



“Riabilitare: la vera continuità assistenziale”

Quale futuro per la riabilitazione specialistica

Dr. Rodolfo Brianti

U.O.C di Medicina Riabilitativa AOUDI PR



LA RIABILITAZIONE INTERDISCIPLINARE
della disabilità complessa fra presente e futuro

Degenza riabilitativa Specialistica (intensiva ed alta specialità)

- Interdisciplinare
- Continuità assistenziale
- Complessità

Riabilitazione & futuro

Piano di Indirizzo per la Riabilitazione 2010

RIABILITAZIONE INTENSIVA

Linee Guida Ministeriali 1998	Linee di indirizzo Ministeriali 2010
<p>Definizione È diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile a un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore</p>	<p>Definizione È diretta al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore. Setting appropriato per gravi patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità (PAC)</p>
<p>Obiettivo Prevenire le menomazioni e le disabilità secondarie, promuovere il massimo potenziale di recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione</p>	<p>Obiettivo Stabilizzazione clinica e ripristino di condizioni di autonomia e/o gestibilità in ambito extraospedaliero</p>
<p>Intervento riabilitativo Almeno 3 ORE AL GIORNO di terapia "specificata", che impegna cioè personale tecnico sanitario della riabilitazione quali fisioterapisti, logopedisti, terapeuta occupazionale, infermieri. Tutela medica continuativa</p>	<p>Intervento riabilitativo Almeno 3 ORE AL GIORNO erogato dal medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo</p>
<p>Strumenti Progetto riabilitativo</p>	<p>Strumenti Progetto riabilitativo individuale</p>
<p>Durata degenza o del ciclo riabilitativo Il PRI e programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma entro i 120 giorni.</p>	<p>Durata degenza o del ciclo riabilitativo Ove non sussista la necessità clinica e assistenziale continuativa il trattamento riabilitativo individuale può essere <u>erogato in regime di ricovero diurno</u></p>
<p>Luoghi di cura presidi ospedalieri plurispecialistici e monospecialistici</p>	<p>Luoghi di cura presidi ospedalieri plurispecialistici e monospecialistici</p>

- Molteplici unità di offerta, con denominazioni differenti, non sono confrontabili per la mancanza di dati quantitativi riferibili a requisiti strutturali e/o organizzativi
- Mancata applicazione di normative per mancanza di strumenti attuativi
- La continuità assistenziale come somma di singoli interventi non realizzando una completa e precoce presa in carico globale della persona
- Persiste confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva
- Sbilanciamento della distribuzione di servizi fra le regioni o verso risposte prevalenti in regime di ricovero o verso risposte prevalenti in regime ambulatoriale
- Regimi di rendicontazione e tariffazione differenti basate sui codici di malattia

Contesto nazionale

- **NECESSITA' EMERGENTI IN AMBITO RIABILITATIVO**

- Evoluzione epidemiologica e demografica
- Sviluppo di nuove tecnologie
- Criticità post-acute nelle gravi disabilità

- **Necessità di**

- Unità spinali
- Unità per gravi disabilità cardiologiche
- Unità per gravi disabilità respiratorie

CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO *luoghi di cura*

- **Ospedale**

- Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione
- Riabilitazione estensiva



- **Territorio**

- Ambulatoriale
- Strutture socio-sanitarie
- Domicilio



Piano di Indirizzo per la Riabilitazione

ATTIVITA' di CONTROLLO

Progetto Riabilitativo Individuale

- tipologia patologia che ha provocato la menomazione (ICF)
- grado di acuzie o cronicità della menomazione,
- grado di complessità del paziente,
- numero e programmi appropriati per tipo di disabilità presente,
- strumenti valutativi e terapeutici appropriati per il recupero della disabilità,
- strumento di misura/valutazione finale degli obiettivi previsti dal PRI

Durata intervento riabilitativo

- Riabilitazione Intensiva: almeno 3 ore/die
- Riabilitazione Estensiva: almeno 1 ora/die

Durata di degenza

- Riabilitazione Estensiva: non oltre 60 giorni



Ministero della Salute

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione

Gruppo di Lavoro sulla Riabilitazione

Ministero della Salute

In relazione a complessità ed intensità definite dal Progetto Riabilitativo Individuale:

- I° livello – Riabilitazione Estensiva
- II° livello Riabilitazione Intensiva (“Spoke”)
- III° livello Riabilitazione Intensiva (“Hub”) o di Alta Specialità = 2° livello + qualificazione, mezzi, attrezzature, e personale adeguatamente formato o connesse con patologia rara che richiedono apposita esperienza, apparecchiature complesse o di avanzata tecnologia, e integrazione con altre branche specialistiche.

