

(Codice interno: 391970)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 384 del 02 aprile 2019

Definizione dei requisiti di cui devono essere in possesso le strutture private accreditate al fine di essere definite a "alta specializzazione" in ambito riabilitativo, riguardo alle aree cardiologica, neurologica, respiratoria (branca 56 Medicina Fisica e Riabilitazione). Deliberazione n. 131/CR del 21 dicembre 2018.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Con il presente provvedimento vengono fornite le indicazioni delle caratteristiche strutturali, tecnologiche e di competenza di cui devono essere in possesso le strutture private accreditate e il personale ivi operante, per definire le stesse a "alta specializzazione" riguardo alle aree cardiologica, neurologica, respiratoria (Branca 56 Medicina Fisica e Riabilitazione).

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con il DDR n. 28 del 13 marzo 2017 dell'Area Sanità e Sociale è stata istituita una commissione tecnica il cui compito consisteva nel definire i requisiti che i centri privati accreditati devono possedere per poter essere definiti ad alta specializzazione in ambito riabilitativo relativamente alle aree cardiologica, neurologica, respiratoria (Branca 56 Medicina Fisica e Riabilitazione)

In particolare la Commissione Tecnica ha definito, in maniera dettagliata quali sono i requisiti:

- Strutturali
- Diagnostico/valutativi
- Di processo
- Di competenza

che una struttura deve possedere per poter essere classificata ad "alta specializzazione", ossia in grado di erogare prestazioni agli utenti definiti "casi complessi", cioè utenti affetti da menomazioni e/o disabilità tali da richiedere la presa in carico da parte di un team multi professionale in grado di elaborare un progetto riabilitativo individuale che preveda molteplici programmi terapeutici.

Con deliberazione n. 131/CR del 21 dicembre 2018, la Giunta Regionale ha approvato i requisiti che i centri privati accreditati devono possedere per poter essere definiti ad alta specializzazione in ambito riabilitativo relativamente alle aree cardiologica, neurologica, respiratoria (Branca 56 Medicina Fisica e Riabilitazione), di cui all'Allegato A del medesimo atto.

La DGR n. 131/CR/2018, come previsto dall'Art. 2, comma 3, l.r. n. 23/2012, è stata trasmessa alla Quinta Commissione Consiliare per l'espressione del previsto parere.

La Quinta Commissione Consiliare, nella seduta n. 129 del 31 gennaio 2019, ha esaminato la DGR n. 131/CR/2018 e ha espresso parere favorevole a maggioranza (Pagr n. 370).

Si deve ora dare atto che, successivamente alla data di approvazione della DGR n. 131/CR/2018, è stato approvato, con legge regionale n. 48 del 28 dicembre 2018, il Piano Socio Sanitario Regionale 2019 - 2023 e che la citata legge regionale prevede che il Piano Socio Sanitario Regionale sia attuato da provvedimenti della Giunta Regionale secondo l'iter procedimentale indicato (art 1, comma 3).

Condividendo il parere espresso dalla V Commissione Consiliare si propone di adottare le caratteristiche, strutturali, tecnologiche e di competenza nonché i requisiti tecnici specifici del sistema informatico, come riportati in dettaglio nell'**Allegato A** che costituisce parte integrante del presente atto.

Va altresì ricordato che le strutture private accreditate ambulatoriali che risulteranno in possesso dei requisiti previsti nell'**Allegato A** al presente atto potranno beneficiare di budget aggiuntivi così come previsto dalla DGR 29 dicembre 2017, n. 2166, seguendo l'iter previsto dalla delibera medesima.

Si propone di incaricare Azienda Zero di individuare tra le strutture già accreditate operanti sul territorio regionale, quali sono in possesso dei requisiti descritti nel presente atto.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la Legge n. 22 del 16 agosto 2002;

VISTA la Legge Regionale n. 48/2018;

VISTA la DGR n. 2166 del 29 dicembre 2017;

VISTO il DDR n. 28 del 13 marzo 2017;

VISTO l'art. 1 comma 3 della Legge Regionale 48/2018;

VISTO il parere della Quinta Commissione Consiliare rilasciato nella seduta n. 129 del 31 gennaio 2019 (Pagr n. 370);

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente atto;
2. di approvare i requisiti strutturali, diagnostico/valutativi, di processo e di competenza necessari per essere definiti centro ad "alta specializzazione", così come riportato nell'**Allegato A** parte integrante del presente atto;
3. di incaricare Azienda Zero di individuare tra le strutture già accreditate operanti sul territorio regionale, quali sono in possesso dei requisiti descritti nel presente atto;
4. di incaricare l'U.O. Assistenza specialistica, liste d'attesa e termale, afferente alla Direzione programmazione sanitaria - LEA dell'esecuzione del presente atto;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio della Regione;
6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.



