



## ALLEGATO A alla Dgr n. 2634 del 30 dicembre 2013

### DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

#### AMBITO DI APPLICAZIONE E QUADRO NORMATIVO

Le linee guida del Ministero della Salute per le attività di riabilitazione, approvate con l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 07 maggio 1998 (Rep. Atti n. 457), hanno definito i seguenti principi fondamentali:

- la presa in carico globale della persona;
- la valutazione del bisogno riabilitativo-assistenziale;
- l'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.

Il Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione, approvato il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 30), afferma quanto segue:

“In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.

Il Dipartimento 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; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di Riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza”.

#### MISSION

Partendo da queste premesse di ordine legislativo è necessario porre al centro del progetto assistenziale la persona con disabilità e la sua famiglia utilizzando lo strumento del *Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)*, all'interno di *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*, come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile.

Il modello è quello della presa in carico della persona nel suo complesso, indipendentemente dall'età, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici che assicurino la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando ridondanze e sovrapposizioni.

Si ritiene che tali PDTA debbano essere il più possibile omogenei rispondendo alla necessità di avere delle linee guida regionali almeno per le macro categorie di disabilità.

Si rende necessario, a tal fine, strutturare un'articolazione organizzativa che, secondo i principi del “Governo Clinico”, garantisca il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali, e delle strutture private accreditate e rappresenti un trait d'union con l'ambiente socio-familiare.

L'ottimizzazione della funzione riabilitativa è affidata al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio che, nell'assicurare la continuità delle cure, garantisce il percorso più sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio:

1. rappresenta lo snodo reale della *Clinical Governance* e negozia le risorse attraverso le direzioni strategiche;

2. assicura le prestazioni nell'ambito del budget assegnato a seguito della suddetta procedura di negoziazione e rendiconta annualmente sugli obiettivi assegnati;
3. elabora un documento condiviso tra i vari attori del sistema riabilitativo in modo da costruire un codice etico per la tutela delle situazioni di maggiore criticità e un utilizzo equo delle risorse per il bene comune e vigila sul rispetto dello stesso. Nello stesso documento deve essere individuato il fabbisogno a livello distrettuale e ospedaliero, nel rispetto del principio di prossimità delle cure e dell'assistenza, finalizzato anche alla contrattualizzazione (da parte della Direzione Strategica Aziendale) di strutture erogatrici da gestire a livello aziendale;
4. applica i protocolli e i PDTA idonei ad assicurare una risposta globale ed efficace alle richieste del cittadino utente e attraverso il governo dei PDTA assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi, garantendo:
  - la centralità della persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con la stessa e con i suoi familiari;
  - l'accessibilità;
  - la sostenibilità e l'appropriatezza del PRI e dei programmi attuativi;
  - la globalità e la precocità degli interventi;
  - l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
  - la continuità delle cure;
  - l'integrazione socio sanitaria;
  - la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

L'impegno prioritario del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio a garanzia del governo clinico è centrato sulle seguenti funzioni:

- costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra le varie componenti dell'offerta riabilitativa presenti;
- applicare i PDTA elaborati a livello regionale e nazionale per le maggiori disabilità, verificarne l'attuazione e conseguentemente l'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'azienda;
- orientare tutta l'organizzazione all'outcome e all'appropriatezza basata sull'Evidence Based Medicine (EBM);
- monitorare le attività erogate.

Aspetti peculiari del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio sono:

1. **Integrazione delle funzioni/attività sanitarie e sociali di riabilitazione**, con definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (PRI) dal momento della individuazione precoce della situazione disabilitante, fino alla fase della reintegrazione nella comunità e della eventuale gestione degli esiti non emendabili;
2. **Integrazione ospedale-territorio**, con superamento definitivo della dicotomia fra attività ospedaliere e territoriali, definendo le specifiche modalità di dimissione protetta, comprensive di una valutazione di tipo multidimensionale quando il bisogno è di natura socio-sanitaria, in modo da assicurare la continuità degli interventi territoriali ed individuare le strutture necessarie a garantire una continuità assistenziale per i pazienti presi in carico;
3. **Gestione strutturale diretta** delle Unità Riabilitative Complesse (UOC) e Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) afferenti al dipartimento, e **raccordo funzionale** di queste strutture, delle strutture terze che erogano anche attività riabilitative e del privato accreditato che opera in ambito riabilitativo;
4. **Formazione e aggiornamento professionale**, in particolare per le competenze interprofessionali-disciplinari (non solo sul piano tecnico/scientifico ma anche relazionale e gestionale in un'ottica ispirata all'International Classification of Function (ICF));
5. **Definizione e gestione** delle relazioni con gli altri sistemi organizzati dell'offerta socio-sanitaria, con le altre agenzie istituzionali e del terzo settore (mondo della scuola, lavoro, associazionismo, volontariato ecc.).