Livelli di Attività

Attività di
riabilitazione
intensiva

per un soggetto che può giovare
dell'esposizione a **più di 3 ore** di attività in
ambienti specifici dove operano i professionisti
della riabilitazione medica;
necessita del **team interprofessionale**

Attività di
riabilitazione
estensiva

per un soggetto che necessita dell'esposizione
a **più di un'ora** di riabilitazione e non in grado di
trarre giovamento da **3** o più ore di attività;
o che non necessita del team interprofessionale

Livelli assistenziali della medicina riabilitativa

Livello assistenziale riabilitativo	H DO	DH	strutture extraospedaliere			domicilio
Intensivo	II liv. cod.56	II liv. cod.56			Ambulatorio (CAR)	si
Estensivo	I liv. cod.60 (LPA)		RSA	centri diurni ex art. 26	Ambulatorio (PAMFR)	si

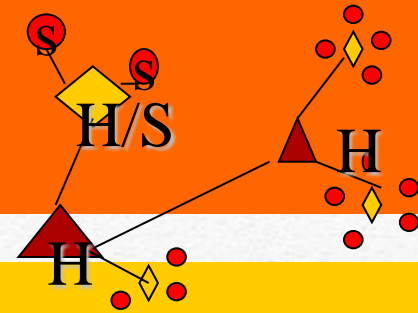
- Unità Spinale US: Gravi Mielolesioni (*codice 28 – Unità Spinali*)
- Unità Gravi Cerebrolesioni UGC: Gravi Cerebrolesioni Acquisite (*codice 75 – Neuroriabilitazione*)
- Unità Gravi Disabilità Età Evolutiva UDGE (*codice 75 – Neuroriabilitazione*)

Livelli assistenziali riabilitativi e abituali tipologie di strutture erogative

Fase acuta

Spoke Acuti

HUB
H & S



RETE
HUB &
SPOKE

Fase post-acuta

Spoke Ospedalieri

Rete GRAVi CERebrolesioni

Spoke Territoriali

Rete Mielolesioni

Rete Neuroscienze

Fase degli esiti

Persone al domicilio o
in altre strutture
extra rete

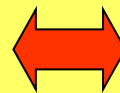


ÉQUIPE
DISTRETTUALE
DGR 2068/04

RETE
DGR
2068/04

ASSEGNO DI CURA
ADI
ADATTAMENTO CASA
RICOVERI SOLLIEVO
SOSTEGNO
PSICOLOGICO
...

Assistenza
domiciliare
dedicata a lungo
termine



Assistenza
residenziale
dedicata a lungo
termine

*NUOVI
NUCLEI E
STRUTTURE
DGR 2068/04*

- **Dall'esame delle varie definizioni di appropriatezza in circolazione emerge la sua contraddizione principale:**
 - a fronte del suo carattere fortemente relazionale essa è sempre definita soprattutto rispetto ai costi mai agli obiettivi di salute
 - essa è definita ormai non più rispetto agli scopi di cura da raggiungere ma rispetto ai mezzi da impiegare.

Appropriatezza

Gli indicatori sulla riabilitazione, inseriti già nel 2012, sono frutto di uno studio elaborato da un Tavolo tecnico con esperti esterni presso il Ministero della Salute.

- Fonte: *SDO nazionale*
- Variabili di analisi:
 - *durata di degenza, finestra temporale tra i ricoveri, diagnosi ed interventi*
- Denominatore:
 - Episodi di cura (unione ricoveri contigui per paziente)
 - **“% inappropriata clinica”**
 - **“% inappropriata organizzativa”**
 - **“% giornate a rischio di inefficienza”**
- *verifica dei ricoveri che precedono quello in riabilitazione*
- *ricoveri preceduti da evento acuto*
 - *correlazione clinica:* (coerenza tra diagnosi e/o codici di procedura tra i due ricoveri, *liste di ammissibilità*)
 - *distanza temporale* (adeguata distanza in giorni tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione)
- ricoveri non preceduti da evento acuto
 - *tipologia della casistica* (analisi per MDC e codici ICD9-CM).

