



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 69 DEL 21/12/2017

OGGETTO: Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore – Linee di indirizzo regionali (*acta vii "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale"*).

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 " *Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione****del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano****(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto *vii*): *“attuazione degli interventi rivolti all’incremento della produttività e della qualità dell’assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”*;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, “ nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad Acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”;

PREMESSO che l’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm. e ii, stabilisce che: *“Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:*

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;*
- b) non soddisfano il principio dell’efficacia e dell’appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;*
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell’economicità nell’impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell’assistenza”*;

RILEVATO

- a) 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 forniscono indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all’interno del Livelli Essenziali di Assistenza;
- b) il “Piano di Indirizzo per la Riabilitazione”, recepito dalla Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13 novembre 2012, promuove la realizzazione del Percorso riabilitativo unico integrato sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e del Progetto Riabilitativo di Struttura, *“ in cui ciascuna struttura (reparto, setting, centro, ambulatorio etc.) definisce “ex ante” le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture”*;

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

- c) con DCA n. 132 del 31/12/2013 è stato approvato il “Documento d'indirizzo per la definizione del percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano”;
- d) con Decreto del Commissario ad Acta n. 31 del 2 luglio 2014 è stato costituito il Gruppo di Lavoro Regionale per l'implementazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, impegnato nella definizione di percorsi riabilitativi per le condizioni a maggior impatto riabilitativo, sulla base di un modello basato sui principi di accessibilità, tempestività degli interventi, continuità, appropriatezza ed efficacia delle cure, coinvolgimento attivo dell'utente, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico;
- e) con Decreto n. 105 del 1 ottobre 2014 sono state approvate le Linee progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, tra cui la Linea progettuale 3, finalizzata alla ridefinizione del modello organizzativo per l'attuazione di “Percorsi riabilitativi unici integrati per le persone con ictus e per le persone sottoposte a chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio e per frattura del femore”;

RAVVISATO necessario, al fine del perseguimento di obiettivi di incremento della produttività e qualità dell'assistenza erogata dagli enti del S.S.R. adottare Linee Guida inerenti al percorso riabilitativo della persona con frattura del femore;

CONSIDERATO che

- a) il Gruppo di Lavoro Regionale sopra specificato ha elaborato il “Documento d'indirizzo per la definizione del percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano” allegato, recante le linee di indirizzo sul percorso riabilitativo della persona con frattura di femore, che identifica:
- i settings assistenziali,
 - i criteri di appropriatezza per la scelta del setting assistenziale e per la dimissione/trasferimento ad altro setting,
 - gli obiettivi attesi,
 - i principali interventi,
 - gli operatori coinvolti nell'assistenza/presa in carico,
 - gli indicatori di performance;
- b) il suddetto documento persegue i seguenti obiettivi:
- Per il paziente:
 1. ridurre il tempo di degenza nell'ospedale per acuti;
 2. definire un percorso riabilitativo ed assistenziale dalla fase acuta sino al domicilio;
 3. favorire il recupero funzionale, ridurre le eventuali complicanze e la disabilità residua, favorire la ripresa della partecipazione alla vita della persona;
 - Per il sistema sanitario regionale:
 1. favorire l'identificazione della rete per la ottimizzazione delle risorse;
 2. individuare le implicazioni organizzative e di risorse necessarie alla implementazione delle migliori pratiche;
 3. definire un set di indicatori di performance e promuovere a livello locale e regionale attività di monitoraggio e di audit;
 4. ridurre la variabilità nell'accesso e nel tipo di cure offerto ai pazienti;

PRESO ATTO

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione****del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano****(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

- a) delle disposizioni di cui al D.C.A. n. 33 del 17 maggio 2016, con il quale è stato approvato il “Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”;
- b) al D.C.A. n. 99 del 22 settembre 2016, recante il “Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016-2018”;
- c) al D.C.A. n. 134 del 28 ottobre 2016, che ha approvato il riparto delle risorse vincolate “*Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014. Ritiro del DCA n. 22/2016*”;
- d) al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

