



Delibera della Giunta Regionale n. 429 del 03/08/2020

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

ATTIVITA' DI RICOVERO PRESSO LE UNITA' OPERATIVE DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE - COD. 56. MODALITA' OPERATIVE.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

Premesso

- 1) che la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha definito in data 7 maggio 1998 le *"Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione"*;
- 2) che con Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 sono state approvate le *"Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania"*, che fornisce indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e dei criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa;
- 3) che in data 02-03-2011 è stato emanato l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente *«Piano d'indirizzo per la riabilitazione»*.
- 4) che questa Regione con DCA n. 142 del 13 novembre 2012 ha recepito il *"Piano di Indirizzo per la Riabilitazione"*;

Richiamati

- a) il DCA n. 23 del 10/03/2015 recante: *"Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano"*;
- b) il DCA n. 23 del 31/03/2016 avente ad oggetto: *"Approvazione linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi nel percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus definito con D.C.A. n. 23 del 10.3.2015"*;
- c) il DCA n. 99 del 22/09/2016 inerente: *"Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018."*;
- d) il DCA n. 69 del 21/12/2017 riguardante: *"Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore. – Linee di indirizzo regionali"*;
- e) il DCA n. 70 del 21/12/2017, avente ad oggetto: *"Percorso Riabilitativo della persona con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) – Linee di indirizzo regionali."*;
- f) il DCA n. 69 del 27/09/2019 relativo: *"Nuove Linee guida per i controlli delle attività di ricovero"*;
- g) il DCA n. 103 del 28/12/2018 inerente: *"Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M.70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018."*
- h) Il DCA n. 83 del 31/10/2019 recante: *"Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021"*

Richiamato, altresì

il D.Lgs. 502/92 ed in particolare l'art. 8 bis, comma 1, secondo il quale le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8- quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;

Considerato

- 1) che le attività di riabilitazione ospedaliera ad alta intensità di cura rappresentano a causa della necessaria integrazione con le altre attività ospedaliere e territoriali, uno degli aspetti più rilevanti del Servizio Sanitario in quanto trattasi di attività finalizzate alla cura e riabilitazione di importanti disabilità modificabili, ma che richiedono un approccio complesso e multidisciplinare;

- 2) che a fronte delle numerose previsioni normative, nazionali e regionali, e relative circolari applicative che disciplinano le attività di riabilitazione ed in particolare quelle connesse alle attività ad alta intensità di cura – codice 56 – si continuano a registrare molteplici discrasie nelle modalità di accesso per prestazioni assistenziali in regime di ricovero presso le unità operative di “Recupero e riabilitazione funzionale” codice 56;
- 3) che in particolare si osserva una disomogeneità applicativa delle norme innanzi riferite;

Atteso

che tali criticità sono variamente diffuse su tutto l'ambito regionale e che la variabilità è da ascrivere ad una attuale fase in cui le Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) necessitano di essere potenziate, ovvero non sono state ancora attivate, o ancora non riescono a rispondere con sufficiente celerità ad una domanda di assistenza sempre più in incremento, atteso che l'attuale trend demografico prevede un invecchiamento della popolazione e delle relative disabilità con un maggior richiamo dell'attenzione verso i servizi di riabilitazione;

Valutato

- a) che vi è sempre più necessità di rendere omogenee la modalità di accesso presso le unità operative di ricovero di “Recupero e riabilitazione funzionale” codice 56, tali da realizzare uniformità nei comportamenti per tutto il territorio regionale;
- b) che le modalità operative perseguite, nonché la ricerca dell'uniformità ed omogeneità dei percorsi assistenziali individuati, risultano essere pienamente coerenti con i principi e criteri ricompresi nelle norme che regolamentano a livello nazionale e regionale tale settore assistenziale e riflettono nel loro insieme gli indirizzi dati dal piano sanitario regionale ospedaliero e da quello territoriale;
- c) che la messa in atto delle modalità operative, così come definite nel suddetto documento, contribuiscono ad assicurare percorsi e prospettive terapeutiche ottimali, in linea con gli standard assistenziali che questa Regione persegue;
- d) che al contempo è opportuno prevedere misure di semplificazione relativamente ai percorsi assistenziali, conformemente all'intero assetto normativo in premessa riportato;