Adempimenti LEA: G appropriatezza Anno 2016

Dati Ministeriali (Report 2010-2012)

DIPARTIMENTO DELLA
PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE
DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA

UFFICIO X - SIVEAS
(SISTEMA VERIFICA E
CONTROLLO
SULL'ASSISTENZA
SANITARIA)



Sistema nazionale
di Verifica e controllo
sull'Assistenza
Sanitaria



Ministero della Salute

Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera

**Report di sintesi
risultati applicazione metodologia 2010-2012**

v2.0

31 Ottobre 2013

METODOLOGIA: CRITERI DI ANALISI

- Misura il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati per:

- *correlazione clinica*
- *distanza evento acuto*
- *tipologia casistica*

Inappropriatezza clinica

1

DOMANDA SODDISFATTA *

- Misura il numero di ricoveri con durata inferiore alla soglia minima del range di durata appropriato

Inappropriatezza organizzativa

2

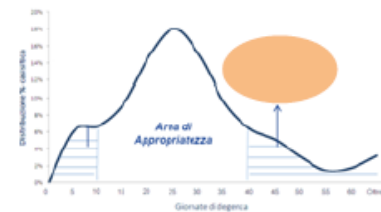
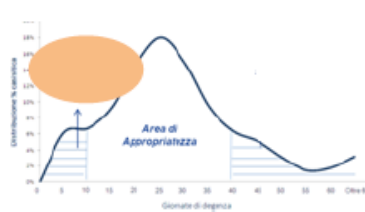
PRESTAZIONI EROGATE

- Misura il numero di giornate di degenza superiori alla soglia massima del range di durata appropriato

Inefficienza

3

PRESTAZIONI EROGATE



* PRESTAZIONI RICEVUTE DAI CITTADINI RESIDENTI OVUNQUE SIANO STATE EROGATE



Ministero della Salute

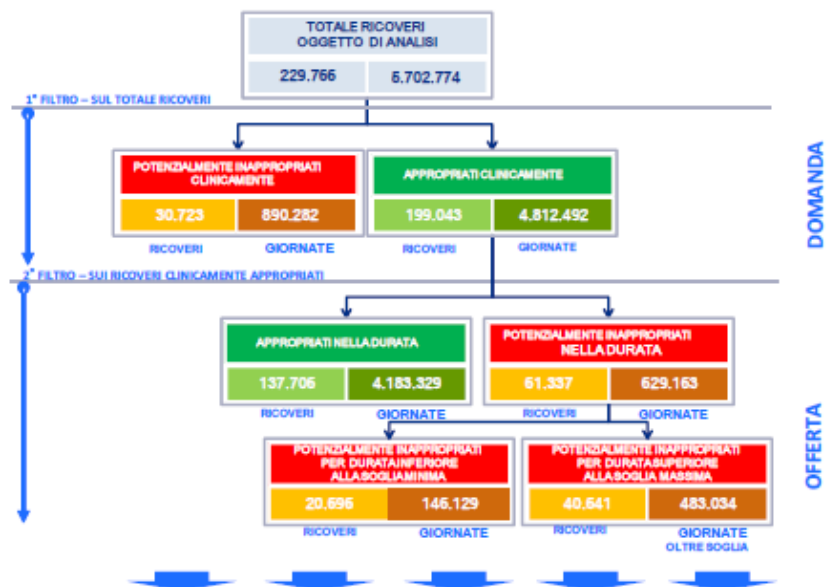
SINTESI RISULTATI

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA – ORGANIZZATIVA - INEFFICIENZA

- L'applicazione della metodologia all'ambito oggetto di analisi individua **1.519.445** giornate di degenza ad elevato rischio di inappropriatezza suddivise in:

- 890.282** giornate di degenza potenzialmente inappropriate relative a ricoveri con potenziale inappropriatezza clinica (30.723);
- 629.163** giornate di degenza potenzialmente inappropriate, relative a ricoveri clinicamente appropriati ma con durata di degenza fuori dal range appropriato.

- L'inappropriatezza complessiva è pari al **26,6%** del totale giornate di degenza 2012, incidenza in diminuzione rispetto al 2011 (circa 28%): la riduzione in valore assoluto del numero di giornate potenzialmente inappropriate, pertanto, non è proporzionale alla contrazione dei ricoveri e delle giornate di degenza totali.



