



## ALLEGATOS alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012.

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Riabilitazione

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 10 “Riabilitazione”

#### 4. Referente

Dr. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793526; Fax 0412793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** Pluriennale

**6. Aspetti finanziari:** Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: €1.000.000,00

#### 7. Impianto progettuale

Il Percorso Riabilitativo unico è il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo ed in tale ambito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è unico per ciascuna persona, stabilito dal Medico specialista in Riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti. Il PRI applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), individua la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente quando possibile, con la famiglia ed i caregiver, stabilisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Le diverse condizioni all'interno di una stessa patologia possono corrispondere ad una crescente necessità assistenziale con un impegno equivalente di risorse, pertanto la rete riabilitativa deve consentire, a garanzia del paziente, il passaggio dinamico attraverso i diversi livelli assistenziali ed occorre che il Percorso Riabilitativo unico venga fornito alla persona disabile fin dalla fase del ricovero in acuzie. Il modello di Governo Clinico deve garantire di fare la cosa giusta al momento giusto, nel posto giusto.

La Struttura 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 ed è alla Struttura di Riabilitazione che devono essere dati gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili.

In coerenza con il principio di "presa in carico della persona" e con la necessità che sia garantito alla persona disabile ricoverata in acuzie un Percorso Riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa, devono essere curate e monitorate in ambito dipartimentale con adeguati strumenti di

valutazione dell'appropriatezza, le fasi di passaggio tra i vari setting riabilitativi ed in particolare le dimissioni protette e le "dimissioni critiche" e la necessaria continuità al domicilio o in strutture assistenziali di interventi riabilitativi (in raccordo con i MMG e i PLS, nonché con i servizi territoriali). E' a livello territoriale, che il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità. In questo contesto si ha la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione il territorio diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali. In ambito territoriale occorre distinguere la fase ambulatoriale per la quale si dovrà esplicitare tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo, nonché la fase domiciliare che è indispensabile che venga implementata ma occorre precisare che il servizio deve essere riservato ai pazienti che sono impossibilitati ad accedere ai servizi ambulatoriali, e deve essere limitato al periodo di tempo con difficoltà all'accesso ambulatoriale.

Sempre a livello territoriale occorre considerare la fase residenziale extraospedaliera dove possono essere erogate attività di riabilitazione intensiva ed estensiva su pazienti che non presentano una situazione clinica tale da richiedere un ricovero in ambiente ospedaliero e che non possono essere opportunamente trattati ambulatorialmente e/o a domicilio, garantendo gli stessi standard riabilitativi previsti in ambito ospedaliero.

Si dovranno predisporre appositi percorsi appropriati per le diverse disabilità anche in considerazione della propria rete riabilitativa, nonché potranno prevedere compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la parte non sanitaria.

In questa particolare stagione di trasformazione del welfare e di condizionamenti economici internazionali, assume primaria importanza il tema della sostenibilità del sistema e di conseguenza la capacità del modello sanitario di utilizzare al meglio e nel modo più appropriato le risorse disponibili. Va previsto infatti, un riaggiustamento interno anche e soprattutto in termini di risorse alle macro funzioni assistenziali, che assegni maggior spazio alle attività di contrasto alla disabilità, alla medicina del territorio all'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali ed ospedaliere.

Peraltro, essendo gli interventi in ambito riabilitativo interdisciplinari risulta difficile la valutazione di indicatori di esito trasferibili alle popolazioni in esame. Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla complessità di ogni singolo caso, che rende difficilmente applicabili le metodologie di ricerca usualmente utilizzate in altre discipline; da qui la possibile utilizzazione della metodologia del "caso singolo" purché sia stata usata la metodologia scientifica.

Con la D.G.R. 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), ha affrontato alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:

- la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale-strutture extraospedaliere e territorio;
- il recepimento dei principi dell'OMS in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICDH (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.

