L'organizzazione delle reti e dei dipartimenti per la riabilitazione in Veneto

Alessandro Boccignone
Direttore UOC Medicina Fisica e Riabilitativa Mestre e Venezia
Direttore Dipartimento di Riabilitazione AULSS 12 Veneziana
Segretario Regionale Veneto SIMFER
Vicesegretario Nazionale SIMMFiR

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 50 del 2 marzo 2011 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Mercoledì, 2 marzo 2011** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
VIA PRINCIPE UMBERTO 4, 00185 ROMA

Il 10 febbraio 2011 il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione è stato approvato quale accordo sancito in sede di Conferenza tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 50 - S.o. n. 60 - del 2 marzo 2011.

AVVISO AL PUBBLICO

Si comunica che il punto vendita Gazzetta Ufficiale sito in Piazza G. Verdi 10 è stato trasferito temporaneamente nella sede di via Principe Umberto 4, 00185 Roma.

AVVISO AGLI ABBONATI

Si comunica che la campagna per il rinnovo degli abbonamenti per l'anno [illegible] è stata [illegible] nelle prossime settimane.

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

INTESA 10 febbraio 2011.

Intesa, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Il fascicolo sanitario elettronico - Linee guida nazionali». (Rep. Atti n. 19/CSR del 10 febbraio 2011).

INTESA 10 febbraio 2011.

Intesa, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Documento [illegible] 2012». (Rep. Atti n. [illegible]).

INTESA 10 febbraio 2011.

Intesa, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il «Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013». (Rep. Atti n. 21/CSR del 10 febbraio 2011).

ACCORDO 10 febbraio 2011.

Accordo, 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 febbraio 2011).

In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.

Il Dipartimento di riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza.

Nell'ambito delle scelte effettuate e da effettuarsi ogni regione potrà stabilire la tipologia organizzativo-gestionale del Dipartimento che garantisca la continuità fra ospedale e territorio. Nei singoli ambiti territoriali, l'impegno organizzativo prioritario del Dipartimento di riabilitazione è:

1. ***costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;***
2. ***costruire interfacce tra i vari attori del sistema della rete di riabilitazione;***
3. ***progettare e costruire i segmenti carenti del percorso;***
4. ***monitorare e salvaguardare i requisiti minimi di accreditamento (risk management per criticità di risorse di struttura, organizzative e di processo);***
5. ***condividere tra i vari attori del sistema dei servizi un codice etico per la tutela delle situazioni di maggior criticità e per un utilizzo equo delle risorse per il bene comune.***

Appropriatezza dei percorsi nella rete riabilitativa

Il percorso riabilitativo presuppone una diagnosi riabilitativa per cui nella definizione dei setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:

1. ***la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF;***
2. ***il grado di acuzie o cronicità della menomazione, distinto in base al parametro temporale, ossia all'intervallo di tempo intercorso dall'acuzie della malattia disabilitante;***
3. ***il grado di complessità del paziente preso in carico;***
4. ***il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti, con particolare riferimento alle problematiche della popolazione in età evolutiva, garantendo in questo settore la necessaria continuità nel passaggio all'età adulta;***
5. ***gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche;***
6. ***lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del Progetto Riabilitativo Individuale.***

DAL MODELLO CONCETTUALE DELL' ICIDH → ALL' ICF

DIMENSIONE DEL CORPO

lesioni delle strutture e disturbi della funzione

(menomazione)

DIMENSIONE DELL' ATTIVITÀ

uomo come soggetto autonomo

(disabilità)