TOTALE POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA GIORNATE

26,6%

SUL TOTALE GIORNATE

(28% nel 2011 e 27% nel 2010)



SINTESI TREND 2010 - 2012

Il **flusso informativo delle SDO** può essere **utilizzato solo parzialmente** per rappresentare e quantificare la potenziale **inappropriatezza** ed inefficienza dei ricoveri di riabilitazione in quanto non consente di rilevare alcuni parametri quali:

- stato funzionale e multimorbidity dei pazienti
- variazione dello stato di salute all'inizio ed alla fine ricovero
- out come dell'intervento riabilitativo
- prestazioni erogate nell'ambito del ricovero.

Risente, inoltre, dell'elevata **variabilità** nelle modalità di codifica dei ricoveri tra le **Regioni**.



Dati ministeriali (report 2010-2012)

La mancanza di Linee Guida nazionali di codifica sulla riabilitazione e la variabilità di codifica nelle diverse regioni, così come la variabilità nel numero medio di diagnosi e procedure nella SDO possono influenzare la definizione di appropriatezza proposta

- Inadeguatezza dell'attuale SDO a descrivere in modo corretto la casistica che afferisce all'area della degenza riabilitativa e lungodegenza;
- Eterogeneità fra le Regioni nei criteri di codifica, nei regimi tariffari e nei criteri di verifica dell'appropriatezza;
- **Scarsa completezza e rappresentatività delle attuali codifiche in quest'area;**
- Conseguente difficoltà ad effettuare una valutazione attendibile dei livelli di congruità dei sistemi di valorizzazione delle prestazioni, che possa essere ragionevolmente estesa a livello nazionale.

L'attuale configurazione della SDO presenta limiti alla applicazione in riabilitazione ospedaliera: non in grado di fornire una descrizione puntuale delle attività riabilitative erogate nel corso del ricovero e di rappresentarne il prodotto assistenziale. L'attuale flusso informativo ha un'elevata variabilità nelle modalità di codifica dei ricoveri e non consente di rilevare parametri quali:

- *le prestazioni erogate nell'ambito del ricovero;*
- *lo stato funzionale;*
- *la multimorbilità dei pazienti;*
- *la variazione dello stato di salute all'ammissione ed alla dimissione;*
- *l'outcome dell'intervento riabilitativo.*

Criticità della attuale situazione

Codice Diagn. Principale	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	Ricoveri	% sul totale per diagnosi principale
43821	Emiplegia dell'emisfero dominante		8.071	20%
		DIAGNOSI SECONDARIA 1		
	43811	Afasia	1.056	13%
	43401	Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	778	10%
	V571	Altra fisioterapia	608	8%
	431	Emorragia cerebrale	463	6%
	34211	Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero dominante	370	5%

Nell'ambito del MDC1 (dati ministeriali relativi al 2015)

- La compilazione delle SDO con un numero maggiore di diagnosi e procedure rispetto all'attuale (la media delle voci di codifica oggi in Italia per la riabilitazione è inferiore a 3); specie per le condizioni di maggiore complessità assistenziale riabilitativa vengono ad essere necessari almeno 4 codici (malattia/menomazione; comorbilità; proxy complessità; riabilitazione)
- Limitare l'eccessiva eterogeneità attuale attraverso:
 - Un numero limitato di codici di prima diagnosi per ogni MDC (indicativamente codici di menomazione e non di malattia, sottolineando soprattutto l'aspetto della riduzione della eccessiva variabilità di codici)
 - Codifica di principali comorbilità che rendono complessa l'assistenza richiedendo maggiore impegno di risorse
 - Codifica di uno o più codici proxy di complessità
 - Inserimento di codice V57.__ -
 - Codifica di procedure di specifico interesse riabilitativo

Proposte di criteri generali di codifica

CLASSIFICAZIONE NORMATIVA RIABILITAZIONE RICOGNIZIONE REGIONALE

La raccolta dei provvedimenti regionali ha evidenziato 3 cluster in funzione della tipologia di impostazione rispetto al DM nazionale (*adozione del DM 18 ottobre 2012; adozione del DM 18 ottobre 2012 con modifiche; altro schema tariffario regionale*).