REQUISITI STRUTTURALI, DIAGNOSTICO/VALUTATIVI, DI PROCESSO E DI COMPETENZA CHE UNA STRUTTURA DEVE POSSEDERE PER ESSERE CLASSIFICATA AD “ALTA SPECIALIZZAZIONE” RELATIVAMENTE ALLA BRANCA 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Requisiti strutturali

Le strutture ambulatoriali riabilitative di secondo livello debbono avere caratteristiche strutturali tali da garantire l'erogazione, in ambienti dedicati e specifici per le diverse condizioni, di prestazioni diagnostico valutative di tipo clinico e strumentale, nonché di prestazioni terapeutiche.

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (2011) sottolinea l'importanza del “Progetto Riabilitativo di Struttura”, secondo il quale ciascuna struttura (reparto, setting, centro, ambulatorio pubblico o privato accreditato) dovrà definire “ex ante” le proprie caratteristiche con particolare riferimento alle tipologie di offerta e alle proprie potenzialità

Oltre ai requisiti strutturali previsti dalla L.R. 22/2002 per gli ambulatori di medicina fisica e riabilitazione si dovrebbero prevedere:

- locali per il trattamento riabilitativo distinti per i differenti settori (cardio/respiratorio e neurologico) o utilizzabili con modalità flessibile ma esclusivamente per patologie omogenee;
- ambienti specifici per diagnostica strumentale cardiologica e neurologica;
- sistemi di interfaccia/chiamata urgenza in tutte le stanze di trattamento o di attesa;
- accessibilità alle persone con disabilità motoria garantita in ogni ambiente con attenzione particolare ai bagni.

Requisiti tecnologici diagnostico/valutativi

Area cardio/respiratoria:

- sistema monitoraggio ECG con possibilità di rinvio nei locali di pertinenza medica;
- elettrocardiografi, saturimetri, cardiofrequenzimetri, bilancia con stadiometro;
- ecocardiografo TT con possibilità di diagnosi vascolare, ecostress, TEE;
- sistema diagnostica da sforzo con cicloergometro e treadmill;
- sistema per test cardiopolmonare;
- holter cardiaco e pressorio;

Area neurologica e muscolo scheletrica:

- ecografo;
- saturimetro;
- elettromiografo;
- apparecchi per l'analisi strumentale del movimento;
- apparecchi per l'analisi cinematica e dinamica del passo;
- apparecchiatura per esame posturologico;
- podoscopio;
- test per valutazioni cognitive psicometriche e non (afasia, deterioramento cognitivo, negligenza spaziale, disturbi comportamentali etc);
- ortesi per la deambulazione (dotazione minima);
- ausili/ortesi per arto superiore per terapia occupazionale.



663b47f4



Attrezzature necessarie per erogazione attività riabilitative**Area cardio/respiratoria**

- Attrezzatura completa per palestra: ergometri, ausili per attività calistenica e isotonica, ausili per pazienti con difficoltà di deambulazione (girelli, deambulatori, cyclette, tappeti, etc.)

Area neurologica

- sollevatori per pazienti: almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- letti speciali elettrici e verticalizzabili,
- pedana da statica;
- cicloergometro;
- deambulatori con caratteristiche differenti;
- tappeto mobile;
- parallele;
- therapy master o strutture equivalenti;
- quadro polifunzionale per terapia occupazionale;
- materiale per psicomotricità;
- ortesi per arto superiore e inferiore;
- sistemi per il rinforzo muscolare;
- apparecchiature di nuova concezione (robotica, di interfaccia...);
- specchi;
- sussidi manuali ed elettronici per rieducazione cognitiva/logopedica;
- palloni, materassi;

Requisiti di Competenza e Formazione cardiovascolare e polmonare

Il Ministero della Salute, nel Piano di Indirizzo sulla Riabilitazione dichiara che il Medico Specialista responsabile è colui che è in possesso della specialità relativa con un provato percorso formativo specifico.

