

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 6 giugno 2017, n. U00217

Modifica del Decreto del Commissario ad Acta n. U00159 del 13.5.2016 "Approvazione del documento "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale".

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

OGGETTO: Modifica del Decreto del Commissario ad Acta n. U00159 del 13.5.2016 “Approvazione del documento “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 recante “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 723 del 14 dicembre 2015 con la quale è stato conferito al dott. Vincenzo Panella l’incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e Politiche Sociali”;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTE le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 1998;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 10 maggio 2002, n. 583 “Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 5 settembre 2008, n. U00016 “Riqualificazione dell’offerta di post-acuzie sia a livello di ricovero che a livello di specialistica ambulatoriale. Approvazione ridefinizione sistema dell’offerta”;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 10 febbraio 2011, sul documento concernente “Piano di indirizzo per la riabilitazione”. Accordo ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281”;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 20 marzo 2012, n. U00039 “Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale” e s.m.i.;

VISTO il Decreto legge c.d. “Spending Review” del 6 luglio 2012, n. 95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il DM 18 ottobre 2012 recante “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”;

VISTO il Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 26 novembre 2014, n. U00412 avente ad oggetto “Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 22 maggio 2015, n. U00200 avente ad oggetto “Documento Age.na.s–Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria “Riabilitazione nella Regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe”. Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete assistenziale riabilitativa”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 13 luglio 2015, n. U00332 recante “Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie) con onere a carico del SSR - Rettifica e integrazione DCA n. 310/2013 - APA aggiuntivi”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 17 novembre 2016, n. U00368 recante “Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere post-acuzie con onere a carico del SSR”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 13 maggio 2016, n. U00159 “Approvazione del documento “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”;

VISTA la nota esplicativa dell’Area Programmazione Rete ospedaliera e Risk management della Direzione Salute e Politiche Sociali n. 498421/2016 con la quale si forniscono indicazioni sulla certificazione della durata in minuti del trattamento riabilitativo da riportare nel Diario Riabilitativo di cui allegato C del DCA 159/2016 “Approvazione del documento “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”;

VISTA la nota esplicativa dell’Area Programmazione Rete ospedaliera e Risk management della Direzione Salute e Politiche Sociali n. 498421/2016 con la quale si chiarisce che per “Lungodegenza riabilitativa” si intende la Lungodegenza, codice di disciplina 60;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

VISTO l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

PRESO ATTO del Parere del Ministero della Salute in accordo con il Ministero Economia e delle Finanze, (LAZIO-DGPROGS-21/11/2016-0000236-P) sul DCA n. U00159/2016, in cui viene rilevata la necessità di *“rivalutare la parte relativa alla previsione di non procedere agli abbattimenti tariffari previsti nel documento”*, di inserire l'informazione sul minutaggio *“al fine di dare evidenza dell'intensità del trattamento riabilitativo”* e di meglio dettagliare nel Diario Riabilitativo (Allegato C) *“che per ADL si intendono solo quelle con finalità riabilitative”*;

ATTESA la necessità di recepire le suddette indicazioni contenute nel predetto parere;

RITENUTO di modificare il Documento denominato *“Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”*, approvato con il DCA U00159/2016 nelle seguenti parti:

- il capitolo "ACCESSO E TRASFERIMENTO NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI" viene riformulato così come nell'Allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- l'ALLEGATO C- CONTENUTO DEL DIARIO RIABILITATIVO viene modificato così come riportato nell'Allegato 2, parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di stabilire che per i ricoveri in riabilitazione, con data di ingresso entro la data di pubblicazione sul BURL del DCA 159/2016 (24 maggio 2016), si applicano le soglie di durata minima e di durata massima della degenza contenute nell'allegato F (tabella C e tabella D) del DCA U00332/2015 *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie) con onere a carico del SSR - Rettifica e integrazione DCA n. 310/2013 - APA aggiuntivi”*, fermo restando gli esiti dell'attività dei controlli;

