivo o dalla dimissione dal reparto per acuti. **Da trattare per tempi diversi a seconda che si tratti di una assottmesi o neurotmesi.**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

A.7 Sindrome di Parkinson e sindromi extrapiramidali

B. Conseguenze di patologie ortopedico-traumatologiche

- B.1 Politraumi in fase di recupero.** Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro 10 giorni dalla possibilità di iniziare la mobilizzazione o dalla dimissione dall'ospedale.
- B.2 Fratture complicate** (da *algoneurodistrofia*, da *lesioni nervose*, come ad esempio lesione del nervo radiale nelle fratture dell'omero, e da *lesioni tendinee* come quelle della cuffia dei rotatori in caso di fratture-lussazioni della spalla). Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro 10 giorni dalla possibilità di iniziare la mobilizzazione o dalla dimissione dalla u.o. ospedaliera.
- B.3 Esiti di interventi chirurgici ortopedici** (*artroprotesi di anca e di ginocchio*). Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro 10 dalla possibilità di iniziare la mobilizzazione o dalla dimissione dal reparto per acuti.
- B.4 Dismorfismi del rachide in età evolutiva** (*con curva maggiore di 20°*).
Trattamento correlato al momento evolutivo della malattia
- B.5 Esiti di ustioni.** Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro 10 giorni dalla possibilità di iniziare la mobilizzazione o dalla dimissione dal reparto per acuti.

C. Conseguenze di patologie oncologiche

- C.1 Esiti di mastectomia.** La percentuale del volume dell'edema in corrispondenza del lato sede di mastectomia/quadrantectomia associata a linfadenectomia deve essere superiore ad almeno il 10% rispetto al lato sano controlaterale.
Indicazione ad effettuare la valutazione per l'accesso al regime ambulatoriale entro un mese dalla comparsa dell'edema.

D. Conseguenze di patologie cardio-respiratorie

- D.1 Preparazione ed esiti di intervento chirurgico sulla gabbia toracica**
(*lobectomia, pneumonectomia, cardiocirurgia*)
- D.2 Esiti di infarto miocardico arresto**
- D.3 Fibrosi cistica**
- D.4 Sindromi restrittive da malattie neuromuscolari**
- D.5 Esiti di laringectomia**
- D.6 Esiti di patologie ostruttive e restrittive associate a disabilità complesse di ordine neurologico**
- D.7 Broncopneumopatia cronica ostruttiva**

E. Conseguenze di patologie vascolari periferiche

- E.1 Esiti di amputazione di arti inferiori o superiori, in fase post-acuta.**
Determinata la stabilità sotto il profilo chirurgico, in tempi coerenti con



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

l'obiettivo di modellamento del moncone, prescrizione delle protesi oppure addestramento all'uso funzionale della protesi.

F. Conseguenze di patologie urogenitali

F. 1 Alterato controllo sfinterico urinario e fecale

G. Conseguenze di patologie neurologiche infantili (età compresa tra i 3 mesi ed i 14 anni)

G. 1 Esiti di sindromi da sofferenza cerebrale per cause pre o perinatali con danno neurologico e motorio di varia entità (ad esempio tetraparesi spastica, diparesi spastica, paralisi ostetrica, ecc). Il trattamento riabilitativo può essere protratto o ripreso dopo i 18 anni qualora si realizzino condizioni di modificabilità nelle diverse aree funzionali alterate (area rispettivamente dell'autonomia, locomotoria, manipolativa, percettiva, cognitiva, comunicativa e relazionale). E' inoltre da prevedere oltre i 18 anni un intervento assistenziale mirato alla prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie.

G. 2 Sindromi cromosomiche

G. 3 Sindromi genetiche

G. 4 Ritardo mentale, disturbo generalizzato dello sviluppo

G. 5 disturbi dell'apprendimento

G. 6 Sindromi malformative a carico del sistema nervoso centrale (ad esempio *mielomengocele*)

G. 7 Miopatie

G. 8 Danno cerebrale secondario ad eventi infiammatori, infettivi, ecc.

G. 9 Disprassie

G. 10 Altri disturbi dell'età evolutiva (come disturbi delle funzioni psicomotorie, disturbi specifici del linguaggio, disturbi del linguaggio non secondari a problemi cognitivi, disturbi da deficit di attenzione con o senza iperattività, disgrafie, disturbi di coordinamento motorio, disturbi del comportamento e relazionali). Uno specifico gruppo di lavoro dovrà approfondire questa categoria.