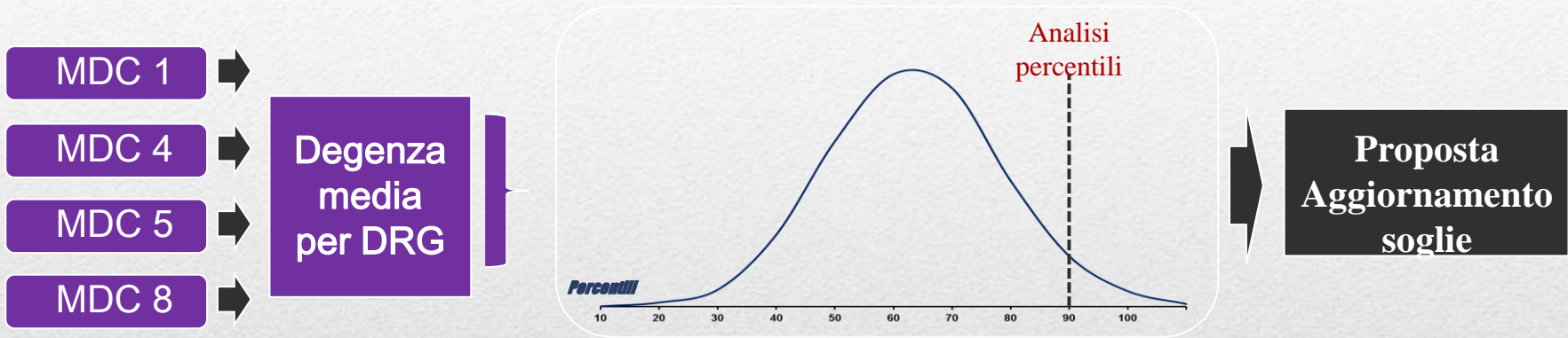
In particolare, la Regione Lombardia ha previsto l'adozione di un tariffario più specifico con tariffe giornaliere e soglie massime di durata della degenza definite per singolo DRG (maggiore dettaglio rispetto alle MDC del tariffario nazionale).

TIPOLOGIA PROVVEDIMENTO	REGIONE	PROVVEDIMENTO	ANNO	ELEMENTI PRINCIPALI
Adozione D.M. 2012	BASILICATA	D.G.R. n° 463	2013	
	CALABRIA	D.P.G.R. n° 19	2013	
	CAMPANIA	D.C.A. n° 32	2013	
	LIGURIA	D.G.R. n° 1353	2014	
	P.A. TRENTO	D.G.P. n° 16	2015	
	PUGLIA	D.G.R. n° 951	2013	
	SICILIA	D.A.S. n° 923	2013	
Adozione D.M. 2012 con modifiche	UMBRIA	D.G.R. n° 1599	2013	
	ABRUZZO	D.C.A. n° 13	2013	Applicata riduzione tariffaria pari al 22,35%
	EMILIA ROMAGNA	D.G.R. n° 167	2014	Tariffa Mielolesi e GCA solo se oltre alla verifica della patologia i pazienti sono dimessi da MDC1 e cod.28-cod.75
	LAZIO	D.C.A. n° 444	2014	Modulazione soglie di durata per MDC, ACC e percorso del paziente
	LOMBARDIA	D.G.R. n° X/3993	2015	Tariffe e soglie per DRG, strutture con alta complessità (IAC) +8%
	MARCHE	D.G.R. n° 709	2014	Tariffa 470€ per tutti i dimessi da cod.75 e cod.28
	MOLISE	D.C.A. n° 19	2013	Tariffa 376€ per cod.75 e 403€ per cod.28. Soglia di 120gg oltre il quale abbattimento 100%
Schema tariffario regionale	PIEMONTE	D.G.R. n° 14/6039	2013	Tariffe per tipologia di strutture e soglie più basse
	VALLE D'AOSTA	D.G.R. n° 427	2013	Tariffe per tipologia di struttura
	FIULI-VENEZIA GIULIA	D.G.R. n° 1535	2009	Tariffe più alte per tutte le MDC. Soglia 40 gg per tutte le MDC
	P.A. BOLZANO	D.G.P. n° 3173	2009	Tariffe più alte per tutte le MDC. 470€ per codice 75
	SARDEGNA	D.G.R. n° 9/3	2005	Tariffe più basse. Soglia 60 gg per tutte le MDC
	TOSCANA	D.G.R. n° 86	2005	Tariffa 470€ per cod.75 e 490€ per cod.28, soglie di durata progressive
	VENETO	D.G.R. n° 442	2013	Tariffe più alte per tutte le MDC. Soglie inferiori al DM