DGR. 2400 del 14 ottobre 2010

Descrizione Progetto Riabilitazione

Si definiscono attività di riabilitazione gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente e soprattutto ritornare attivo ed interagente entro il proprio nucleo familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

Con l'approvazione del "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011) si è ritenuto

necessario - pur riconoscendo le Linee Guida sulla riabilitazione del 1998, un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo – un aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcome ed ai criteri di appropriatezza della strategia riabilitativa.

Con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 87 del 23/05/2012, la Regione Veneto ha preso atto dell'Accordo del 10 febbraio 2011, i cui contenuti sono stati recepiti nella Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

Nella previsione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016 all'interno della filiera dell'assistenza territoriale, la riabilitazione va a collocarsi nell'ambito dell'assistenza in strutture di ricovero intermedie. Si delinea, infatti come obiettivo strategico regionale, lo sviluppo di questa forma di assistenza attuabile attivando strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

### **PROGETTO U.R.T. – Unità Riabilitativa Territoriale**

Sono strutture attualmente non presenti come Unità di offerta specifiche, che dovranno aggiungersi alla filiera dei servizi di riabilitazione residenziale temporanea a valenza territoriale e non ospedaliera. Potranno essere riclassificate come URT alcune Unità di offerta sperimentali attualmente in esercizio e inserite all'interno di Centri Servizi (es.: Nuclei Assistenza Integrata Socio Sanitaria o Nuclei ad Alta Intensità Socio Sanitaria - NAISS, RSA a valenza riabilitativa) che svolgono attività di residenzialità post-ricovero temporanea con funzione di riabilitazione e recupero funzionale.

L'Unità Riabilitativa Territoriale accoglie elettivamente pazienti con le seguenti caratteristiche:

- a) paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente sono perse ma sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva;
- b) pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'Ospedale di Comunità che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (es.: ictus a lenta risoluzione);
- c) paziente cronico evolutivo (es.: Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua che necessita di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.

D.G.R n. 2718 del 24/12/2012

Con tale provvedimento la Regione Veneto oltre a individuare tipologia e classificazione, a definire le caratteristiche, di queste strutture, ha provveduto, altresì, ad evidenziare l'esito funzionale quale determinante principale delle necessità assistenziali e della traiettoria o del percorso assistenziale del paziente. Rispetto all'ospedale, in tali strutture, prevale l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali (disabilità) della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica (rappresentata tipicamente dal DRG).

Il provvedimento in argomento ha inoltre definito:

- la risposta a quali bisogni di salute soddisfare;
- i posti letto all'interno dei letti per cure intermedie;
- i posti letto per un miglior uso costo-efficiente delle risorse umane;
- gli aspetti strutturali;
- la tipologia di pazienti e criteri di esclusione;
- il profilo funzionale dei pazienti;
- l'organizzazione del personale del comparto;
- il personale medico;
- la presenza notturna infermieristica;
- lo standard del personale di assistenza;

- la tariffazione con relativa compartecipazione alla spesa, relativa alla quota alberghiera, da parte dell'assistito;
- le prestazioni diagnostiche e specialistiche;
- la dotazione tecnologica;
- la compartecipazione – Ticket – (con esclusione di quelle di riabilitazione e di quelle erogate come completamento diagnostico, entro i 30 giorni dalla dimissione dall'ospedale);
- i Nodi invianti;
- lo Strumento di ingresso/dimissione (SVAMA);
- la durata del ricovero;
- la responsabilità clinica;
- la responsabilità gestionale;
- la raccolta dati e il debito informativo;
- l'autorizzazione e l'accreditamento;
- la partecipazione della famiglia al processo di recupero del paziente.

L'obiettivo progettuale, consiste nel consolidare il sistema in atto per la Riabilitazione con la valorizzazione del ruolo dell'URT nella rete assistenziale territoriale al fine di evitare una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare per la persona anziana, favorendo invece il rientro al domicilio.