H. Gravi artropatie nell'ambito delle connettivopatie "maggiori"

H. 1 Artrite reumatoide

H. 2 Panarterite nodosa

H. 3 Lupus eritematoso sistemico

H. 4 Sclerodermia

4

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Il riordino
delle strutture di riabilitazione**

Premessa

Viene presentato con questo documento un percorso per la definizione del Piano di riordino delle Strutture di riabilitazione. Esso descrive l'attuale assetto della funzione riabilitativa ed include le ipotesi di sviluppo formulate dalle Aziende/Zone/INRCA. La proposta di riordino ha come riferimento programmatico il **Piano Sanitario Regionale 2003 2006 (P.S.R.)** che al paragrafo 3.1.6.2. La Riabilitazione riporta: *"Lo standard programmatico della riabilitazione è fissato in 0,5 posti letto per 1000 abitanti (735p.l.) I servizi di degenza riabilitativa saranno realizzati presso strutture ospedaliere pubbliche per acuti o presso strutture specializzate esterne (accreditate come tipologie ospedaliere o residenziali), in rapporto alla specificità ed alle finalità del servizio erogato."*

La ricognizione dell'esistente e delle proposte di sviluppo è stata fatta attraverso il confronto con le Aziende/Zone/INRCA. Le proposte di sviluppo sono state verificate con il piano degli investimenti dell'art. 20 ex art. 71 L. 448/88, le domande di autorizzazione, le proposte di riordino della funzione ospedaliera approvate dalle conferenze dei Sindaci, le delibere di Giunta relative alla riconversione dei Poli Ospedalieri, il Progetto Area Urbana di Ancona e l'accordo regionale con le strutture private di riabilitazione.

Riguardo alla riabilitazione intensiva, va ricordato come le Linee Guida Nazionali ed il PSR classifichino all'interno del contenitore "riabilitazione intensiva" tanto le strutture ospedaliere che quelle extra-ospedaliere. La DGR 1447/99 e successive modifiche, che regola standard ed obiettivi delle strutture di riabilitazione, opera una distinzione che assegna alla riabilitazione intensiva extra-ospedaliera funzioni largamente sovrapponibili a quella ospedaliera. In una ottica di razionale utilizzo delle risorse e di garanzia dei livelli di assistenza appare necessario regolamentare in modo più preciso questa tipologia di prestazioni.

La riabilitazione intensiva extra-ospedaliera si caratterizza per la possibilità di trattare una ampia varietà di condizioni cliniche, sia in fase di post-acuzie che per interventi programmati in fase cronico-evolutiva. In particolare le strutture di riabilitazione intensiva extra-ospedaliera sono chiamate a trattare la seguente casistica:

- trattamento in fase di post-acuzie con particolare riferimento ad eventi cerebrovascolari, traumatologia ortopedica, insufficienze cardiorespiratorie e sindromi da immobilizzazione;

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- esecuzione di programmi ciclici di trattamento in soggetti con gravi patologie a carattere cronico-evolutivo, che necessitano di interventi riabilitativi in occasione di riacutizzazione della malattia e per sostenere periodicamente livelli acquisiti di autonomia;
- completamento di programmi di trattamento riabilitativo avviato in regime ospedaliero.

La durata massima della degenza resta fissata in 120 giorni.

Qualora la tipologia particolare di pazienti dovesse richiederlo è possibile, nell'ambito degli accordi locali tra Zona territoriale e Struttura Erogante, valutare l'opportunità di istituire una guardia medica nell'arco delle 24 ore.

I maggiori costi derivanti da tale attività verranno compensati mediante specifica integrazione della tariffa di base, concordata in sede di trattativa di budget.

Analoga misura organizzativa potrà essere predisposta dalle zone territoriali per le strutture a gestione diretta.