RITENUTO, pertanto, di approvare il documento allegato denominato “Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore – Linee di indirizzo regionali” (Allegato A), che è forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

per quanto sopra esposto in premessa e che si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. di **APPROVARE** il documento disciplinante il “Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore – Linee di indirizzo regionali”, di cui all'Allegato A, che è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di **STABILIRE** che il Progetto Riabilitativo Individuale, di cui al citato Allegato A, ha valore prescrittivo per l'accesso del paziente al setting individuato per la fase riabilitativa post acuta, secondo i criteri e le modalità ivi indicati;
3. di **INCARICARE** la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale del monitoraggio relativo all'applicazione delle Linee di indirizzo approvate con il presente provvedimento;
4. di **FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali:
 - 4.1 di formalizzare tempestivamente con proprio atto deliberativo il percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa del paziente con frattura di femore, definendo le procedure operative ed organizzative per la realizzazione dello stesso, in modo da assicurare il sistematico collegamento e la condivisione degli strumenti di valutazione e del progetto riabilitativo individuale fra i diversi ambiti assistenziali (degenza per acuti, riabilitazione ospedaliera e territoriale), a garanzia di una maggiore tempestività ed appropriatezza degli interventi riabilitativi e di uso delle risorse;
 - 4.2 di comunicare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coord. SSR il nominativo del referente aziendale individuato per le attività di verifica e monitoraggio dell'applicazione del percorso riabilitativo secondo gli indirizzi regionali di cui al presente provvedimento;



Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

5. **di TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
6. **di INVIARE** il presente decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al BURC per la pubblicazione e per gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione*

*Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario*

DE LUCA



Allegato A

Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore

Linee di indirizzo regionali

Premessa

La frattura del femore è uno dei maggiori problemi di salute pubblica legato all'aumento della popolazione anziana, con costi che incidono pesantemente sui bilanci sanitario e sociale.

Le conseguenze legate alle fratture del femore sono pesantissime, sia in termini di morbidità che di impatto socio economico. Pertanto, un percorso assistenziale appropriato risulta essere determinante in termini di salute, ai fini di una migliore qualità possibile della vita ed un più precoce ed adeguato reinserimento sociale.

I dati epidemiologici indicano che nell'anno successivo alla frattura la mortalità è del 15-25%. Inoltre in circa il 20% dei pazienti la possibilità di cammino indipendente è persa completamente e solo il 30-40 % riacquista la autonomia nelle attività quotidiane.

Per quanto sia un evento che può verificarsi a tutte le età, è noto che la frattura di femore riguarda specialmente gli anziani. Pur interessando diverse porzioni del femore la sua maggiore frequenza è nella parte prossimale con due tipologie: la frattura del collo o intracapsulare (che interessa la porzione ossea tra la testa femorale e la zona trocanterica) e la frattura per-trocanterica.

La cura di queste fratture consiste, nella maggior parte dei casi, in un intervento chirurgico:

le linee guida internazionali definiscono necessario intervenire il più precocemente possibile, con il risultato – ben documentato anche da studi italiani – di migliorare la sopravvivenza a medio e breve termine e facilitare il recupero dello stato funzionale prefrattura.

Nonostante l'elevato rischio dovuto all'età spesso avanzata e alle condizioni generali del paziente, un intervento tempestivo permette di ridurre al minimo il tempo di immobilizzazione a letto, impedendo così la comparsa di complicazioni come piaghe da decubito, disturbi respiratori e circolatori, alterazioni psichiche o infezioni urinarie che compaiono con grande frequenza soprattutto nell'anziano costretto a letto.

In linea generale, quindi, tutti i pazienti dopo frattura di femore hanno indicazione ad eseguire un trattamento riabilitativo postacuto ad eccezione di quelli in cui il livello funzionale prefrattura sia già stato raggiunto al termine della fase acuta o quelli le cui condizioni cliniche inducano il team multidisciplinare a non identificare obiettivi riabilitativi.

Gli studi epidemiologici hanno identificato una varietà di fattori in grado di influenzare gli esiti a breve e a lungo termine, alcuni preesistenti all'evento acuto (l'età del paziente, lo stato funzionale prefrattura, lo stato cognitivo, le comorbidità), altri conseguenti alla frattura e al trattamento (sviluppo di complicanze intraospedaliere, ed in particolare di delirium, scarso controllo del dolore, prolungata immobilizzazione).

Negli ultimi anni sono sempre più numerose le evidenze dell'efficacia del management dei pazienti con frattura di femore al fine di migliorare l'outcome finale. In particolare, la complessità dei bisogni medici, chirurgici e riabilitativi del paziente anziano fratturato richiede una presa in carico multidisciplinare che affronti non solo la riparazione chirurgica della frattura ma la globalità dei problemi preesistenti ed emergenti attraverso il tipico approccio multidimensionale geriatrico e riabilitativo.