DIMENSIONE DELLA PARTECIPAZIONE

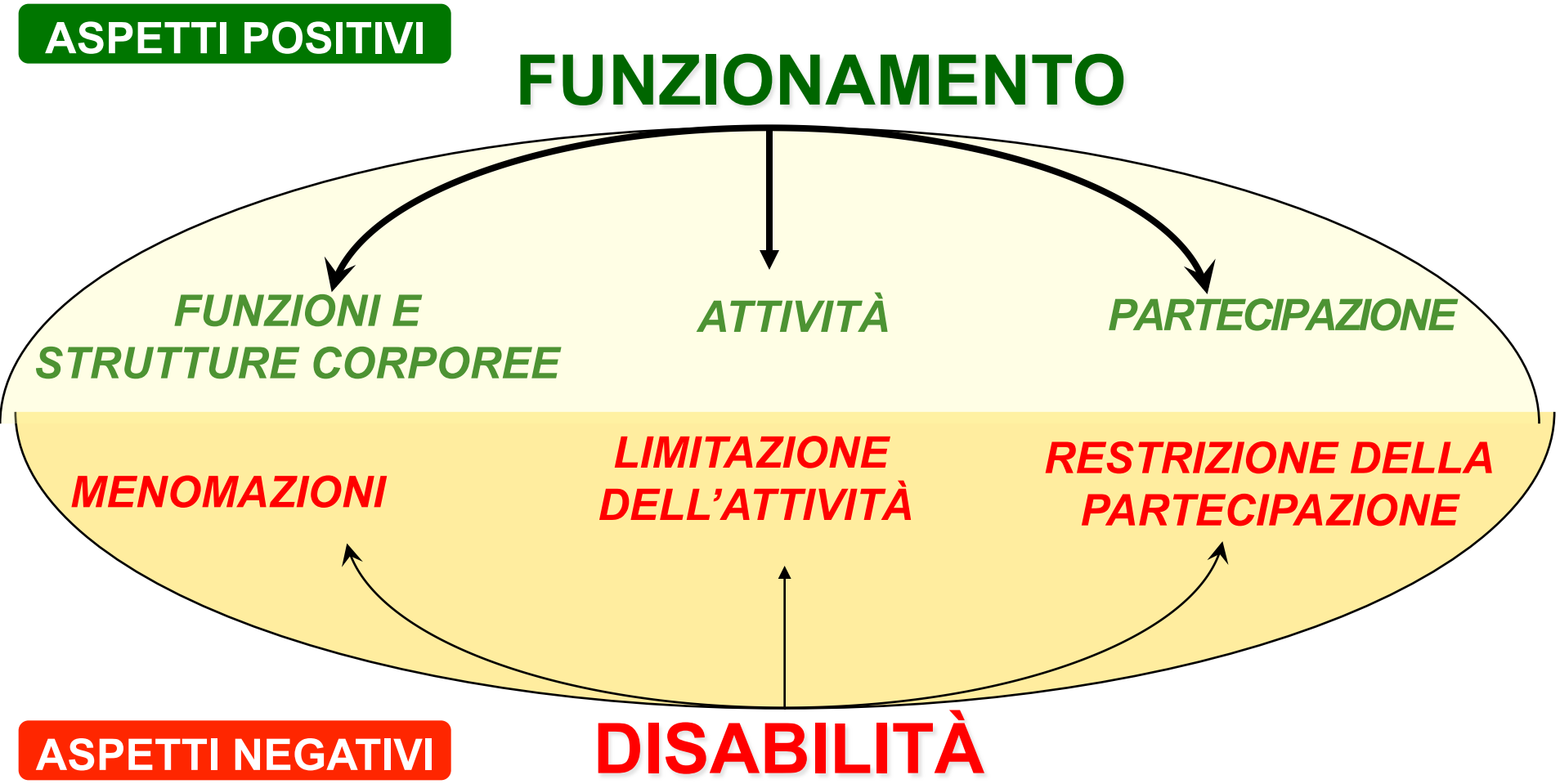
uomo come soggetto della società e dell' ambiente

(handicap)

FATTORI AMBIENTALI

i fattori dell' ambiente fisico e sociale che influenzano la partecipazione

DIMENSIONI DI FUNZIONAMENTO E DISABILITÀ



BARTHEL

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Paziente:_____Età:____ Data ing. ___/___/_____

Diagnosi: _____ Data dim.___/___/_____

ATTIVITA'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente		
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
Controllo del retto 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Controllo della vescica 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili		