Le indicazioni del Piano

In base al P.S.R. gli interventi riabilitativi vengono classificati in tre principali tipologie:

- i servizi di Alta Specialità (III livello riabilitativo e unità funzionalmente integrate);
- i servizi di Riabilitazione Intensiva (II livello riabilitativo);
- i servizi di Riabilitazione Estensiva (I livello riabilitativo).

Sempre in base al P.S.R. tra i servizi di Alta Specialità (tasso 0,04 X 1000) vengono classificati:

- l'Unità Spinale (USP), da realizzarsi presso il polo regionale dell'emergenza e destinata alla gestione della fase acuta ed immediatamente post-acuta delle gravi lesioni midollari (da sviluppare come modello multipolare con il coinvolgimento di altre strutture pubbliche e/o privati);
- l'Unità per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva (UDGE), da realizzarsi in collaborazione con l'ospedale Salesi;
- le Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA), distinte in: Unità di Risveglio (UGCA - URI) dedicata alla gestione dei comi con aspettative di recupero e nelle prime fasi di recupero (è opportuna la modifica della denominazione di tali strutture in Unità di Terapia Sub-intensiva a valenza riabilitativa - USIR); Unità di terapia Intensiva post-critica di neuroriabilitazione (UGCA-UNI), destinata ad accogliere, nella fase immediatamente post-acuta e del massimo impegno riabilitativo, i pazienti craniolesi e mielolesi provenienti anche da altre strutture riabilitative di 3° livello (USP, UGCA-URI);



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- le Unità per sordociechi e pluriminorati sensoriali, con caratteristiche degenziali di residenzialità, classificate come "Unità Speciali" tra le strutture extra-ospedaliere residenziali.

Nell'ambito della riabilitazione di 1° e 2° livello il P.S.R. 2003 2006 al paragrafo 3.1.6.2. La Riabilitazione riporta: *"I servizi di Riabilitazione Intensiva (tasso 0,3 X 1000) verranno sviluppati garantendo una migliore e più equa distribuzione tra le province, con un significativo incremento dei posti letto nelle province di Pesaro ed Ascoli, presso strutture pubbliche o in case di cura in riconversione. Le zone territoriali potranno aumentare tale numero di posti letto riconvertendo pl precedentemente destinati all'acuzie (es. PL chirurgici). I servizi di Riabilitazione Estensiva (tasso 0,160 X 1000) verranno riarticolati prevedendo una parziale riclassificazione verso la tipologia delle Residenze per Disabili, a vari gradi di intensità assistenziale. In deroga agli indici programmatori rimangono comunque accreditati i posti letto dei centri di riabilitazione operanti al 31 dicembre 2002, mantenendo il precedente livello di accreditamento per tutti i posti letto occupati da pazienti che soddisfino i criteri di appropriatezza definiti per quel livello assistenziale."*

Inoltre il P.S.R. individua le RSA disabili come *"una tipologia di strutture con una spiccata vocazione alla gestione a lungo termine di pazienti, non assistibili a domicilio, ove l'impegno di assistenza e cura della persona sia costantemente accompagnato da interventi psico-educativi, di stimolo relazionale e di socializzazione. Dovranno essere assimilate alle residenze Sanitarie per disabili molte strutture tradizionalmente classificate come "Istituti di Riabilitazione" ex. Art. 26, L. 833/78, con riferimento a quei moduli ove il principale obiettivo di trattamento sia quello dell'assistenza sostitutiva familiare e di mantenimento, essendosi completati i programmi di trattamento riabilitativo finalizzati al massimo recupero funzionale ed al reinserimento psico-sociale e riabilitativo (assolti dai livelli di intervento della terapia riabilitativa intensiva ed estensiva). In questa ottica, e per dar conto delle particolari situazioni di complessità assistenziale cui questi moduli degli istituti di riabilitazione si sono fatti tradizionalmente carico, è necessario prevedere almeno due tipologie di moduli assistenziali:*

- *RSA per pazienti disabili gravi (assenza di tre autonomie nelle attività quotidiane: mangiare, vestirsi, camminare, lavarsi, andare al bagno, comunicare);*
- *residenza protetta"*