Definizione del percorso riabilitativo

Il presente percorso riabilitativo è formulato sulla base delle principali raccomandazioni delle Linee Guida italiane ed internazionali sull'argomento e fornisce le indicazioni organizzative per l'applicazione delle buone pratiche, la pianificazione della transizione dei pazienti nei vari setting di cura e la valutazione con i principali indicatori di performance da applicare agli interventi proposti, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, clinica ed organizzativa, a garanzia dell'efficacia ed efficienza dell'assistenza erogata.

L'applicazione del percorso contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dai LEA, i cui principali presupposti sono il rispetto dei tempi per l'intervento chirurgico ed il precoce

recupero delle funzioni danneggiate e delle attività e capacità di partecipazione del soggetto, secondo il modello bio-psico-sociale.

Il percorso descritto nel presente documento è rivolto ai pazienti che rientrano nel gruppo MDC 08 identificati, in fase acuta, dai codici ICD9: da 820.0 a 820.9 e da 821.0 a 821.3.

Il percorso riabilitativo si articola in:

A) Fase acuta

B) Fase postacuta: ospedaliera e/o territoriale.

A) Fase acuta

La riabilitazione del paziente con frattura di femore ha inizio precocemente in fase acuta, in regime di ricovero nelle UU.OO. di Ortopedia.

I pazienti con frattura del femore devono iniziare la riabilitazione non più tardi del giorno dopo l'intervento chirurgico, sulla base delle indicazioni del chirurgo ortopedico relative al tipo di intervento effettuato (artroprotesi, endoprotesi, chiodi bloccati e/o dinamizzati o da dinamizzare in corso di trattamento riabilitativo, sitensi percutanee con viti, fissatori esterni etc.), ai devices utilizzati, ed effettuare il trattamento almeno una volta al giorno con l'obiettivo generale di ridurre il rischio di complicanze, inclusa la mortalità, migliorare la motricità, aumentare l'indipendenza e ridurre il bisogno di ulteriori cure sanitarie e sociali.

Il recupero precoce della motricità dopo l'intervento chirurgico per frattura di femore può infatti ridurre la durata del ricovero ospedaliero ed evitare le complicanze del prolungato allettamento. In questa fase è indispensabile l'avvio precoce di un programma riabilitativo che preveda il ricorso a:

- posture corrette, autonomia nei cambi posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta e della sicurezza nei transfer;
- training educativo del paziente e dei caregiver per il mantenimento del corretto assetto posturale per evitare complicanze quali lussazioni degli elementi protesici qualora utilizzati nella terapia chirurgica;
- nel caso vi sia la concessione al carico è indicato l'ortostatismo e il training incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili. I criteri per l'identificazione dell'ausilio nelle diverse fasi sono: la tipologia di carico, la garanzia della sicurezza del paziente in base alle sue capacità funzionali e il livello cognitivo e sensoriale;
- training alle autonomie nelle ADL primarie, in particolare nel selfcare;
- nei pazienti per i quali non vi sia concessione al carico il programma prevederà in ogni caso la gestione dei passaggi posturali, dei trasferimenti e delle autonomie nelle ADL oltre al counselling del caregiver.

L'intervento fisioterapico deve essere integrato da un nursing dedicato al raggiungimento di obiettivi comuni quali la prevenzione dei danni cutanei e osteo-mio-articolari da immobilità.

Dopo l'intervento chirurgico, su richiesta del responsabile dell'UO di Ortopedia, deve essere attivato il team riabilitativo multidisciplinare (presente in ospedale o nel Distretto sanitario) composto da: medico specialista in riabilitazione, chirurgo ortopedico, fisioterapista, infermiere ed assistente sociale, eventualmente integrato per specifiche necessità da altri specialisti consulenti, per la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale, elaborato sui principi dell'ICF, utilizzando lo schema allegato.

Nel caso in cui non sia presente in ospedale il team riabilitativo, la Direzione sanitaria assume la responsabilità di gestire la segnalazione attivando il team riabilitativo secondo le procedure aziendali e in conformità a quanto previsto dal DCA 99/2016.

A seguito della presa in carico riabilitativa multidisciplinare da parte del team, deve essere segnalato tempestivamente il caso al Direttore del Distretto di residenza del paziente, al fine di consentire la programmazione e la pianificazione delle attività riabilitative e assistenziali post acuzie.