Per la complessità delle cure riabilitative che prevede la definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (PRI), oltre ai Dipartimenti della Funzione Riabilitativa delle Aziende ULSS, laddove presenti le Aziende Ospedaliere dovranno essere costituiti dei dipartimenti interaziendali tra le Unità Operative di Medicina Fisica e Riabilitativa delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende ULSS; tali dipartimenti potranno essere esclusivamente funzionali e potranno avere anche un importante ruolo nell'ambito della formazione e della ricerca scientifica considerato che le Aziende Ospedaliere-Universitarie sono recepite sedi di riferimento regionale con funzioni di didattica, ricerca ed assistenza clinica.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, pertanto, si connota per essere un dipartimento trasmurale ed è composto dalle seguenti strutture, ove presenti:

- a) Unità Spinali (cod. 28),
- b) Unità di Neuroriabilitazione per l'età adulta e per l'età evolutiva (cod. 75),
- c) Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitativa ospedaliere (cod. 56),
- d) Unità operative di Lungodegenza ospedaliere (cod. 60),
- e) Tutte le Unità operative specialistiche riabilitative territoriali e ospedaliere (es. Cardiologia Riabilitativa, Pneumologia Riabilitativa, ecc.),
- f) Presidi e/o Centri e/o Unità Operative che erogano prestazioni riabilitative di carattere estensivo o intensivo sul territorio.

Dal punto a) al punto d) l'appartenenza al dipartimento deve essere strutturale.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, in tal modo, si articola in un sistema organizzato di servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio, e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatrica).

## **COMPOSIZIONE DEL DIPARTIMENTO**

La direzione organizzativa e gestionale del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio è articolata su due livelli:

- il Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, con funzione direzionale;
- il Comitato di Dipartimento con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle attività del Dipartimento.

La Direzione del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio rappresenta il centro unitario di collegamento funzionale fra tutte le strutture sia pubbliche che private accreditate per garantire livelli uniformi di assistenza e omogeneità di intervento, sull'intero territorio di competenza, attraverso una rilevazione organica e comparabile dei bisogni di trattamento, e attraverso la definizione e progettazione integrata delle strategie di intervento.

## **DIRETTORE**

Il Direttore, nominato dal Direttore Generale tra i Direttori di Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitativa, assorbe le funzioni di Direttore del Dipartimento ed è equiparato sul piano economico ai Direttori dei Dipartimenti Strutturali.

Il Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, individuati d'intesa con le Direzioni della Funzione Ospedaliera e della Funzione Territoriale e negoziati con la Direzione Generale.

Al Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio spetta:

- la negoziazione del budget con la Direzione della Funzione Ospedaliera e con la Direzione della Funzione Distrettuale per le parti di competenza sulla base delle caratteristiche trasversali del dipartimento;

- l'attività di monitoraggio e la puntuale verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate operanti sul territorio di competenza sulla base di definiti PDTA.

**COMITATO**

Il Comitato di dipartimento rappresenta, unitamente al Direttore, l'organismo di direzione e coordinamento del dipartimento medesimo ed è presieduto dal Direttore.

È composto, a regime, da:

- 1) direttori delle strutture complesse di riabilitazione del Dipartimento;
- 2) responsabili delle strutture semplici di riabilitazione a valenza dipartimentale del Dipartimento;
- 3) n. 1 Direttore di UOC nominato in rappresentanza di tutti i Direttori delle UU.OO. con le quali si condivide funzionalmente il personale della riabilitazione, nell'ambito delle attività coordinate dal Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio (es. Cure Primarie, Neuropsichiatria Infantile, ecc.);
- 4) n. 2 Dirigenti afferenti al Dipartimento eletti tra tutti i dirigenti di area sanitaria delle strutture di riabilitazione che non sono membri di diritto del Comitato;
- 6) Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio;
- 7) N. 1 Rappresentante di area riabilitativa da nominare all'interno delle strutture del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio previste al punto g).

Il comitato deve riunirsi almeno due volte all'anno su richiesta del direttore e delibera con la maggioranza dei voti espressi; a parità di voto prevale il voto del direttore di dipartimento.

La seduta del Comitato è valida se è presente la metà più uno dei componenti.

Il Comitato assume decisioni, nel rispetto delle direttive della direzione aziendale e con particolare riguardo al coordinamento funzionale, sui seguenti argomenti:

- pianificazione annuale delle attività;
- valutazione, fornendo il proprio parere, delle proposte del Direttore del Dipartimento, per l'utilizzazione degli spazi, attrezzature, orari delle attività e quindi del personale, le richieste dei beni e dei servizi, i programmi di formazione e aggiornamento, lo sviluppo di nuove attività, di riordino o di cessazione;
- sperimentazione e adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
- coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del dipartimento;
- determinazione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
- valutazione, altresì, di ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto in relazione a problemi o eventi di particolare importanza.

Le attività del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio devono essere tese all'integrazione con gli Enti Locali, con le modalità e i contenuti dei Piani di Zona gestiti dai singoli Distretti Socio-Sanitari, in modo da orientare gli stessi piani alla più ampia omogeneità.

Vanno altresì promossi rapporti di collaborazione con tutte le associazioni dei cittadini operanti nel campo dell'assistenza ai disabili.

Per consentire valutazioni oggettive sull'appropriatezza delle cure erogate sarà necessario individuare, con l'aiuto delle Società Scientifiche, PDTA condivisi a livello regionale. A tale scopo si prevede che un direttore di dipartimento per ogni provincia possa divenire referente presso la regione nei riguardi di PDTA, qualità, formazione, governo clinico, nell'ottica della costituzione di una rete riabilitativa regionale.