Le proposte da valutare nel piano di riordino

Il presente Piano di riordino prende in considerazione la distribuzione dei posti letto di riabilitazione, escludendo il cosiddetto "Seminternato", che in ambito riabilitativo può essere considerato come un'insieme di prestazioni ambulatoriali riabilitative prolungate. Per il resto nell'ipotesi di Piano di riordino delle strutture di riabilitazione, la classificazione delle strutture utilizzata è quella della tabella 5 del Piano Sanitario Regionale 2003 - 2006:

Riabilitazione Alta specialità (3° livello Linee Guida nazionali)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Unità spinale
- Gravi disabilità età evolutiva
- Unità di risveglio
- Intensività neuromotoria postcritica (

Riabilitazione intensiva ospedaliera e extra-ospedaliera (2° livello Linee Guida nazionali)

Riabilitazione Estensiva 1° livello Linee Guida nazionali

Residenze Sanitarie Disabili

Unità Speciali Residenziali

*Unità speciale per sordociechi e pluriminorati psicosensoriali
Stati comatosi persistenti + gravi insufficienze respiratorie*

Il quadro che emerge dalla ricognizione per quanto riguarda la Riabilitazione Intensiva ospedaliera e extra-ospedaliera e la Riabilitazione Estensiva viene riportato in una scheda per singola Zona, tipologia di riabilitazione, struttura (vedi allegato A). La tabella riporta anche il confronto con gli standard di PSR.

Nella tabella allegato B vengono riportati i posti letto delle Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili (RSA disabili).

Nella tabella dell'allegato C vengono infine riportati i PL relativi all'alta specialità riabilitativa. Un discorso a parte meritano l'Unità Spinale e le Gravi disabilità età evolutiva (UGDE), funzioni per le quali verranno fatte un progetto e una verifica "ad hoc".

Infine, sempre nell'allegato C, vengono riportati i PL delle Unità speciali residenziali che, in termini numerici, risultano conformi alle previsioni del PSR.

Valutazione della proposta di riordino

La proposta, comprensiva delle nuove richieste di attivazione di Posti Letto, dovrà essere opportunamente valutata e dovrà essere concordata in sede di Area Vasta, nell'ottica del mantenimento delle dotazioni all'interno, per quanto possibile, delle previsioni del Piano Sanitario Regionale. In ogni caso tutte le modifiche proposte dalle aree vaste dovranno essere sottoposte all'approvazione della Giunta regionale.

Si fa presente a questo riguardo che:

- a) tra i criteri di priorità da utilizzare vi è la collocazione dell'attività nei poli ospedalieri in modo da privilegiare le proposte incluse nei processi di riconversione di tali strutture;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- b) la distribuzione dei posti letto di riabilitazione intensiva deve garantire nel tempo la massima vicinanza possibile con la struttura per acuti di provenienza;
- c) la funzione di riabilitazione cardiologica prevista nella Zona Territoriale n. 5 di Jesi per i pazienti post-cardiochirurgici va considerata di valenza regionale e va tolta, per la sua valenza ultra-specialistica, dal confronto con gli standard di piano. In un secondo tempo potrà essere previsto un ulteriore sviluppo della funzione di riabilitazione cardiologica a seguito della predisposizione di uno specifico documento di indirizzo da parte del gruppo di lavoro regionale;
- d) eventuali eccessi di posti letto di un livello potranno essere compensati nella stessa area vasta da carenze in un altro livello;
- e) per la Provincia di Macerata, data la presenza dell'Istituto Santo Stefano di Porto Potenza Picena, vanno rideterminati i limiti di riferimento del PSR in base ai dati di utilizzo della struttura da parte dei residenti "indotti" (che hanno cioè acquisito la residenza in loco a seguito del trasferimento presso la struttura) e dei pazienti provenienti da fuori Regione;
- f) eventuali esuberanti nella proposta formulata a seguito della verifica potranno trovare "copertura" nei 200 posti letto incrementali, rispetto ai limiti tabellari, messi a disposizione dal PSR per la funzione residenziale;
- g) per quanto riguarda le RSA disabili la loro programmazione verrà fatta con il coinvolgimento del gruppo di lavoro regionale, in collaborazione con le Zone territoriali, le aziende Ospedaliere e l'INRCA, contestualmente alla programmazione delle Residenze protette per disabili. Fino a questa fase le strutture attualmente operanti già classificate come RSA disabili mantengono tale denominazione assieme alle relative tariffe. In seguito ai lavori del gruppo, altre strutture riabilitative con attuale diversa denominazione potranno confluire nelle strutture residenziali per disabili;
- h) i progetti di attivazione delle nuove strutture andranno finanziati con le previsioni di una riduzione della mobilità passiva extra-regionale da ottenersi con un intervento di governo dei relativi flussi;
- i) vanno valorizzate le esperienze di trasferimento a livello domiciliare di alcune tipologie di pazienti attualmente assistiti in regime di ricovero ospedaliero o residenziale, come i pazienti con gravi quadri di insufficienza respiratoria.