Per il restante personale (infermieristico, fisioterapico, dietistico e psicologico) oltre a quanto previsto specificatamente per le rispettive figure dalle normative vigenti, si ritiene necessario che esso sia adeguatamente formato (con livelli di competenza e approfondimento differenti, dipendentemente dal profilo).

Requisiti di competenza e formazione neurologica

Il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa assume già, nel percorso formativo, competenze nelle maggiori aree di disabilità (neurologico motoria, osteoarticolare, cognitiva, respiratoria). Vengono quindi richiesti:

- documentati periodici aggiornamenti sulla gestione delle disabilità da trattare;
- competenza sulle valutazioni da effettuare per singole patologie e sulla compilazione di scale



663b47f4



- validate per misurare la disabilità, le competenze e l'outcome;
- competenza nell'utilizzo delle apparecchiature di diagnosi e cura utilizzate nel centro;
- competenza nella gestione del team riabilitativo;
- competenze nella gestione delle dinamiche correlate sia alla disabilità motoria ma, soprattutto, a quella cognitivo-comportamentale.

Evidenze richieste per le singole strutture

- Evidenza di un progetto riabilitativo di struttura desumibile dai requisiti sopraesposti redatto dal medico responsabile.
- Evidenza di sistemi/procedure definite e concordate con la rete locale dell'offerta a garanzia della continuità di cura, sia in fase di accesso alla struttura ambulatoriale che in fase di eventuale passaggio in carico ad altre strutture sanitarie o socio sanitarie (collegamento con integrazione nella rete cardiologica/neurologica/per acuti e con analoghe reti riabilitative ospedaliere).
- Evidenza di percorsi definiti in collaborazione con servizi di diagnostica di laboratorio o diagnostica per immagini (per le prestazioni non ricomprese negli elenchi di cui sopra).
- Evidenza della gestione dell'eventuale emergenza compreso il trasferimento del paziente.
- Evidenza della appropriatezza dell'indicazione alla riabilitazione ambulatoriale (definizione del rischio del paziente).
- Evidenza della stabilità clinica del paziente.
- Evidenza di un progetto riabilitativo individuale sulla base delle caratteristiche fisiche e cliniche del paziente. Tale progetto deve essere costruito sulla base della disabilità o delle necessità riabilitative della persona. Deve contenere indicatori specifici in ingresso ed uscita del percorso per le differenti aree di intervento (cardiologica, neurologica...), indicatori di outcome di funzionamento globale (es. Barthel) e indicazioni delle attività riabilitative prescritte.
- Evidenza di un programma di follow-up e di continuità assistenziale (documento concordato con MMG e Specialisti di riferimento per l'utente).
- Evidenza che almeno il 70% delle prestazioni erogate nel corso dell'anno solare appartengono alla fattispecie della complessità.

Requisiti di processo

Fase sub acuta e cronica

Una corretta integrazione dell'attività ambulatoriale nell'ambito della filiera delle cure, conformemente al criterio del Percorso Riabilitativo Unico, deve prevedere l'adozione di criteri temporali condivisi in base a cui definire l'appropriatezza di accesso, per questo la Commissione Tecnica ha proposto la distinzione fra:

- **Percorsi ambulatoriali "complessi" in continuità con evento indice** (post ricovero in UUOO per acuti o in strutture riabilitative). In questa categoria il criterio principale di appropriatezza è dato



663b47f4



dalla continuità rispetto al regime di trattamento precedente. I pazienti debbono essere inclusi nella fascia di priorità “breve” (B). Si intende quindi che i pazienti con caratteristiche di complessità, come precedentemente descritto, possano essere appropriatamente presi in carico dopo la fase acuta dai centri ambulatoriali di II livello.