Il Progetto riabilitativo individuale, a cura del team multidisciplinare coordinato dal medico specialista in riabilitazione, viene elaborato sulla base di:

- A) valutazione clinica, funzionale e della modificabilità riabilitativa;
- B) giudizio prognostico riabilitativo, tenendo conto di:
 - comorbidità e complessità clinica, stato cognitivo da valutare e documentare attraverso strumenti specialistici standardizzati, stato funzionale pre-frattura, tecnica chirurgica utilizzata, concessione del carico, rete sociale
- C) obiettivi raggiungibili e misurabili;
- D) tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti;
- E) setting appropriato per le cure successive.

Sulla base delle valutazioni del team multidisciplinare, e degli obiettivi individuati nel PRI, devono essere definite precocemente le modalità di dimissione dalla fase acuta attivando tempestivamente il percorso assistenziale successivo, idoneo a garantire la continuità dell'iter riabilitativo.

Il Progetto Riabilitativo Individuale è parte integrante della cartella clinica.

In caso di bisogno di ricovero per riabilitazione ospedaliera (cod. 56 o cod. 60) – secondo i criteri successivamente indicati - il P.R.I., corredato di tutte le informazioni necessarie a garantire la continuità assistenziale riabilitativa, deve essere trasmesso alla struttura che ha comunicato la disponibilità di posto letto e al Direttore del distretto di residenza del paziente.

In questi casi gli adempimenti connessi al trasferimento, diretto, del paziente presso altro setting ospedaliero riabilitativo sono a cura della struttura che dimette il paziente senza oneri a carico di quest'ultimo.

In caso di bisogno di prosecuzione di cure riabilitative a livello territoriale, la dimissione del paziente dall'ospedale (UO. per acuti o UO di riabilitazione) deve essere preceduta dall'invio del PRI con indicazione del setting più appropriato al bisogno della persona, secondo i criteri successivamente indicati, al Direttore del distretto di residenza del paziente che garantisce le attività necessarie alla continuità assistenziale.

I pazienti che non hanno immediata concessione al carico dopo l'intervento chirurgico e che vengono dimessi con indicazione alle cure domiciliari, devono essere sottoposti a nuova visita multidisciplinare attraverso l'attivazione, da parte del MMG, dell'UVBR ai fini dell'accesso alla riabilitazione.

L'equipe distrettuale o aziendale territorialmente competente elabora il progetto riabilitativo individuale per l'accesso al setting più appropriato, territoriale o ospedaliero, secondo i criteri di seguito indicati.

Tale procedura deve essere, quindi, adottata per i pazienti provenienti dal domicilio, sia in caso di bisogno di riabilitazione extraospedaliera sia in caso di necessità di riabilitazione ospedaliera intensiva in UO cod. 56 o estensiva di lungodegenza in UO cod 60.

Criteri di individuazione del setting per la riabilitazione postacuta

L'individuazione del setting successivo per proseguire la riabilitazione dopo la fase acuta è effettuata sulla base della valutazione di appropriatezza clinica ed organizzativa, secondo le seguenti indicazioni:

1. I pazienti in assenza di comorbidità e complessità clinica, con adeguato stato cognitivo e presenza di una buona rete sociale, vengono dimessi:

a) in caso di concessione al carico precoce: con indicazione alla **riabilitazione estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale)** - Profilo riabilitativo ex DCA 64/2011 e 88/2012: "PR10" per i soggetti di età inferiore a 65 anni o soggetti con età superiore a 65 anni in buone condizioni di salute o PR26c;

b) in caso di concessione al carico tardivo: con eventuale indicazione a **cure domiciliari di livello base**, già definite cure prestazionali, ex DGRC 41/2011 e DCA 1/2013, fino alla concessione al carico. Successivamente accesso alla **riabilitazione estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale) come al punto 1a).**

Nell'ambito delle suddette cure si garantiscono prestazioni erogate da infermiere e fisioterapista, già individuate con DGR 41/2011 e 625/2011, quali: valutazione dell'ambiente domestico, istruzione all'utilizzo di ausili e protesi, istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione, educazione del care giver ad interventi adattivi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici, educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente, educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente, prevenzione piaghe da decubito, applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance, colloquio con familiare/care giver, contatto con lo specialista.