Proposta di riordino delle strutture di riabilitazione

Allegato A

**Ipotesi di Piano di Riordino dei
posti letto di riabilitazione
intensiva ospedaliera e di
riabilitazione intensiva ed estensiva
extra-ospedaliera della Regione
Marche**

g

X



19 DIC 2005
Delibera
1627

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ipotesi di piano di riordino dei posti letto di riabilitazione

Area vasta di Pesaro e Urbino

Riabilitazione estensiva

101 Pesaro	attivi
galantara riabilitazione estensiva	20
mombaroccio riabilitazione estensiva	18

Totale attivi area vasta: 38; Previsione PSR: 35; Differenziale attuale col PSR: 3;
Totale proposte 20; Differenziale delle proposte col PSR: 23.

Riabilitazione intensiva

101 Pesaro	attivi
novafeltria	
riabilitazione intensiva ospedaliera	5
102 Urbino	attivi
macerata feltria	
riabilitazione intensiva extraospedaliera	30
103 Fano	attivi
pergola riabilitazione intensiva ospedaliera	20

Totale attivi area vasta: 55; Previsione PSR: 100; Differenziale attuale col PSR: -45;
Totale proposte 45; Differenziale delle proposte col PSR: 0.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area vasta di Ancona

Riabilitazione estensiva

107 Ancona	attivi
ist. bignamini don gnocchi falconara	
riabilitazione estensiva	35

Totale attivi area vasta: 35; Previsione PSR: 44 ; Differenziale attuale col PSR: -9;
Totale proposte: 45; Differenziale delle proposte col PSR: 36.

Riabilitazione intensiva

105 Jesi	attivi
jesi - ospedali riuniti	
riabilitazione intensiva ospedaliera	4
villa serena cardiologia riabilitativa	10
106 Fabriano	attivi
sassoferrato - osp.s.antonio ab.	
riabilitazione intensiva ospedaliera	18
107 Ancona	attivi
inrca - ancona	
riabilitazione intensiva ospedaliera	24
ist. bignamini don gnocchi falconara	
riabilitazione intensiva extraospedaliera	15
villa adria - ancona	
riabilitazione intensiva ospedaliera	40
riabilitazione intensiva extraospedaliera	30
906 AO O.R. Umb I - Lancisi	attivi
ao o.r. umb i - lancisi	
riabilitazione intensiva ospedaliera	7

Totale attivi area vasta: 148; Previsione PSR: 146; Differenziale attuale col PSR: 2;
Totale proposte : 49; Differenziale delle proposte col PSR: 51.

I PI di cardiologia riabilitativa non erano considerati nel calcolo dei PI di riabilitazione delle tabelle di PSR

4

X



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area vasta di Macerata

Riabilitazione estensiva

108 Civitanova M	attivi
ist. paolo ricci civitanova m. riabilitazione estensiva	10
ist. s.to stefano - potenza picena riabilitazione estensiva	240
villaggio le ginestre recanati riabilitazione estensiva	20
109 Macerata	attivi
appignano - inrca riabilitazione estensiva	35

Totale attivi area vasta: 305; Previsione PSR: 120; Differenziale attuale col PSR: 185;
Totale proposte: 10; Differenziale delle proposte col PSR: 195.

