



Progetto

- ex Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2009 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, anno 2008
- ex D.M. 23 dicembre 2008 per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale
- ex Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2009

Regione proponente

Regione del Veneto

Linea progettuale

- Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2009: linea 4 – Reti assistenziali
- D. M. 23 dicembre 2008: allegato A, linea 3: "Implementazione della rete delle unità spinali unipolari e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi"
- Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009: linea 10 – Ulteriori progettualità candidabili al cofinanziamento

Titolo del progetto

"Le unità spinali"

Durata del progetto

2007-2008-2009

Referente

Dott. Giancarlo Ruscitti - Segretario regionale Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Telefono 041/2793457; Fax 041/2793491

E-mail: giancarlo.ruscitti@regione.veneto.it

Dott. Francesco Pietrobon - Direzione per i Servizi Sanitari:

Dott. Claudio Pilerci - Servizio Assistenza Ospedaliera:

041/2791672 Fax 041/2791683

claudio.pilerci@regione.veneto.it

Aspetti finanziari

anno 2007: spesa annua di 6 milioni di euro.

anno 2008:

si prevede una spesa annua di circa 7 milioni di euro ripartiti come segue:

- 6 milioni di euro riferibili all'Accordo Stato-Regioni, atto n. 20/CSR, del 26.02.2009
- 1 milione di euro riferibile al D.M. 23.12.2008

anno 2009: si prevede una spesa annua di circa 6 milioni di euro di cui 5 milioni di euro riferibili all'Accordo Stato-Regioni, atto n. 57/CSR, del 25.03.2009.

Costi connessi:

I costi connessi alla realizzazione del progetto includono:

- 1) La definizione e la piena operatività di almeno 5 unità spinali unipolari che coprano l'intera Regione Veneto; la definizione della dotazione di personale e di attrezzature presenti in ciascun centro;
- 2) la identificazione e la formazione di almeno un referente riabilitatore per azienda sanitaria che costituisca la rete delle unità spinali unipolari.

Il progetto

(Contesto, descrizione)

Le lesioni midollari rappresentano una delle più complesse e invalidanti patologie. Un appropriato trattamento delle gravi mielolesioni e/o cerebrolesioni richiede una risposta pronta e coordinata di varie unità operative per acuti e riabilitative.

Il moderno approccio a tale patologia prevede che le strutture coinvolte nel trattamento del medulloleso debbano garantire la più qualificata e moderna assistenza, incluso lo studio di nuove metodologie di trattamento e la prevenzione di ogni complicanza immediata, che può instaurarsi all'atto dell'evento lesivo o successivamente, quando la lesione può considerarsi definitivamente stabilizzata.

Le patologie trattate sono infatti gravate dalla possibilità di sviluppare disabilità, transitorie o permanenti, e come tali, non solo richiedono un sollecito e qualificato intervento delle unità operative per acuti e dei servizi di riabilitazione medica, ma necessitano di strette relazioni con la rete delle strutture riabilitative ospedaliere ed extraospedaliere.

Le unità spinali

Le strutture organizzative semplici e complesse per acuti, sulla base di protocolli operativi concordati e attraverso l'interdisciplinarietà, l'integrazione di competenze, professionalità e risorse, devono fornire la risposta più appropriata in acuzie ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni e devono essere in grado di accogliere il più precocemente possibile il paziente traumatizzato ricoverato nei reparti di Terapia Intensiva.

A tal fine è indispensabile la presenza, nelle suddette unità, di piccole sezioni di terapia sub intensiva, che possono servire sia per il grave traumatizzato cranico che per il paziente spinale. Le problematiche medicoassistenziali di un tetraplegico in fase postacuta precoce (eventuale necessità di periodica assistenza ventilatoria, infezioni, gestione della tracheostomia, gestione dell'alvo e della vescica, prevenzione lesioni da decubito, etc.) non differiscono sostanzialmente da quelle presentate dal grave cerebroleso: il tipo di organizzazione non è quindi dissimile.

A livello nazionale sono state pubblicate le "Linee guida per le attività di riabilitazione" di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 7 maggio 1998 e le "Linee-guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi", di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 4 aprile 2002 che avevano come obiettivo quello di razionalizzare le strutture ed i percorsi diagnostico-assistenziali per il miglioramento dell'assistenza dei medullo e cerebrolesi.

Inoltre il documento conclusivo della Commissione di studio sulle Unità Spinali Unipolari, istituita presso il Dipartimento della Programmazione sanitaria del Ministero della Sanità con Decreto del Ministro della Sanità del 3 giugno 1999, ha condiviso i criteri per l'appropriato percorso assistenziale del mieloleso nelle Unità Spinali ed ha definito i contenuti della formazione interdisciplinare degli operatori del settore nonché stabilito le modalità per il monitoraggio epidemiologico delle mielolesioni.