Preso atto

- 1) che è opportuno assicurare, fermo restando quanto disposto dalla norma nazionale e regionale in termini di principi e criteri, idonee modalità di accesso e presa in carico uniforme;
- 2) che è necessario, pertanto, addivenire alla individuazione di un punto di riferimento che fornisca certezza ed omogeneità di comportamenti su tutto il territorio regionale;

Ritenuto di stabilire

- a) che l'accesso alla degenza in regime di ricovero di tipo riabilitativo cod. 56 avviene prevalentemente a seguito di un evento acuto che ha determinato un ricovero ospedaliero;
- b) che gli ospedali per acuti si avvalgono delle specifiche competenze medico-chirurgiche specialistiche per avviare i pazienti alle strutture riabilitative di ricovero cod. 56, in grado di offrire il trattamento riabilitativo più appropriato per area di intervento e livello di intensità rispetto alle necessità del paziente, al fine di garantire che i trasferimenti dai reparti per acuti siano, per quanto possibile, tempestivi, appropriati ed efficaci;
- c) che il trasferimento del paziente da strutture di ricovero per acuti presso le strutture riabilitative in regime di ricovero ad alta intensità di cure (codice 56), deve essere accompagnato da una scheda compilata dalla struttura sanitaria di ricovero per acuti che dimette il paziente, descrittiva delle problematiche cliniche assistenziali del paziente stesso e delle terapie farmacologiche in atto, nonché delle esigenze cliniche assistenziali che richiedono il ricovero in regime di ricovero ad alta intensità di cure (cod. 56);
- d) che per il trasferimento diretto del paziente dalla struttura di ricovero per acuti alla struttura riabilitativa e segnatamente all'U.O. di recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), non è richiesta la prescrizione del MMG;

Ritenuto, altresì

- che la struttura di riabilitazione di ricovero cod. 56, a seguito del trasferimento dalla struttura ospedaliera per acuti, predispone, per il tramite del team multidisciplinare interno, comprensivo anche dello specialista in riabilitazione, il progetto riabilitativo individuale (PRI), nonché gli

obiettivi, le modalità e i tempi di completamento dei trattamenti riabilitativi, come di seguito meglio precisato;