0-100

incremento di 5 punti

punteggio 0 - 5- 10 -15

ADL primarie

Mahoney F, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J

Functional Independence Measure

FIM

LIVELLI		
	7 Autosufficienza completa **6** Autosufficienza con adattamenti	**SENZA ASSISTENZA**
	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE **5** Supervisione - Predisposizioni/adattamenti **4** Assistenza minima (soggetto => 75%) **3** Assistenza moderata (soggetto =>50%) NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA **2** Assistenza intensa (soggetto => 25%) **1** Assistenza totale (soggetto =>0%)	**CON ASSISTENZA**

	INGRESSO	DIMISSIONE	FOLLOW-UP
Cura della persona			
A. Nutrirsi			
B. Rassettarsi			
C. Lavarsi			
D. Vestirsi, dalla vita in su			
E. Vestirsi, dalla vita in giù			
F. Igiene perineale			
Controllo sfinterico			
G. Vescica			
H. Alvo			
Mobilità			
Trasferimenti			
I. Letto-sedia-carrozzina			
J. W.C.			
K. Vasca o doccia			
Locomozione			
L. Cammino, carrozzina	c m / c r		
M. Scale			
Comunicazione			
N. Comprensione	u / v		
O. Espressione	v / n v		
Capacità relazionali/cognitive			
P. Rapporto con gli altri			
Q. Soluzione di problemi			
R. Memoria			
PUNTEGGIO TOTALE FIM			

Attenzione: non lasciare caselle bianche.
Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente

Functional Independence Measure - Versione Italiana
COPYRIGHT 1992
The Research Foundation of the
State University of New York, UDS-code 3/2/1990
Tutti i diritti riservati. Distribuzione esclusiva
SO.GE.COM Editrice srl Milano

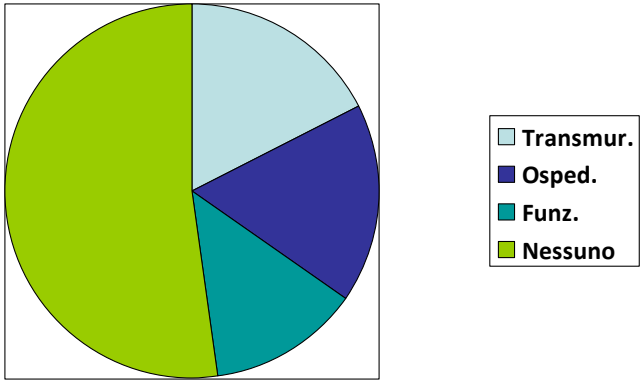
FIM

7	Senza assistenza	120-126
6	Con adattamenti	100-120
5	Con supervisione	80-100
4	Assistenza minima	60-80
3	Assistenza moderata	40-60
2	Assistenza intensa	20-40
1	Assistenza totale	0-20

Percorso Riabilitativo unico

Occorre che sia fornito alla persona disabile ricoverata in acuzie la proposta del ***percorso riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa****.*
Questo principio si concretizza nel concetto di "presa in carico dell'utente" e nell'erogazione degli interventi secondo definiti programmi riabilitativi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) applicando il concetto di ***appropriatezza prescrittiva ed erogativa****.*

I DIPARTIMENTI RIABILITATIVI IN VENETO A MAGGIO 2013



- ***17,4 % Dipartimento Strutturale Transmurale***
- ***17,4 % Dipartimento Strutturale Ospedaliero***
- ***13,0 % Dipartimento Funzionale***
- ***52,2 % Nessun Dipartimento***

DGR Veneto n. 2634/2013 «Approvazione del documento di indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29 giugno 2012)».

Che cosa è cambiato con la DGRV 2634/2013?