RITENUTO di stabilire che per i ricoveri in riabilitazione effettuati dalla data di pubblicazione sul BURL del DCA 159/2016 (24 maggio 2016), si applicano i valori soglia di durata della degenza previsti nell'allegato 2 del DM 18 ottobre 2012, fermo restando gli esiti dell'attività dei controlli;

RITENUTO di stabilire che l'introduzione dei valori soglia previsti nell'Allegato 2 del DM 18 ottobre 2012 è a invarianza del livello massimo di finanziamento assegnato con i relativi Decreti, ferma restando l'intenzione della Regione di stabilire il livello massimo di finanziamento anche per gli anni successivi;

RITENUTO di stabilire che gli effetti del presente Decreto decorrono dalla data della sua pubblicazione sul BURL;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

- di modificare il documento denominato *“Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”*, approvato con il DCA n. U00159/2016, nelle seguenti parti:

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

il capitolo "ACCESSO E TRASFERIMENTO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI" viene riformulato così come nell'Allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;

l'ALLEGATO C – CONTENUTO DIARIO RIABILITATIVO viene modificato così come riportato nell'Allegato 2, parte integrante del presente provvedimento;

- di stabilire che per i ricoveri in riabilitazione, con data di ingresso entro la data di pubblicazione sul BURL del DCA 159/2016 (24 maggio 2016), si applicano le soglie di durata minima e di durata massima della degenza contenute nell'allegato F (tabella C e tabella D) del DCA U00332/2015 "*Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie) con onere a carico del SSR - Rettifica e integrazione DCA n. 310/2013 - APA aggiuntivi*", fermo restando gli esiti dell'attività dei controlli;
- di stabilire che per i ricoveri in riabilitazione, effettuati dalla data di pubblicazione sul BURL del DCA 159/2016 (24 maggio 2016), si applicano i valori soglia di durata della degenza previsti nell'allegato 2 del DM 18 ottobre 2012, fermo restando gli esiti dell'attività dei controlli;
- di stabilire che l'introduzione dei valori soglia previsti nell'Allegato 2 del DM 18 ottobre 2012 è a invarianza del livello massimo di finanziamento assegnato con i relativi Decreti, ferma restando l'intenzione della Regione di stabilire il livello massimo di finanziamento anche per gli anni successivi;
- di stabilire che gli effetti del presente Decreto decorrono dalla data della sua pubblicazione sul BURL.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Nicola Zingaretti

ALLEGATO 1

ACCESSO E TRASFERIMENTO NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI

In questo capitolo si affronta il tema dei criteri clinici di accesso/trasferibilità ai vari *setting* della rete riabilitativa (ospedaliera e territoriale).

Il trasferimento dalla fase acuta a quella riabilitativa post-acuta rappresenta un passaggio critico per garantire una efficace continuità assistenziale della persona con esiti di disabilità complesse e suscettibili di miglioramento. Un sistematico collegamento fra i due *setting* assistenziali, attraverso protocolli operativi di collegamento e la condivisione di strumenti di valutazione, garantisce maggiore qualità e tempestività del trattamento riabilitativo e riduce la quota di accessi inappropriati per condizioni cliniche ancora troppo instabili che non permettono una riabilitazione intensiva o per disabilità meglio gestibili in altro *setting* assistenziale riabilitativo.

Al fine di promuovere un appropriato utilizzo delle risorse, va previsto il trasferimento da un *setting* di maggiore intensità ad uno di minore intensità: ad esempio, passaggio da una riabilitazione intensiva ad alta specializzazione ad una riabilitazione intensiva o nel caso di mielolesione da una Unità Spinale (US) ad un Centro Spinale (CS). Al fine di assicurare la prossimità della persona al proprio domicilio in caso di ricoveri di elevata durata, va previsto un singolo trasferimento fra due strutture riabilitative con gli stessi livelli di intensità: ad esempio, fra reparti Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA), o fra reparti di post-acuzie riabilitativa intensiva, qualora la durata del primo ricovero e il potenziale di recupero non suggeriscono invece il ricovero presso strutture con diverso livello assistenziale. Entrambe queste modalità di trasferimento fra strutture di riabilitazione ospedaliera devono essere realizzate rispettando la durata massima del trattamento prevista per lo stesso episodio di cura.