2. I pazienti in assenza di comorbidità e complessità clinica, con stato cognitivo compromesso e buona rete sociale vengono dimessi:

a) in caso di concessione al carico precoce: con indicazione alla **riabilitazione estensiva residenziale**, il cui livello assistenziale e durata dei trattamenti è definito nel progetto riabilitativo individuale;

b) in caso di concessione al carico tardivo: con eventuale indicazione a **cure domiciliari di livello base**, già definite cure prestazionali, ex DGRC 41/2011 e DCA 1/2013 fino alla concessione al carico e successivo trasferimento in struttura residenziale di riabilitazione estensiva la cui durata ed intensità sarà stabilita nel PRI.

Nell'ambito delle cure domiciliari di livello base si garantiscono prestazioni come indicato nel punto precedente.

3. I pazienti in assenza di comorbidità e complessità clinica, con adeguato stato cognitivo, rete sociale assente vengono dimessi:

a) in caso di concessione al carico precoce: indicazione alla **riabilitazione estensiva residenziale per un periodo non superiore a 15 gg.;**

- b) in caso di concessione al carico tardivo:** indicazione ad un **ricovero temporaneo in RSA** e successivo trasferimento in struttura residenziale di riabilitazione estensiva.
4. I pazienti con **comorbidità e complessità clinica**, stato cognitivo adeguato e buona rete sociale vengono dimessi:
- a) in assenza di **necessità di tutela medico-infermieristica h 24**,
- a1) in caso di concessione al carico precoce,** indicazione alla riabilitazione extraospedaliera estensiva ambulatoriale per casi complessi o semiresidenziale o in regime di DH presso UO ospedaliera di riabilitazione intensiva (cod. 56);
- a2) in caso di concessione al carico tardivo:** con eventuale indicazione a **cure domiciliari di livello base**, già definite cure prestazionali ex DGRC 41/2011 e DCA 1/2013, fino alla concessione al carico e successiva rivalutazione del caso per passaggio a riabilitazione intensiva.
- b) in presenza di **necessità di tutela medico-infermieristica h24**:
- b1) in caso di concessione al carico precoce:** vengono trasferiti in U.O. ospedaliera di riabilitazione intensiva (Cod. 56) o
- b2) in caso concessione al carico tardivo:** trasferiti in UO ospedaliera di riabilitazione estensiva (Cod. 60)
5. I pazienti con **comorbidità e complessità clinica che rendono necessaria la tutela medico-infermieristica h 24, stato cognitivo compromesso** vengono trasferiti:
sia in caso di carico precoce che di carico tardivo: in struttura ospedaliera di riabilitazione estensiva (Cod. 60), con indicazione a rivalutare la possibilità di un successivo trasferimento in riabilitazione ospedaliera intensiva (cod. 56);
6. I pazienti con **comorbidità e complessità clinica che rendono necessaria la tutela medico-infermieristica h24, stato cognitivo compromesso e rete sociale assente** vengono trasferiti in UO di lungodegenza (cod. 60) fino a stabilizzazione e finì al permanere di necessità di tutela medico-infermieristica h 24. Successivamente dovrà essere valutato l'inserimento in struttura sociosanitaria residenziale.

Modalità di accesso ai diversi setting riabilitativi

Il Progetto Riabilitativo Individuale definito dal team riabilitativo in fase acuta ha valore prescrittivo, sulla base del quale il paziente accede al setting individuato per la fase riabilitativa postacuta, secondo le procedure di seguito indicate per ciascuna delle situazioni sopra definite, considerando anche le preferenze del paziente nell'ambito dell'appropriata tipologia di struttura:

1a) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione alla riabilitazione estensiva ambulatoriale per casi semplici (specialistica ambulatoriale):

Il medico di medicina generale prescrive su il profilo riabilitativo PR10 o PR26 c, che può essere erogato dalle strutture pubbliche o private accreditate;

1b) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione alle cure domiciliari di livello base fino alla concessione al carico e successivo accesso alla riabilitazione estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale): l'unità operativa distrettuale che governa e programma le cure domiciliari, ricevuto dall'UO per acuti la segnalazione di dimissione e l'indicazione di arruolamento in cure domiciliari di livello base, informa il MMG e attiva entro e non oltre 48 ore dalla segnalazione l'equipe per le cure domiciliari di base, erogabili fino alla concessione al carico. Dopodiché il paziente accede al trattamento ambulatoriale di riabilitazione estensiva come al punto 1a);