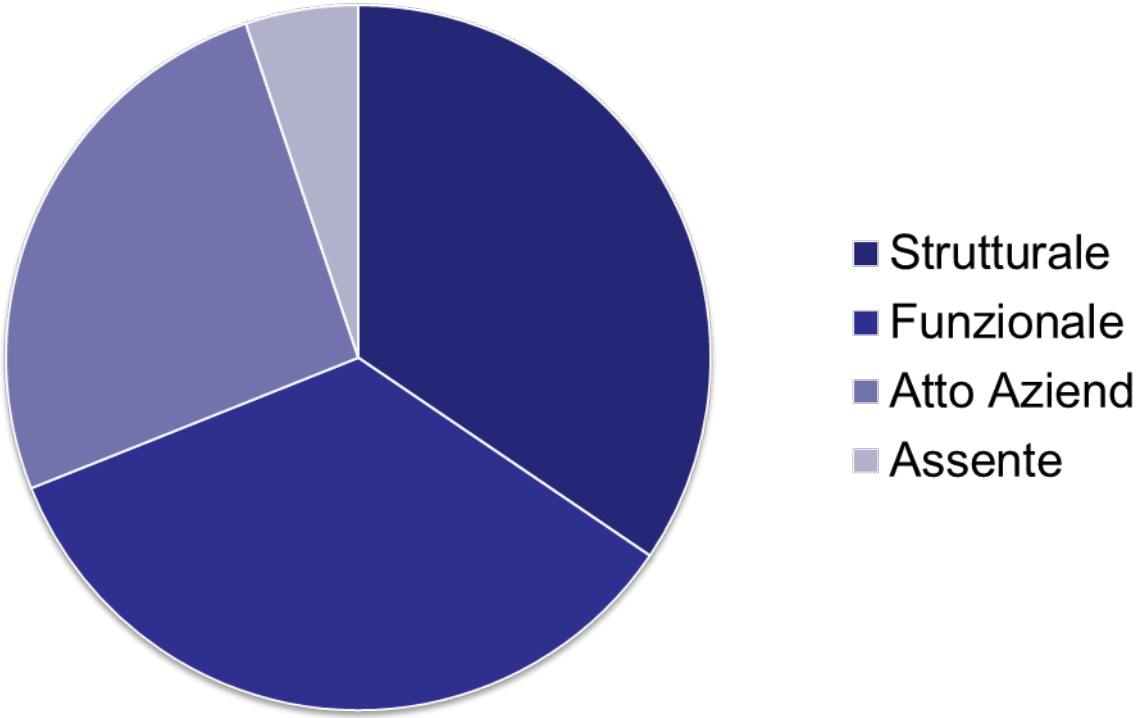
- *Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale Territorio è diventato un obbligo per le Aziende Sanitarie.*
- *È stato pensato sul modello del Dipartimento di Salute Mentale.*
- *Dovrebbe afferire direttamente alle Direzioni Sanitaria e Sociale.*
- *Prevede una gestione strutturale diretta di tutte le strutture riabilitative pubbliche e un collegamento funzionale con le strutture riabilitative accreditate e con le strutture pubbliche con le quali si condivide funzionalmente il personale della riabilitazione.*

E allora, oggi, dopo la

DGRV 2634/2013?

- *Nel 96% delle aziende sanitarie il dipartimento è presente o deliberato.*
- *Nel 65% delle aziende sanitarie il dipartimento, funzionale o strutturale, è già operativo.*
- *Nel 31% delle aziende sanitarie il dipartimento è presente nell'atto aziendale ma non è ancora operativo.*
- *Nel 4% delle aziende sanitarie il dipartimento non è presente in atto aziendale.*

Dipartimenti Regione Veneto



Dipartimento di Riabilitazione Ospedale Territorio

- *Dipartimento presente in atto aziendale ma non deliberato: AULSS 1, 6, 14, 18, 19, 22.*
- *Dipartimento funzionale con UUOO MFR in un altro dipartimento strutturale: AULSS 5, 12, 13, 15, 16, 21.*
- *Dipartimento assente in atto aziendale: AULSS 3.*
- *Dipartimento strutturale che fa capo alle direzioni sanitaria e sociale: AULSS 2, 4, 7, 8, 9, 10, 17, 20.*
- *Aziende Ospedaliere: UUOO MFR inserite nei dipartimenti di Neuroscienze, a Padova deliberato il dipartimento funzionale interaziendale, a Verona questo dipartimento è già operativo dal 2007.*