Il trasferimento dalle Unità Operative di acuzie e post-acuzie alle strutture riabilitative territoriali di livello intensivo o estensivo avviene mediante l'utilizzo della Scheda di trasferimento (Allegato A). Qualora venisse ravvisata, per una persona degente in ospedale per acuti/post-acuti, l'opportunità di continuare la presa in carico da parte della rete dei servizi territoriali successivamente alla dimissione, l'Unità Operativa di degenza è tenuta a comunicare al Distretto di residenza della persona, con congruo anticipo, la richiesta di attivazione del percorso assistenziale, al fine di consentire ai servizi territoriali di eseguire la Valutazione Multi Dimensionale (VMD) nella fase precedente la dimissione e di proseguire la presa in carico. La VMD dovrà essere effettuata presso la struttura ospedaliera entro 5 giorni lavorativi dalla data della richiesta. In casi particolari, dettati da problematiche organizzative, al fine di garantire l'esecuzione della VMD prima della dimissione, le Aziende Sanitarie Locali, previa stipula di accordi formali, possono delegare la funzione di valutazione ad una équipe ospedaliera.

Alla dimissione dal *setting* ospedaliero il percorso può essere completato anche in strutture ambulatoriali.

La persona con disabilità complessa, spesso multipla, per la quale sono prefigurabili ulteriori obiettivi riabilitativi - volti al recupero e alla rieducazione funzionale e/o al mantenimento delle

abilità acquisite - potrà accedere ai Centri ambulatoriali di riabilitazione per la presa in carico da parte di un *team* multiprofessionale.

La persona con disabilità minimale accederà, invece, all'attività riabilitativa in strutture di specialistica ambulatoriale per la realizzazione del programma riabilitativo erogato da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione.

Alla riabilitazione territoriale accedono non solo persone provenienti dalle Unità di riabilitazione ospedaliera ma anche persone provenienti dal domicilio.

In particolare.

- Per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera si applicano i valori soglia previsti nell'allegato 2 del DM 18.10.2012.
- Nei casi di difficoltà di dimissione al domicilio del paziente per motivi di ordine sociale, l'Azienda sanitaria di residenza del paziente è tenuta ad attivarsi per trovare una soluzione alternativa (ad esempio individuazione di una struttura riabilitativa più vicina al domicilio della persona).
- I soggetti che hanno concluso i programmi riabilitativi intensivi ma che necessitano di una loro prosecuzione in un *setting* a minore livello di intensità riabilitativa vanno trasferiti nelle strutture adeguate. La richiesta di trasferimento andrà effettuata contestualmente alla previsione della durata del ricovero contenuta nel PRI. Si raccomanda che l'Azienda sanitaria di residenza o, in caso di delega, quella in cui insiste la struttura di riabilitazione, assicuri tempestivamente la valutazione da parte della Unità Valutativa territoriale. L'Unità Valutativa territoriale è tenuta a consegnare la sua valutazione anche al medico della struttura riabilitativa di ricovero.
- Qualora il reparto per acuti sovrastimi il livello di autonomia della persona da trasferire in post-acuzie riabilitativa ospedaliera, ad esempio assegnando non correttamente un punteggio di Barthel compreso nel *range* di ammissibilità, il reparto di riabilitazione può trasferire la persona in un *setting* assistenziale appropriato ovvero proseguire il ricovero laddove il tempo necessario per l'avvio del PRI sia breve. Nel caso il reparto inviante incorra frequentemente in tale misclassificazione del livello di autonomia, il reparto di riabilitazione è tenuto a segnalare questa criticità al fine di giungere ad una migliore condivisione dell'utilizzo delle scale di valutazione.
- Dalla post-acuzie riabilitativa ospedaliera, in caso di rientro al domicilio o presso *setting* assistenziali extra-ospedalieri, la ASL deve garantire il rispetto di una precisa tempistica (massimo 15 giorni dalla richiesta) per l'autorizzazione dei presidi ed ausili necessari.
- Nelle strutture ospedaliere la scheda di TRASFERIMENTO (Allegato A) da reparto per acuti deve essere necessariamente compilata con il contributo dei medici specialisti in riabilitazione, laddove presenti.