Nella Regione Veneto sono operanti da anni le Unità ad alta specializzazione (III livello) di Vicenza una (Unità Spinale Unipolare) dotata di 20 posti letto ed una Unità Gravi cerebrolesioni (UGC) di 10 posti letto mentre a Negrar è presente una Unità Spinale Integrata (Verona - Negrar) di 10 posti letto, ed una UGC di 20 posti letto. Inoltre nella regione Veneto esistono sei divisioni di Neurochirurgia (Verona, Vicenza, Padova, Treviso, Rovigo, Mestre) in grado di trattare sia il cranioleso che il mieloleso nella fase dell'emergenza.

Inoltre, nella regione Veneto sono programmate le unità di Riabilitazione intensiva (II livello) di Conselve dotata di 38 posti letto gestiti dalla 'Azienda Ospedaliera di Padova, di Venezia presso l'ospedale S. Camillo dotato di 70 posti letto, di Mestre dotata di 10 posti letto, di Castelfranco veneto, dotata di 134 posti letto e di Vittorio Veneto dotata di 38 posti letto.

Per quanto concerne le cerebrolesioni acquisite la presenza nella nostra regione, a fianco delle Unità di terzo livello, di una rete di Centri di Riabilitazione Intensiva di II livello con distribuzione geografica più omogenea permetterebbe l'avvicinamento dei pazienti meno problematici al proprio domicilio: è un elemento importante per ridurre la durata della degenza. Superata la fase acuta è infatti frequente l'invio a domicilio per il fine settimana, il che facilita molto - secondo la nostra esperienza - la precocità della dimissione. Inoltre il reinserimento lavorativo ed il follow-up sono ovviamente più agevoli se un centro di riferimento non è lontano dal domicilio del paziente. E' necessario in sostanza anche per i pazienti con cerebrolesioni disegnare percorsi assistenziali che garantiscano la reale continuità del progetto riabilitativo.

Quando la gravità della menomazione non lo permette (stati vegetativi, stati di minima responsività), va reso più agevole, al termine di un percorso che dovrebbe comunque iniziare in una UGC, il trasferimento nelle strutture assistenziali di supporto (RSA per vegetativi).

La Direzione per i Servizi sanitari, con la rappresentanza di tutte le parti coinvolte nell'assistenza ai midollo e cerebrolesi, nonché rappresentanti delle associazioni di malati, ha elaborato un documento sulle 'Linee guida sul trattamento di pazienti con mielolesioni e cerebrolesioni gravi' che, sulla scorta delle linee guida nazionali, ha tracciato i percorsi diagnostico-assistenziali e definito i fabbisogni assistenziali per i pazienti mielo e cerebrolesi della Regione Veneto.

Obiettivi

Elaborare e istituzionalizzare la rete delle unità spinali unipolari della Regione Veneto, sulla base di protocolli operativi concordati e attraverso l'interdisciplinarietà, l'integrazione di competenze, professionalità e risorse, identificando le caratteristiche e l'attività di ciascun centro, secondo i principi delle "Linee guida per le attività di riabilitazione" di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 7 maggio 1998 e le "Linee-guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi", di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 4 aprile 2002.

Tempi di attuazione

Si prevede che la rete assistenziale delle Unità Spinali possa essere resa operativa nell'arco di due anni.

Nell'arco del 2009 la rete verrà monitorata, anche al fine di apportare eventuali necessarie modifiche. A seguito di tale monitoraggio verrà istituzionalizzata.

- 2008 - verrà continuato il lavoro di elaborazione della rete in linea con i protocolli operativi concordati e attraverso il modello condiviso che prevede l'interdisciplinarietà, l'integrazione di competenze, professionalità e risorse;

- 2009 - In tale anno la rete verrà monitorata, anche al fine di apportare eventuali necessarie modifiche. A seguito di tale monitoraggio verrà istituzionalizzata.

Sono previste inoltre:

1. la revisione organizzativa dell'offerta di prestazioni;
2. la riduzione dei tempi di attesa per il trasferimento;
3. una maggiore appropriatezza erogativa in funzione della casistica dei pazienti;
4. la diminuzione delle giornate di degenza con conseguente riduzione dei costi di trattamento.

Indicatori

- rilevazione delle attività e delle unità erogatrici di prestazioni nella regione;
- analisi dei dati al fine di giungere ad una revisione dell'organizzazione
- attivazione di un gruppo di lavoro per analisi congiunta e per la condivisione della proposta
- casistica prodotta con particolare riguardo al numero di pazienti con menomazione/disabilità grave trattati (criteri : lesione midollare completa, ASIA IS A e B per i midollari, GCS < 8 per i cerebrolesi)
- tempestività dei trasferimenti dai reparti di emergenza e possibilità di trasferimento senza passaggi intermedi
- criteri di follow-up
- presenza di programmi post-ospedalieri riabilitativi e di reinserimento socioprofessionale
- presenza di strutture ricettive per i familiari dei pazienti
- durata media della degenza presso i reparti di emergenza e di riabilitazione
- esistenza di campagne formative/informative sull'offerta

Risultati attesi

- revisione organizzativa dell'offerta di prestazioni;
 - riduzione dei tempi di attesa per trasferimento;
 - maggiore appropriatezza erogativi in funzione della casistica dei pazienti;
- diminuzione delle giornate di degenza con conseguente riduzione dei costi di trattamento..