Il DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO AULSS 12: UN POSSIBILE MODELLO DI RETE RIABILITATIVA

- *Due ospedali pubblici per acuti con previsione anche di 15 p.l. riabilitativi codice 56 a Venezia.*
- *Quattro distretti sociosanitari a loro volta articolati in nove strutture che erogano prestazioni riabilitative di carattere estensivo a livello ambulatoriale e domiciliare.*
- *Due ospedali classificati, una casa di cura privata, un IRCSS che erogano esclusivamente o quale componente importante attività riabilitative in degenza o ambulatoriali.*
- *Quattro strutture riabilitative ambulatoriali accreditate.*

Come da atto aziendale, è componente strutturale del Dipartimento di Riabilitazione Ospedale-Territorio l'UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa, articolata nelle due sedi di Venezia e Mestre, mentre sono componenti funzionali l'UOC Geriatria Mestre, l'UOC Geriatria Venezia, l'UOC Neurologia Mestre, l'UOC Neurologia Venezia, l'UOC Ortopedia Mestre, l'UOC Ortopedia Venezia, l'UOC Cure Primarie RRF Distrettuale, l'UOC Cure Intermedie, l'UOC Assistenza Specialistica, l'Ospedale Fatebenefratelli cod. 56, l'Ospedale Villa Salus cod. 56 e cod. 60, il Policlinico San Marco cod. 56, l'IRCSS San Camillo cod. 56 e cod. 75.

Codice etico per la tutela delle situazioni di maggiore criticità e un utilizzo equo delle risorse

- *Procedura di presa in carico riabilitativa della disabilità motoria nei reparti per acuti, integrata da procedure specifiche per Stroke Unit e Neurochirurgia, con valutazione fisiatrica pre-dimissione e individuazione del setting in un'ottica di appropriatezza e con riferimento al percorso riabilitativo unico.*

- *Oltre a quello più generale sulla disabilità motoria, sono stati perfezionalti alcuni PDTA riabilitativi: ortopedico - traumatologico (frattura di femore e artroprotesi di anca e ginocchio), neurologici (postumi di accidente cerebrovascolare acuto, SLA, SM) e chirurgico-oncologico (linfedema successivo a resezione linfonodale) con declinazione dei percorsi interni all'AULSS 12.*
- *È stata anche considerata la presa in carico riabilitativa ambulatoriale e territoriale, ivi inclusa quella nei centri servizi per l'anziano.*

- *Per quanto riguarda i privati accreditati ambulatoriali che insistono nel territorio dell'AULSS 12 le regole vengono dettate dalla DGR Veneto 2227/02 sulla priorità delle visite specialistiche fisiatriche e dei trattamenti riabilitativi ambulatoriali, dai budget assegnati alle singole strutture e dalle esigenze riabilitative a livello ambulatoriale dell'AULSS 12.*

- *È stata inoltre concordata una procedura operativa, deliberata pochi giorni fa, che regolamenta gli accessi dai reparti per acuti degli ospedali pubblici verso le strutture riabilitative accreditate ponendo al centro del percorso l'utente disabile e l'appropriatezza della presa in carico riabilitativa.*

- *Sono stati concordati i percorsi dagli ospedali riabilitativi accreditati verso il territorio dell'AULSS 12, finalizzati a ribadire anche in questo caso la centralità dell'utente e sempre nell'ottica del percorso riabilitativo unico.*

- *Per quanto riguarda la protesica il riferimento sono le Linee Guida delle Aziende Ulss della provincia di Venezia per la prescrizione di protesi e ausili.*

Fabbisogno riabilitativo a livello distrettuale e ospedaliero

- *L'UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'AULSS 12 ha erogato nell'anno 2103 37.483 prestazioni riabilitative ambulatoriali estensive per utenti esterni e 45.743 prestazioni riabilitative estensive per utenti interni.*
- *Nell'anno 2013 i privati accreditati hanno erogato 204.826 prestazioni ambulatoriali riabilitative estensive che nella proiezione 2014 saranno ridotte a 158.710.*
- *I distretti sociosanitari nell'anno 2013 hanno erogato 200.031 prestazioni riabilitative estensive.*
- *Globalmente nel 2013 sono state erogate circa 1,5 prestazioni riabilitative per ogni cittadino residente in AULSS 12 (1,3 nel 2014).*