2a) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione alla riabilitazione estensiva residenziale: il PRI (elaborato a livello ospedaliero e trasmesso al distretto di residenza del paziente), viene autorizzato dalla competente UO distrettuale che assume la responsabilità delle attività di verifica e controllo dell'implementazione del PRI da parte della struttura residenziale e si farà carico dei bisogni del paziente fino al completamento del percorso riabilitativo;

2b) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione alle cure domiciliari di livello base fino alla concessione al carico e successivo trasferimento in struttura residenziale di riabilitazione estensiva: l'unità operativa distrettuale che governa e programma le cure domiciliari, ricevuto dall'UO per acuti la segnalazione di dimissione e l'indicazione di arruolamento in cure domiciliari di livello base, informa il MMG e attiva entro e non oltre 48 ore dalla segnalazione l'equipe per le cure domiciliari di base., erogabili fino alla concessione al carico.

Per il successivo accesso alla struttura residenziale di riabilitazione, il MMG attiverà per tempo la UO distrettuale per la valutazione e l'implementazione del progetto riabilitativo, in cui sarà definita la durata e l'intensità assistenziale del trattamento;

3a) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione alla riabilitazione estensiva residenziale:

Il PRI (elaborato a livello ospedaliero e trasmesso al distretto di residenza del paziente), viene autorizzato dalla competente UO distrettuale che assume la responsabilità delle attività di verifica e controllo dell'implementazione del PRI da parte della struttura residenziale e si farà carico dei bisogni del paziente fino al completamento del percorso riabilitativo;

3b) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione ad un ricovero temporaneo in RSA (max 30 giorni) e successivo trasferimento in struttura residenziale di riabilitazione estensiva:

il paziente viene trasferito direttamente alla RSA prescelta in condivisione con il Distretto di residenza del paziente che si farà carico dei bisogni del paziente e degli adempimenti

connessi al successivo accesso del paziente alla struttura residenziale di riabilitazione prescelta, previa implementazione del progetto riabilitativo sulla base della valutazione del bisogno riabilitativo.

4a1) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione:

alla riabilitazione in regime di DH presso UO ospedaliera di riabilitazione intensiva (cod. 56): il PRI viene trasmesso direttamente alla strutture ospedaliera cod. 56 che programma il ricovero in DH secondo le procedure correnti;

alla riabilitazione extraospedaliera estensiva ambulatoriale per casi complessi o semiresidenziale:

Il PRI (elaborato a livello ospedaliero e trasmesso al distretto di residenza del paziente), viene autorizzato dalla competente UO distrettuale che assume la responsabilità delle attività di verifica e controllo dell'implementazione del PRI da parte della struttura residenziale e si farà carico dei bisogni del paziente fino al completamento del percorso riabilitativo;

4a2) Paziente dimesso dall'UO ospedaliera con indicazione alle cure domiciliari di livello base fino alla concessione al carico. Per la scelta del successivo setting assistenziale, il MMG attiverà per tempo la UO distrettuale per la valutazione e l'implementazione del progetto riabilitativo, in cui sarà definita la durata e l'intensità assistenziale del trattamento.

4b1) e 4b2) Paziente da trasferire in U.O. ospedaliera di riabilitazione intensiva (Cod. 56) o di lungodegenza (Cod. 60):

il paziente viene trasferito sulla base del PRI direttamente dall'UO di ortopedia a quella di riabilitazione intensiva cod. 56 o di lungodegenza cod. 60. Il PRI ha valore prescrittivo.

5) Paziente da trasferire in UO di lungodegenza (Cod. 60), con indicazione a rivalutare la possibilità di un successivo trasferimento in riabilitazione intensiva (cod. 56): il paziente viene trasferito sulla base del PRI direttamente dall'UO di ortopedia a quella di riabilitazione estensiva cod. 60. Il PRI ha valore prescrittivo.

6) Paziente da trasferire in UO di lungodegenza (cod. 60) fino a stabilizzazione:

il paziente viene trasferito sulla base del PRI direttamente dall'UO di ortopedia a quella di lungodegenza riabilitativa cod. 60. Il PRI ha valore prescrittivo.

Ogni passaggio da un setting riabilitativo all'altro prevede l'implementazione del PRI di cui deve essere sempre informato il distretto di residenza del paziente che è garante della continuità assistenziale.