- **Percorsi ambulatoriali “complessi”** per condizioni disabilitanti ad andamento protratto o progressivo, in assenza di eventi acuti con ricovero che possano aver peggiorato la disabilità (ricadrebbero nel punto precedente) in cui sia documentato un aggravamento della condizione clinica suscettibile di miglioramento con opportuni interventi riabilitativi, oppure sia documentata la necessità di prevenire un peggioramento della condizione disabilitante.

Il giudizio di complessità ai fini dell’invio alla struttura viene in questo caso espresso dal Medico di Medicina Generale con la consulenza eventuale di specialisti. In ogni caso la responsabilità di inserire o meno il paziente in un percorso complesso spetta al Medico Specialista della struttura.

Fase della cronicità

Tendenzialmente le condizioni di disabilità stabilizzata o cronico evolutiva, a qualunque struttura corporea si riferiscano, possono essere trattate con interventi di minor complessità e, quindi, tali utenti possono afferire a strutture ambulatoriali meno complesse. Anche in queste situazioni, tuttavia, si potrebbero venire a creare le condizioni per una presa in carico più complessa qualora subentrino eventi clinici in grado di peggiorare considerevolmente l'autonomia residua. Tali casi rientrerebbero nella situazione in cui vi è la necessità di prevenire un peggioramento della condizione disabilitante.

In linea generale l'avvio della presa in carico avviene tramite richiesta di Visita Fisiatrica da parte del Medico di Medicina Generale o di altro medico, se il paziente è ospedalizzato; tale richiesta, per le caratteristiche di complessità elencate, dovrà riportare la priorità B. Nei casi complessi cronici la priorità potrà anche essere di tipo D.

Criteri di accessibilità e di rete

Strutture con caratteristiche di II livello dovrebbero coprire territori piuttosto vasti ma questo non deve costituire ostacolo all’accessibilità. Si potrebbero quindi prevedere accordi con strutture ambulatoriali di I livello per facilitare l'accesso al trattamento in condizioni particolari.

Criteri di appropriatezza del percorso e modalità di erogazione delle prestazioni

Il percorso di presa in carico si ritiene corretto quando rispetta i requisiti di complessità dell’utente e di vicinanza all’evento-indice (fatte salve le specifiche precedentemente riportate) e sia inoltre riscontrabile adeguata documentazione.

In linea di massima si prevede che i trattamenti ambulatoriali nelle strutture di II livello possano avere una durata di:

- 30 - 60 giorni per le patologie/disabilità a prevalenza cardiologiche
- 30 - 90 giorni per le disabilità a prevalenza neurologiche (estendibile fino a 120 giorni in caso di disabilità cognitive)
- 30 giorni per patologie/disabilità a prevalenza respiratorie.