- *I 350 posti letto riabilitativi, tutti privati accreditati, rappresentano l'1,1‰ della popolazione residente in AULSS 12, ben oltre lo standard dello 0,7‰; tenendo però conto che il 29% di questi ricoveri è per pazienti fuori AULSS, ecco che si scende ad uno 0,8‰ verosimilmente adeguato alle esigenze di un territorio particolarmente disagiato qual è quello di centro storico veneziano e isole. Questi posti letto riabilitativi nel 2013 hanno generato 2.255 ricoveri pari a un ricovero riabilitativo ogni 137 residenti in AULSS 12. Come già detto, a questi posti letto del privato accreditato si aggiungeranno 15 posti letto codice 56 pubblici nell'Ospedale Civile di Venezia.*

- *Tralasciando ogni considerazione sui numeri, si impone però una riflessione sulla codifica di questi posti letto che sono per l'87% codice 56 (305), per il 3% codice 60 (10) e per il 10% codice 75 (35) quando le esigenze di una popolazione anziana, quindi non adatta ad una riabilitazione intensiva, richiederebbero un maggior numero di posti letto codice 60. Si potrebbe poi prevedere di trasformare 5 posti letto codice 75 in posti letto codice 28 che, a parità di costi, permetterebbero di gestire in maniera appropriata le mielolesioni all'interno dell'AULSS 12.*

- *Come già detto, abbiamo diversificato l'offerta riabilitativa delle singole strutture accreditate, creando corsie preferenziali per specifiche disabilità all'interno di ogni struttura in maniera tale da ottimizzare le dimissioni dagli ospedali pubblici per acuti migliorando l'appropriatezza della presa in carico.*
- *Va detto poi che i 15 posti letto codice 56 dell'Ospedale Civile di Venezia integreranno l'offerta riabilitativa rivolgendosi ad un'utenza in condizioni di fragilità tali da richiedere un ospedale polispecialistico (vedi ad esempio i dializzati oppure soggetti che non hanno ancora raggiunto una stabilità clinica anche se sono già in grado di iniziare un trattamento riabilitativo); per questi posti letto sarebbe utile poter diversificare la tipologia di degenza, in codice 56 o in codice 60, a seconda delle diverse esigenze riabilitative.*

- *Una ONLUS convenzionata eroga attività di rieducazione funzionale per patologia complessa, terapia occupazionale, riabilitazione logopedica per disturbi deglutizione e per minori, visite fisiatriche, assistenza sociale all'utente e alla sua famiglia.*
- *Un'altra ONLUS accreditata e convenzionata recentemente potrebbe integrare l'offerta riabilitativa con trattamenti riabilitativi in acqua mentre, sul piano sociale, proporrebbe interventi di Attività Fisica Adattata e di gestione della cronicità con attività erogabili anche in centri diurni.*

- *Nell'ambito dell'offerta sociale va prevista l'integrazione delle Unità Riabilitative Territoriali (URT), per le quali sono previsti 50 posti letto. Nelle URT l'accesso sarà possibile solo su indicazione di uno specialista fisiatra e la dimissione sarà possibile solo una volta acquisito il parere favorevole del fisiatra consulente dell'URT, che dichiarerà raggiunto l'outcome funzionale indicato dal progetto riabilitativo individuale.*

- *La spesa per ausili e protesi nel 2013 è stata di 5.043.000 € e gli interventi per ridurla migliorando l'appropriatezza prescrittiva prevedono un nuovo capitolato di gara per la fornitura che è già in CRITE ed è stato diviso in lotti diversificati per il nuovo e per il sanificato, l'adozione delle Linee Guida delle Aziende ULSS della provincia di Venezia per la prescrizione di protesi e ausili, una procedura per la fornitura diretta di ausili per la mobilità personale a utenti dell'AULSS degenti nei reparti dei due ospedali pubblici che entrerà a far parte del nuovo capitolato di gara, valutazioni ambientali volte a valutare ex ante l'appropriatezza degli ausili prescritti._

- *Oltre a quanto già descritto, andranno diversificate le attività riabilitative territoriali migliorando l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari, spostando nel contempo l'offerta riabilitativa verso il territorio.*

Vi ringrazio per l’attenzione!