- che è fatto obbligo a tali strutture di riabilitazione, comunicare l'avvenuto ricovero entro massimo 48 ore al Distretto territorialmente competente, ai fini dei dovuti controlli;
- tali ultimi adempimenti, ovvero quelli relativi alla predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale e la comunicazione al Distretto, devono essere eseguiti, con le medesime modalità e tempi, anche per i ricoveri dei pazienti che accedono alle UU.O.O. di cod. 56 direttamente dal domicilio. Per tale ultima tipologia di ricoveri, che deve in ogni caso rappresentare una quota significativamente residuale rispetto al totale dei ricoveri provenienti dalle strutture per acuti, è indispensabile la prescrizione del MMG;
- che per tutte le tipologie di ricovero, ovvero sia per quelli provenienti da strutture di ricovero per acuti, che per quelli provenienti dal domicilio, la struttura di riabilitazione è tenuta a compiere una esaustiva valutazione delle condizioni clinico-funzionali del paziente, sia precedenti all'evento indice, sia al momento della presa in carico, attraverso strumenti validati, per verificare la severità del quadro clinico, il potenziale di modificabilità e di recupero delle diverse funzioni (motorie, cognitive, comportamentali) e predisporre un adeguato progetto riabilitativo individualizzato entro massimo le 72 ore dall'accoglimento. Il progetto, una volta redatto, è parte integrante della cartella clinica. La valutazione dei risultati ottenuti può essere eseguita, prima della dimissione, anche dalla UVBR territoriale di riferimento in sede di controllo;
- che il PRI deve comprendere:
 - la definizione dei componenti del Team;
 - la definizione degli outcome (globale e funzionale);
 - la descrizione dei singoli programmi riabilitativi (con obiettivi, tempi di raggiungimento e modalità di misurazione degli esiti).
- che la documentazione in possesso della struttura di riabilitazione per ogni ricovero relativo al codice 56 dovrà ricomprendere:
 - le indicazioni di monitoraggio relativi allo stato di avanzamento del programma riabilitativo;
 - la descrizione/misurazione del monitoraggio dello stato di avanzamento del programma riabilitativo effettuata con l'ausilio di scale validate che tengono conto della disabilità registrata all'ingresso e alla dimissione;
- che i ricoveri devono concludersi con un Progetto di dimissione condiviso con l'utente/caregiver esplicitato nella lettera di dimissione da trasmettere obbligatoriamente al MMG anche per il tramite del paziente;
- che il Direttore del Distretto territorialmente competente è tenuto ad avviare, anche per il tramite delle UVBR e dei servizi territoriali all'uopo predisposti, le relative attività di controllo. In particolare, durante l'esecuzione dei controlli dovrà essere verificato se l'evolversi delle condizioni cliniche o delle comorbidità del paziente rendono non indicata l'esecuzione di un trattamento intensivo tale da renderlo inappropriato con conseguente indicazione ad un trasferimento a un livello di intensità di cure inferiore, previo aggiornamento della documentazione clinica e relativa successiva comunicazione al Distretto territorialmente competente da parte della struttura di ricovero.

Ritenuto, infine

di fare obbligo ai Direttori Generali, atteso che il presente documento è teso a migliorare la qualità dei processi assistenziali, di potenziare i controlli delle attività di ricovero, garantendone nel contempo continuità e regolarità; nonché di assicurare la corretta e puntuale osservanza degli adempimenti previsti dalla suindicata direttiva, al fine di garantire in modo uniforme sul territorio regionale la realizzazione degli interventi prefissati.

Propongono e la Giunta, in conformità, a voto unanime,

DELIBERA

1. **di stabilire** che l'accesso alla degenza in regime di ricovero di tipo riabilitativo cod. 56 avviene prevalentemente a seguito di un evento acuto che ha determinato un ricovero ospedaliero;

2. di stabilire, altresì:

- a. che gli ospedali per acuti si avvalgono delle specifiche competenze medico-chirurgiche specialistiche per avviare i pazienti alle strutture riabilitative di ricovero cod. 56, in grado di offrire il trattamento riabilitativo più appropriato per area di intervento e livello di intensità rispetto alle necessità del paziente, al fine di garantire che i trasferimenti dai reparti per acuti siano, per quanto possibile, tempestivi, appropriati ed efficaci;
- b. che il trasferimento del paziente da strutture di ricovero per acuti presso le strutture riabilitative in regime di ricovero ad alta intensità di cure (codice 56), deve essere accompagnato da una scheda compilata dalla struttura sanitaria di ricovero per acuti che dimette il paziente, descrittiva delle problematiche cliniche assistenziali del paziente stesso e delle terapie farmacologiche in atto, nonché delle esigenze cliniche assistenziali che richiedono il ricovero in regime di ricovero ad alta intensità di cure (cod. 56);
- c. che per il trasferimento diretto del paziente dalla struttura di ricovero per acuti alla struttura riabilitativa e segnatamente all'U.O. di recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), non è richiesta la prescrizione del MMG;
- d. che la struttura di riabilitazione di ricovero cod. 56, a seguito del trasferimento dalla struttura ospedaliera per acuti, predispone, per il tramite del team multidisciplinare interno, comprensivo anche dello specialista in riabilitazione, il progetto riabilitativo individuale (PRI), nonché gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento dei trattamenti riabilitativi, come di seguito meglio precisato;
- e. che è fatto obbligo a tali strutture di riabilitazione, comunicare l'avvenuto ricovero entro massimo 48 ore al Distretto territorialmente competente, ai fini dei dovuti controlli;
- f. tali ultimi adempimenti, ovvero quelli relativi alla predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale e la comunicazione al Distretto, devono essere eseguiti, con le medesime modalità e tempi, anche per i ricoveri dei pazienti che accedono alle UU.O.O. di cod. 56 direttamente dal domicilio. Per tale ultima tipologia di ricoveri, che deve in ogni caso rappresentare una quota significativamente residuale rispetto al totale dei ricoveri provenienti dalle strutture per acuti, è indispensabile la prescrizione del MMG;
- g. che per tutte le tipologie di ricovero, ovvero sia per quelli provenienti da strutture di ricovero per acuti, che per quelli provenienti dal domicilio, la struttura di riabilitazione è tenuta a compiere una esaustiva valutazione delle condizioni clinico-funzionali del paziente, sia precedenti all'evento indice, sia al momento della presa in carico, attraverso strumenti validati, per verificare la severità del quadro clinico, il potenziale di modificabilità e di recupero delle diverse funzioni (motorie, cognitive, comportamentali) e predisporre un adeguato progetto riabilitativo individualizzato entro massimo le 72 ore dall'accoglimento. Il progetto, una volta redatto, è parte integrante della cartella clinica. La valutazione dei risultati ottenuti può essere eseguita, prima della dimissione, anche dalla UVBR territoriale di riferimento in sede di controllo;
- h. che il PRI deve comprendere:
 - h.i. la definizione dei componenti del Team;
 - h.ii. la definizione degli outcome (globale e funzionale);
 - h.iii. la descrizione dei singoli programmi riabilitativi (con obiettivi, tempi di raggiungimento e modalità di misurazione degli esiti).
- i. che la documentazione in possesso della struttura di riabilitazione per ogni ricovero relativo al codice 56 dovrà ricomprendere:
 - i.i. le indicazioni di monitoraggio relativi allo stato di avanzamento del programma riabilitativo;
 - i.ii. la descrizione/misurazione del monitoraggio dello stato di avanzamento del programma riabilitativo effettuata con l'ausilio di scale validate che tengono conto della disabilità registrata all'ingresso e alla dimissione;
- j. che i ricoveri devono concludersi con un Progetto di dimissione condiviso con l'utente/caregiver esplicitato nella lettera di dimissione da trasmettere obbligatoriamente al MMG anche per il tramite del paziente;

- k. che il Direttore del Distretto territorialmente competente è tenuto ad avviare, anche per il tramite delle UVBR e dei servizi territoriali all'uopo predisposti, le relative attività di controllo. In particolare, durante l'esecuzione dei controlli dovrà essere verificato se l'evolversi delle condizioni cliniche o delle comorbidità del paziente rendono non indicata l'esecuzione di un trattamento intensivo tale da renderlo inappropriato con conseguente indicazione ad un trasferimento a un livello di intensità di cure inferiore, previo aggiornamento della documentazione clinica e relativa successiva comunicazione al Distretto territorialmente competente da parte della struttura di ricovero.

3. di stabilire:

- a. di fare obbligo ai Direttori Generali, atteso che il presente documento è teso a migliorare la qualità dei processi assistenziali, di potenziare i controlli delle attività di ricovero, garantendone nel contempo continuità e regolarità;
- b. di assicurare la corretta e puntuale osservanza degli adempimenti previsti dalla suindicata direttiva, al fine di garantire in modo uniforme sul territorio regionale la realizzazione degli interventi prefissati.

- 4. di trasmettere** il presente provvedimento alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie della Campania ed al BURC per la pubblicazione.