

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 3913 del 04 dicembre 2007

Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

L'Assessore alle Politiche Sanitarie On. Dott.ssa Francesca Martini riferisce quanto segue.

Con la DGR n° 253 del 01/02/2000 la Regione Veneto ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari. Tale documento, attuativo delle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (Provvedimento del 07/05/1998), affronta alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:

- a) la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale-strutture extraospedaliere e territorio;
- b) il recepimento dei principi dell'O.M.S. in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap;
- c) la metodologia con cui l'intervento di assistenza riabilitativa deve essere praticato, la quale si fonda sui seguenti elementi:
 - progetto riabilitativo individuale
 - programma riabilitativo individuale
 - progetto riabilitativo di struttura
 - fasi dell'intervento riabilitativo
 - diversa intensità degli interventi (riabilitazione intensiva, estensiva o intermedia)
 - strutture preposte a compiti di riabilitazione.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le attività di riabilitazione sono state normate su due piani distinti: assistenziale ed organizzativo.

Per quanto riguarda il piano assistenziale, sono stati individuati due livelli di attività, intensiva ed estensiva, in relazione a:

- ◆ rispondenza a criteri di priorità e modalità di intervento
- ◆ intensità/complessità delle attività di riabilitazione
- ◆ quantità/qualità delle risorse assorbite.

Le attività di riabilitazione intensiva si collocano di norma nella fase dell'immediata post-acuzie ovvero subito dopo la diagnosi e il riconoscimento della patologia che ha determinato la disabilità, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici e comportamentali che sottendono al recupero. Inoltre la riabilitazione intensiva può rendersi necessaria in caso di riacutizzazione o recidiva dell'evento patologico. L'attività riabilitativa complessa prevede trattamenti di almeno 3 ore giornaliere, erogati direttamente dal personale

tecnico–sanitario della riabilitazione.

Le attività di riabilitazione estensiva consistono in trattamenti effettuati:

- dopo la riabilitazione intensiva, allo scopo di completare il processo di recupero e il progetto riabilitativo
- per rallentare i possibili aggravamenti nelle disabilità croniche evolutive
- per la prevenzione di aggravamenti in disabili stabilizzati.

Dal punto di vista organizzativo sono state individuate strutture di primo, secondo e terzo livello.

Le strutture di primo livello, rappresentate dalle strutture ospedaliere di lungodegenza e dai presidi ambulatoriali, erogano attività di riabilitazione estensiva.

Le strutture di secondo livello (codice 56), collocate all'interno di presidi ospedalieri per acuti o in strutture medico–riabilitative, erogano attività di riabilitazione intensiva e intervengono su pazienti affetti da menomazioni e disabilità importanti modificabili, di natura ed entità tali da richiedere tutela medica specialistica/riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità non erogabili in forma extraospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi della durata di almeno 3 ore giornaliere complessive.

Le strutture di terzo livello erogano attività di riabilitazione intensiva di alta specialità, che richiede particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato al trattamento delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse.

Le alte specialità individuate sono:

- 1) Unità Spinale (US) per il trattamento degli esiti delle gravi mielolesioni (codice 28)
- 2) Unità per le gravi cerebrolesioni (UGC) per il trattamento dei gravi traumatizzati cranio–encefalici e di altre gravi cerebrolesioni acquisite (codice 28.01)
- 3) Unità per le gravi disabilità in età evolutiva (UGDE) (codice 75)
- 4) Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite (URNA) (codice 75).

Le alte specialità costituiscono centri a valenza sovraziendale e/o regionale, strettamente integrate alla rete complessiva dei servizi sanitari di primo e secondo livello, con i quali devono raccordarsi per seguire il disabile nel proprio ambiente di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo specifici programmi.

A tutti i livelli, la presa in carico del paziente deve sempre realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto riabilitativo e di uno o più programmi riabilitativi. Deve inoltre essere prevista la misurazione del grado di miglioramento dei pazienti utilizzando apposite scale di valutazione validate.

Per ciascuna tipologia di struttura l'Atto di indirizzo definisce quindi le aree di attività, i requisiti strutturali, i requisiti organizzativi, il processo assistenziale, la dotazione di personale.

Infine viene fatto un accenno alla problematica dell'appropriatezza delle prestazioni, distinguendo l'appropriatezza clinica da quella organizzativa. Quest'ultima in particolare riguarda il corretto livello assistenziale di erogazione della prestazione, che è definito come il più

idoneo per quel paziente al minor costo. Per affrontare la complessità del tema la Regione Veneto già auspicava la collaborazione tra Società Scientifiche e specialisti delle strutture erogatrici, per arrivare a definire linee guida relative alle modalità più appropriate di utilizzo degli interventi riabilitativi e alla programmazione dei criteri di accesso alle prestazioni.