ALLEGATO 2

ALLEGATO C - Contenuto Diario riabilitativo

Al fine di rendere uniforme la documentazione dell'attività riabilitativa giornaliera, è riportato di seguito l'elenco di "tipologie di trattamenti riabilitativi" indirizzati a persone affette da esiti di patologie neurologiche, osteo-articolari e cardio-respiratorie.

Tali attività sono svolte dalle figure professionali coinvolte nel Team Riabilitativo, come indicato nelle Linee di indirizzo per la Riabilitazione 2011 e in coerenza con quanto descritto nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il Diario deve essere compilato per i ricoveri in regime ordinario e diurno; la durata del trattamento intensivo è di almeno tre ore al giorno.

Nell'elenco sono comprese sia le valutazioni, effettuate nelle varie fasi del ricovero (valutazione iniziale, revisione del PRI, valutazione finale), sia le prestazioni erogate dai vari componenti dell'equipe riabilitativa (Medico Specialista in Riabilitazione, Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Logopedista, Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo).

Nel Diario va riportato.

- Cognome e nome del paziente
- Numero di cartella clinica
- Giorno della settimana
- Durata. Per quelle categorie (vedi Box) che comprendono più prestazioni riabilitative (ad esempio esercizi di recupero e riabilitazione funzionale) vanno descritti i singoli interventi effettuati, indicando il minutaggio complessivo degli stessi (non è necessario riportare i minuti di ogni singolo trattamento effettuato). La durata in minuti va riportata all'interno delle due fasce orarie 8:00-14:00 e 14:00-20:00.
- Firma del paziente da apporre sul totale dei minuti di trattamento, giornalmente per i ricoveri in regime diurno e settimanalmente per i ricoveri in regime ordinario. Sono esclusi i casi in cui sussistano condizioni cliniche documentate che non ne consentano l'apposizione.
- Firma leggibile di ciascun professionista coinvolto nel PRI, da apporre giornalmente, in una o entrambe le fasce orarie di trattamento.

BOX – Elenco Figure e “tipologie trattamenti riabilitativi” da inserire nel Diario.

<i>Figure professionali per la valutazione</i>
Medico del Reparto di Riabilitazione, Psicologo, Fisioterapista, Logopedista, Terapista Occupazionale, Assistente Sociale, Altra figura prevista dal PRI

<i>Prestazione Riabilitativa</i>
Esercizi di recupero e riabilitazione funzionale individuale
Esercizi di recupero e riabilitazione funzionale di gruppo
Riabilitazione cognitivo-comportamentale e del linguaggio
Training deglutitorio
Terapia occupazionale individuale
Terapia occupazionale di gruppo
Riabilitazione Respiratoria
Riabilitazione Cardiologica
Riabilitazione Urologica
Riabilitazione Ortottica
Terapia Robotica
Terapia Psicologica
Bendaggio funzionale e ortesizzazione
Idrochinesiterapia
Intervento medico riabilitativo
ADL con finalità riabilitative, ivi incluse “Colazione-pranzo-cena”

<i>Terapia fisica strumentale</i>
Laser, Magneto, Vibrazione, ES, TENS, US, M.P.C., Ipertermia, Tecar