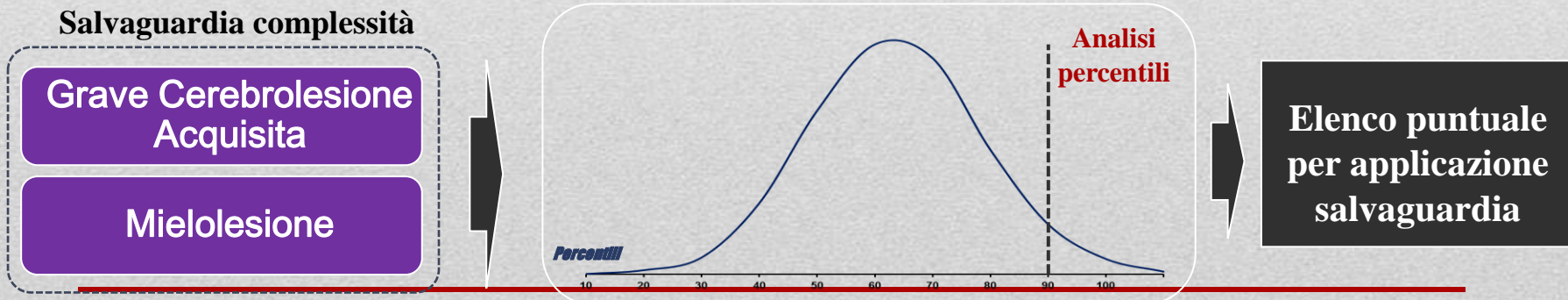
PROPOSTE AGGIORNAMENTO SOGLIE DI DURATA

METODOLOGIA APPLICATA – ANALISI PERCENTILI

Sulla base di quanto fatto dalla Regione Lombardia, è stata presa in considerazione una metodologia per il calcolo delle soglie di durata dei ricoveri di riabilitazione, che prendesse in considerazione la distribuzione delle degenze medie dei singoli DRG (delle MDC 1-4-5-8), indipendentemente dal codice di disciplina, ad esclusione dei pazienti affetti da Mielolesione e/o da GCA.



Per i pazienti affetti da mielolesione e/o Grave Cerebrolesione Acquisita è prevista una salvaguardia in termini di durata massima della degenza, prevedendo l'individuazione puntuale tramite un elenco di codici ICD9-CM e l'applicazione di una soglia di durata massima della degenza in funzione del 90° percentile.



MODALITA' INDIVIDUAZIONE CASI AD ELEVATA NECESSITÀ ASSISTENZIALE

Al fine di individuare i casi ad elevata necessità assistenziale sono stati attivati dei gruppi di lavoro con referenti clinici ed esperti e si è proceduto nel modo seguente:

1. Identificazione **patologia principale**, oggetto di focus tramite la diagnosi principale;
2. Identificazione **patologie secondarie interagenti e particolari condizioni aggravanti** che determinano complessità;
3. Verifica del tipo di **assistenza erogata al paziente in termini di procedure**.

ELEVATA NECESSITÀ ASSISTENZIALE

Patologia principale

Patologie interagenti

Approccio multidisciplinare



Casistiche prese in esame:

- CCM ictus **352 pz** che ha avuto un “Ricovero Ospedaliero in Riabilitazione”
- iCR2 **963 pz**

CCM ictus:

Nel campione il **17,7%** ha una **LOS ≥ 60** giorni.

Criterion values and coordinates of the ROC curve (TCT)

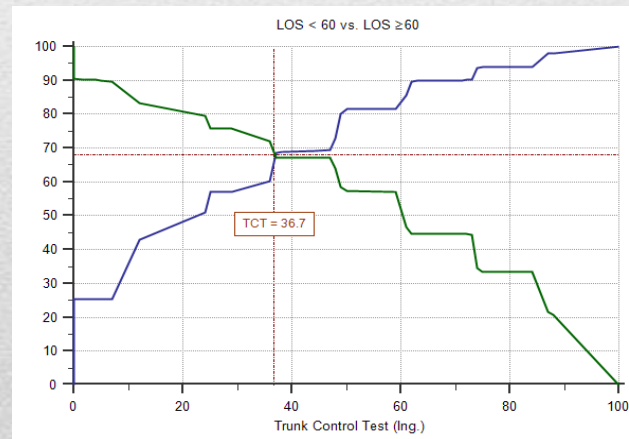
Questo gruppo di pz si caratterizza per avere un (Associated criterion) **Cut-Off ≤ 36** del “Trunk Control Test”.