Indicatori di performance fase acuta ospedaliera:

% di pazienti che iniziano il trattamento fisioterapico entro 24 h dal trattamento chirurgico;

% di pazienti per i quali viene attivato il team riabilitativo;

% di pazienti per i quali viene definito il Progetto Riabilitativo Individuale;

% di pazienti per i quali è stata inviata tempestiva comunicazione al Distretto di residenza;

% di pazienti dimessi/trasferiti con individuazione di un setting riabilitativo postacuto;

Predisposizione di un sistema aziendale di gestione del percorso e di possibili inappropriatezze

B) Fase postacuta (ospedaliera e/o territoriale)

Indipendentemente dal setting di cura l'obiettivo riabilitativo è sempre il raggiungimento del massimo livello di autonomia in riferimento alle competenze pre-frattura sia per quanto riguarda il cammino che la abilità nelle ADL, il reinserimento familiare, sociale e lavorativo (partecipazione) e la soddisfazione dell'utente in relazione alla qualità della propria vita.

Risulta quindi indispensabile l'identificazione precoce degli obiettivi individuali per il recupero della motricità e della indipendenza per facilitare il recupero del benessere a lungo termine.

Il progetto riabilitativo individuale elaborato dal team multidisciplinare, prima della dimissione ospedaliera ed eventualmente implementato dal team che prende in carico il paziente nella fase postacuta, deve contenere le valutazioni effettuate con indicazione degli strumenti di misura utilizzati, la classificazione ICF con i qualificatori e gli obiettivi orientati al raggiungimento delle autonomie di base, al recupero dei passaggi posturali e della deambulazione, espressi in termini di cambiamento del qualificatore.

All'uscita dal percorso riabilitativo è indicato effettuare una valutazione dell'autonomia funzionale, dell'equilibrio e delle performance del cammino quali indici del rischio di ri-caduta fornendo, inoltre al paziente ed ai caregivers tutte le informazioni necessarie alla valutazione dell'idoneità dell'ambiente di vita ed alla adozione di misure e comportamenti utili per prevenire le cadute.

Indicatori di performance fase postacuta:

% di pazienti per i quali è stato trasmesso al distretto il progetto riabilitativo implementato

% di pazienti che alla dimissione effettuano una valutazione del rischio di ri-caduta

% di pazienti cui vengono rilasciate le informazioni necessarie per prevenire le cadute

Predisposizione di un sistema aziendale di gestione del percorso e di possibili inappropriatezze.

Logo
Azienda**Progetto riabilitativo individuale della persona con Frattura di Femore**

UO di degenza: _____		
Direttore: _____		
Cognome		Nome
Sesso	☐ M ☐ F	Data e luogo di nascita
Cittadinanza	Stato Civile	
Residenza	Asl	Distretto N. Tel.
Domicilio	Tel. Familiari/Caregiver	
C.F.	Titolo di studio: Professione:	
	Data di ricovero	
Diagnosi (Icd 9)	Data Intervento	
Patologie Associate		
Data di inizio trattamento fisioterapico	Medico referente U.O. Degenze	
	Tel.	
Medico specialista in riabilitazione responsabile del team riabilitativo	Medico Medicina Generale	
Tel.	Tel.	

Data di comunicazione al Distretto di avvenuta presa in carico ____/____/____

CORE SET ICF (per la fase acuta)**Menomazioni delle funzioni corporee(b)**

	Descrizione	Qualificatore
<i>b110</i>	<i>Coscienza</i>	
<i>b140</i>	<i>Attenzione</i>	
<i>b144</i>	<i>Memoria</i>	
<i>b28015</i>	<i>Dolore arto inf.</i>	
<i>b550</i>	<i>Termoregolazione</i>	
<i>b420</i>	<i>Pressione sanguigna</i>	
<i>b430</i>	<i>Sistema ematologico</i>	
<i>b440</i>	<i>Respirazione</i>	
<i>b7301</i>	<i>Forza muscolare</i>	
<i>b7100</i>	<i>Mobilità</i>	
<i>b820</i>	<i>Riparazione della cute</i>	

Menomazioni delle strutture corporee(s)

	Descrizione	Qualificatore
<i>s750</i>	<i>Arto inferiore</i>	

Attività e partecipazione(d)