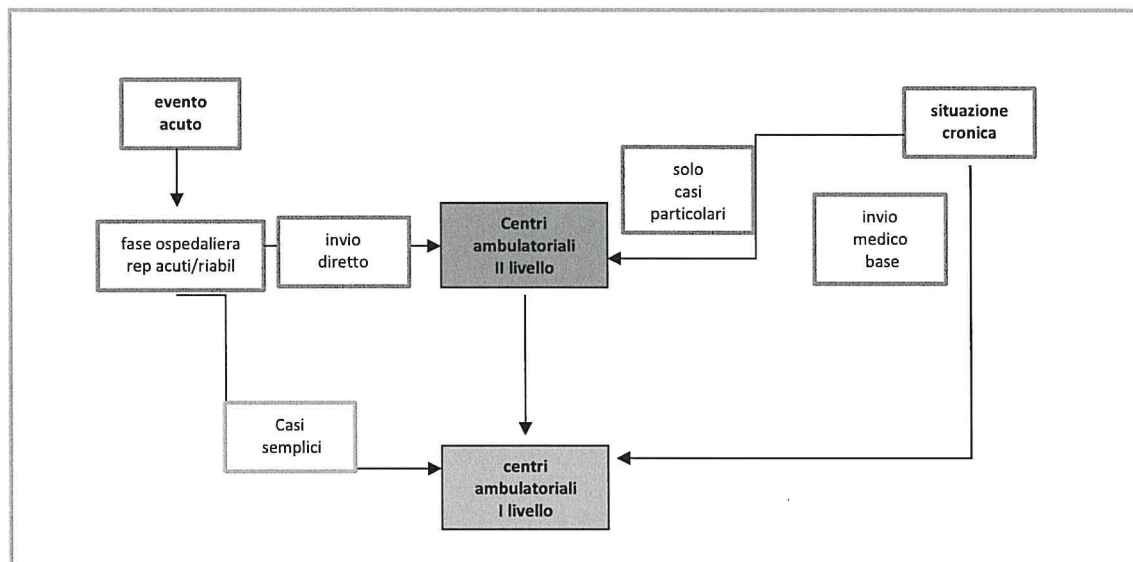
663b47f4



Tali attività riabilitative potranno essere erogate sotto forma di pacchetti ambulatoriali complessi.

Nel caso di disabilità croniche ad alto impatto sul funzionamento, i pacchetti di prestazioni potranno essere ripetuti, di norma, per non più di due cicli anno.

Flow chart riassuntiva delle modalità di accesso a un percorso riabilitativo



CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA SELEZIONE DEI PAZIENTI CON DISABILITA' NEURO MOTORIA E COGNITIVA

Paziente ricoverato per patologia disabilitante complessa di origine neurologica di recente insorgenza o riacutizzazione che dopo la dimissione necessita di completare il percorso riabilitativo in regime ambulatoriale.

- **Tipo di patologia:**

Esiti disabilitanti di ictus cerebrale, poliradiculonevriti acute, traumatismi del sistema nervoso centrale o sistema nervoso periferico, poussée di sclerosi multipla; lesioni mieliche complete e incomplete; danni infettivi, ipossici, vascolari del sistema nervoso centrale.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA SELEZIONE DEI PAZIENTI AFFERENTI ALLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA AMBULATORIALE

I pazienti pertinenti alla cardiologia riabilitativa ambulatoriale si possono dividere in cinque tipologie come di seguito indicato a modello esemplificativo:

1. paziente post sindrome coronarica acuta (SCA)
 - a. pazienti ad elevato rischio trombotico;
 - b. pazienti ad elevato rischio clinico per la presenza di scompenso cardiaco o disfunzione ventricolare;
2. pazienti con cardiopatia ischemica cronica;
3. pazienti con scompenso cardiaco in fase stabile dopo un trapianto cardiaco o affetti da insufficienza cardiaca cronica;



663b47f4



4. pazienti candidati a un impianto di dispositivi elettrici o che siano già portatori di dispositivi elettrici impiantabili;
5. pazienti affetti da arteriopatia periferica sintomatica.

Detti pazienti candidati sono raggruppabili, a fini esemplificativi, in quattro grandi insiemi che tengono conto della patologia cardiologica e del loro livello funzionale:

1. pazienti provenienti dalla cardiochirurgia, ma comunque in buon compenso e privi di complicanze cardiologiche significative;
2. pazienti affetti da sindrome coronarica acuta dimessi, ma per i quali permane un alto rischio cardiovascolare, come difficoltà a cambiare stile di vita (ad es. tabagismo), scarsa rivascolarizzazione del distretto cardiaco colpito, coronaropatia diffusa o copresenza di altre patologie limitanti;
3. pazienti affetti da uno scompenso cardiaco dopo tre settimane di stabilità clinica dall'evento acuto;
4. pazienti candidati ad impianto o già portatori di dispositivi elettrici.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La documentazione clinico-assistenziale, immagini comprese, deve essere prodotta nativamente in formato digitale (ai sensi del CAD), memorizzata in un repository proprio (nel PACS in caso di immagini) o dell'Azienda ULSS di afferenza (la modalità tecnica specifica sarà valutata di volta in volta da Azienda Zero, tenendo conto delle dimensioni della struttura e dell'adeguatezza delle componenti software coinvolte, comprese quelle inerenti la gestione della sicurezza e della privacy) e indicizzata nel Fascicolo Sanitario Elettronico come da specifiche del progetto FSEr (DGR 1671/2012 e DGR 1875/2016).

I sistemi CUP adottati nei centri ad alta complessità, se distinti dai sistemi della ULSS di afferenza, devono cooperare attraverso le specifiche di interoperabilità CUP sviluppate all'interno del progetto FSEr.



663b47f4