La DGR 253/00 ha rappresentato inoltre il documento di riferimento per la ridefinizione delle schede di dotazione ospedaliera in ambito riabilitativo definite dalla DGR n° 3223 del 08/11/2002 e, ad integrazione e parziale modifica della precedente, dalla DGR n° 751 del 11/03/2005.

La DGR n° 2227 del 09/08/2002 ha definito le disposizioni applicative relative al DPCM del 29/11/2001 sui livelli essenziali di assistenza. Tale Provvedimento ha stabilito le caratteristiche delle classi di priorità da assegnare ai ricoveri effettuati dalle Unità Operative con codice 56, individuando, per ciascuna classe, le tipologie di disabilità e/o menomazioni che determinano l'appropriatezza dei ricoveri stessi. Inoltre la suddetta DGR n° 2227/02 ha definito, per i ricoveri di pazienti in classe di priorità C, un limite di occupazione dei posti letto pari al 10%.

La DGR n° 2609 del 07/08/2007 ha definito il nuovo sistema dei controlli di appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private preaccreditate in Regione Veneto, che troverà applicazione a far data dal 1° gennaio 2008. La revisione del sistema dei controlli e delle tipologie di prestazioni da sottoporre a verifica si è resa necessaria prima di tutto in relazione alle succitate modifiche che il sistema sanitario ha subito negli ultimi anni per quanto riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni. Inoltre, gli indicatori previsti dalla precedente DGR n° 4090 del 30/12/2003 sono risultati poco rappresentativi in rapporto ad una realtà in evoluzione, e quindi non più indicativi delle attuali problematiche presenti nelle strutture sanitarie.

Il nuovo sistema prevede la elaborazione, da parte di ciascuna Azienda pubblica e privata preaccreditata, del Piano Annuale dei Controlli Interni e, da parte delle sole Aziende ULSS, del Piano Annuale dei Controlli Esterni. I Piani devono riportare tutte le tipologie di prestazioni che saranno oggetto di verifica nel corso dell'anno. Ciascuna Azienda deve inoltre costituire un Nucleo Aziendale di Controllo, che effettuerà sia i controlli interni che quelli esterni, questi ultimi disposti dalle sole Aziende ULSS sulle prestazioni erogate agli assistiti del proprio territorio.

Nell'ambito dei controlli esterni devono essere programmati nel Piano Annuale anche i controlli relativi ai ricoveri effettuati dalle Unità Operative di Riabilitazione. La DGR 2609/07 specifica solo pochi indicatori da sottoporre a controllo (ricoveri ripetuti, permessi di uscita, presenza in cartella clinica del progetto e del programma riabilitativo individuali), rimandando a successivo Provvedimento la approvazione di un documento che definisca nel dettaglio le caratteristiche di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo.

A tale scopo la Direzione Servizi Sanitari della Regione Veneto ha istituito un gruppo di lavoro, composto da medici specialisti nel campo della riabilitazione appartenenti ad Aziende Pubbliche e alle associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati.

Il gruppo ha elaborato un documento tecnico, condiviso da tutti i partecipanti, che viene allegato alla presente Deliberazione (**Allegato A**) e ne costituisce parte integrante.

Tale documento riporta, per ciascuna categoria di Unità Operativa di Riabilitazione di secondo e terzo livello, i criteri che definiscono l'appropriatezza dei ricoveri ordinari e, nei casi previsti, dei ricoveri diurni.

Il documento allegato rappresenta le Linee di indirizzo per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Strutture di Riabilitazione pubbliche e private preaccreditate, a far data dal 1° gennaio 2008.

Si rappresenta, infine che sul contenuto del presente provvedimento sono state informate le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e non medica, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali

interni nonché del comparto.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTO il DPCM del 29/11/2001;

VISTA la DGR n° 253 del 01/02/2000;

VISTA la DGR n° 2227 del 09/08/2002;

VISTA la DGR n° 3223 del 08/11/2002;

VISTA la DGR n° 751 del 11/03/2005;

VISTA la DGR n° 4090 del 30/12/2003;

VISTA la DGR n° 2609 del 07/08/2007]

delibera

- ◆ di approvare l'allegato documento tecnico relativo criteri di appropriatezza dei ricoveri effettuati nelle Unità Operative di Riabilitazione delle strutture pubbliche e private preaccreditate (***Allegato A***);
- ◆ di stabilire che il documento rappresenta le Linee di indirizzo per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali di Controllo delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Strutture di Riabilitazione pubbliche e private preaccreditate, a far data dal 1° gennaio 2008.