	Descrizione	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
<i>d410</i>	<i>Cambiare posizione</i>		
<i>d420</i>	<i>Trasferirsi</i>		
<i>d450</i>	<i>Camminare</i>		
<i>d455</i>	<i>Spostarsi</i>		
<i>d510</i>	<i>Lavarsi</i>		
<i>d530</i>	<i>Bisogni corporali</i>		

Fattori ambientali(e)

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
<i>e1151</i>	<i>Prodotti e tecnologia di assistenza per l'uso personale nella vita quotidiana</i>	.	+
<i>e1201</i>	<i>Prodotti e tecnologia di assistenza per la mobilità e il trasporto in ambienti interni ed esterni</i>	.	+
<i>e310</i>	<i>Famiglia</i>	.	+
<i>e355</i>	<i>Operatori sanitari</i>	.	+
<i>e580</i>	<i>Servizi – sistemi e politiche sanitarie</i>	.	+

FORMULAZIONE DEL GIUDIZIO PROGNOSTICO RIABILITATIVO

- **Fattori clinici**

Preesistenti

Emergenti

- **Stato Cognitivo**

- **Rete Sociale**

SCHEMA PROGETTO

(Da compilare presso la UOC di Ortopedia)

AREA DI INTERVENTO	Lista descrittiva dei problemi	ICF con qualificatori	Scale/test utilizzati per definire la gravità del qualificatore o il peso del facilitatore	Programmi attivati, Metodologie e Responsabili	ICF alla dimissione	Obiettivi da raggiungere nel setting successivo
Funzioni vitali di base e stabilità internistica						
Mobilità e trasferimenti						
Funzioni senso-motorie						
Autonomia cura della persona e ausili						
Funzioni cognitive, comunicative e relazionali						

Indicazioni	Complessità clinica	Stato cognitivo	Rete Sociale	Setting
1	Assente	Adeguate	Buona	a) Carico precoce Riabilitazione Estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale DCA 64/2011 e 88/2011) b) Carico tardivo Cure domiciliari di livello base
2	Assente	Compromessa	Buona	a) Carico precoce Riabilitazione estensiva residenziale base b) Carico tardivo Cure domiciliari di livello base
3	Assente	Adeguate	Assente	a) Carico precoce Riabilitazione estensiva residenziale b) Carico tardivo Ricovero temporaneo in RSA disabili (medio livello) e successivo trasferimento riabilitazione estensiva residenziale
4	Presente	Adeguate	Buona Non Influyente	NO tutela medico-infermieristica h24 a1) Carico precoce Riabilitazione estensiva ambulatoriale per casi complessi o semiresidenziale o DH cod. 56 a2) Carico tardivo Cure domiciliari di livello base SI tutela medico-infermieristica h24 b1) Carico precoce e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (UOC cod.56) b2) Carico tardivo Riabilitazione Estensiva Ospedaliera (UOC cod.60)
5	Presente	Compromessa	Non influente	Sia Carico precoce che Carico tardivo SI tutela medico-infermieristica h24 Riabilitazione Estensiva Ospedaliera (UOC cod.60) Con indicazione a rivalutare successivo trasferimento in Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (UOC cod.56)
6	Presente	Compromessa	Assente	SI tutela medico-infermieristica h24 Lungodegenza (UOC cod.60) con rivalutazione per RSA

ICF per la fase post acuta

(inserire eventuali ulteriori codici utili alla implementazione del Progetto Riabilitativo)

Funzioni Corporee (b)

	Descrizione	Qualificatore

Menomazioni delle Strutture Corporee (s)

	Descrizione	Qualificatore

Attività e della partecipazione(d)

	Descrizione	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità

Fattori ambientali(e)

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
		.	+
		.	+
		.	+
		.	+
		.	+
		.	+

SCHEMA PROGETTO (da compilarsi in fase post acuta)

					<i>Espressi in modifica del qualificatore ICF</i>			
AREA DI INTERVENTO	Lista descrittiva dei problemi	ICF con qualificatori	Scale/test utilizzati per definire la gravità del qualificatore o il peso del facilitatore	Programmi, Metodologie e Responsabili	Obiettivi a breve termine	Obiettivi a medio termine	Obiettivi finali	ICF alla dimissione
Funzioni vitali di base e stabilità internistica								
Mobilità e trasferimenti								
Funzioni senso-motorie								
Autonomia cura della persona e ausili								
Funzioni cognitive, comunicative e relazionali								

Eventuali note

Data ____/____/____

Medico specialista in riabilitazione

Firma del paziente/familiare/caregiver