Riabilitazione intensiva

108 Civitanova M	attivi
ist. s.to stefano - potenza picena riabilitazione intensiva ospedaliera	49
riabilitazione intensiva extraospedaliera	40
109 Macerata	attivi
treia riabilitazione intensiva ospedaliera	13
110 Camerino	attivi
matelica - osp.s.sollecito riabilitazione intensiva ospedaliera	

Totale attivi area vasta: 102 Previsione PSR: 101; Differenziale attuale col PSR: 1
Totale proposte 16; Differenziale delle proposte col PSR: 17;

4

Y



19 DIC 2005

Delibera

1627

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area vasta di Ascoli Piceno

Riabilitazione estensiva

113 Ascoli Piceno	attivi
ist. mancinelli montelparo	
riabilitazione estensiva	22

Totale attivi area vasta: 22; Previsione PSR: 35; Differenziale attuale col PSR: -13;
Totale proposte: 20; Differenziale delle proposte col PSR: 7

Riabilitazione intensiva

riabilitazione intensiva ospedaliera	24
112 San Benedetto Tr	attivi
s.benedetto tr	
riabilitazione intensiva ospedaliera	4

Totale attivi area vasta: 28; Previsione PSR: 94; Differenziale attuale col PSR: -66;
Totale proposte: 52; Differenziale delle proposte col PSR: -14.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato B

**Ipotesi di Piano di Riordino dei
posti letto di RSA per disabili della
Regione Marche**

g

✓



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ipotesi di piano di riordino dei posti letto di RSA disabili

Area vasta di Pesaro e Urbino

Totale attivi area vasta: 0; Previsione PSR: 30; Differenziale da PSR: -30;

Totale proposte: 40; Differenziale delle proposte col PSR: 10.

Area vasta di Ancona

106 Fabriano	attivi
serra s. quirico	8
fabriano - la buona novella	9
107 Ancona	attivi
loreto - abitare il tempo	15
ancona - casamia	32

Totale attivi area vasta: 64; Previsione PSR: 40; Differenziale da PSR: 24;

Totale proposte: 32; Differenziale delle proposte col PSR: 56.

Area vasta di Macerata

108 Civitanova M	attivi
recanati - le ginestre	20
potenza p. - s.to stefano	30
civitanova m. - paolo ricci	10

Totale attivi area vasta: 60; Previsione PSR: 140; Differenziale da PSR: -80;

Totale proposte: 0; Differenziale delle proposte col PSR: -80.

Area vasta di Ascoli Piceno

111 Fermo	attivi
fermo - comunita' capodarco	45
113 Ascoli Piceno	attivi
montelparo - ist. mancinelli	8

Totale attivi area vasta: 53; Previsione PSR 30; Differenziale da PSR: 23;

Totale proposte: 30; Differenziale delle proposte col PSR: 53.

cy

V



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato C

**Ipotesi di Piano di Riordino dei
posti letto di riabilitazione di Alta
Specialità della Regione Marche**

4

7



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ipotesi di piano di riordino dei posti letto di riabilitazione di alta specialità

Gravi disabilità età evolutiva

Totale area vasta: 8

Previsione PSR: 8

Differenziale da PSR: -8

Totale proposte: 8

Differenziale (incl proposte) da PSR: 0

Stati comatosi persistenti - gravi insuff resp

107	Ancona	attivi prop.
	ABITARE IL TEMPO LORETO RSA DISABILI	
	unita' stati comatosi persistenti	25
	VILLA ADRIA - ANCONA	
	unita' gravi insufficienze respiratorie	5
108	Civitanova M	attivi prop.
	IST. S.TO STEFANO - POTENZA PICENA	
	unita' gravi insufficienze respiratorie	10
	unita' stati comatosi persistenti	30
102	Urbino	attivi prop.
	MACERATA FELTRIA	
	unita' stati comatosi persistenti	5
	unita' gravi insufficienze respiratorie	5

Totale area vasta: 80

Previsione PSR: 80

Differenziale da PSR: 0

Totale proposte: 0

Differenziale (incl proposte) da PSR: 0

Unità di risveglio

108	Civitanova M	attivi prop.
	IST. S.TO STEFANO - POTENZA PICENA	
	unita' di risveglio	30

Totale area vasta: 30

Previsione PSR: 30

Totale proposte: 0

Differenziale da PSR: 0

Differenziale (incl proposte) da PSR: 0

cl