LOS (gg) di questo gruppo di pz si caratterizza per avere una:

Media = **95,5** gg (95% CI **86,2** to **104,7**)

Mediana = **86,0** gg (95% CI **70,0** to **91,9**)

Criterion	Sensitivity	95% CI	Specificity	95% CI	+LR	-LR
≤ 36	70,18	56,6 - 81,6	60,53	54,4 - 66,4	1,78	0,49



Anche per ICR² il Cut-Off del TCT si conferma 36!

Controllo del tronco vs durata di degenza

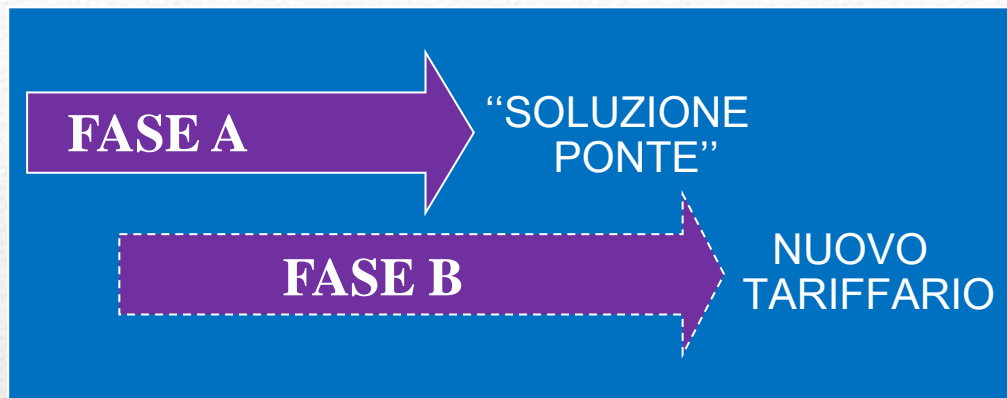
Stroke MDC 1

1° codice	<u>Disabilità</u> oggetto dell'intervento	438.21 <i>Emiplegia dx</i> 438.22 <i>Emiplegia sn</i> 438.84 <i>Atassia</i>
2° codice	Identificativo di complessità	438.82 <i>Disfagia</i> 438.11 <i>Afasia</i> 438.0 <i>Deficit cognitivo</i> V48.1 <i>Deficit controllo tronco</i> 596.5_ <i>Patologie funzionali della vescica</i> V44.0 <i>Presenza tracheotomia</i> V44.1 <i>Presenza di gastrostomia</i> 781.8 <i>Sindromi di inattenzione</i>
3° codice	Identificativo di gravità	263.9 <i>Malnutrizione</i> 707.0_ <i>Lesioni da decubito</i> ---- <i>Malattie infettive interferenti</i>
4° codice	<u>Comorbidità</u>	428_ <i>Scompenso cardiaco</i> 518.83 <i>Insuff. Respiratoria</i>

1. Codice: condizione identificata come principale causa del bisogno di trattamento e dell'impiego di risorse
2. Codice: condizioni indicative di complessità riabilitativa
3. Codice: condizione indicativa di complessità clinica
4. Codice: condizioni di comorbidità

Proposta di classificazione in gruppi dei codici ICD-9CM di patologia da utilizzare nella SDO riabilitativa

APPROCCIO METODOLOGICO COMMISSIONE MINISTERIALE TARIFFE



Le attività del sottogruppo sulle post-acuzie (riabilitazione/lungodegenza) saranno organizzate in due fasi:

- **FASE A: aggiornamento del tariffario sulla base della normativa e sulle esperienze regionali;**
- **FASE B: definizione del nuovo tariffario sulla base di una rilevazione dei costi per l'erogazione delle prestazioni.**

GRADO DI NECESSITA' DELLA PERSONA DA RIABILITARE

(linee di indirizzo per la riabilitazione Suppl Ord. N. 60_ G.U. 2/3/2011)

“Per definire correttamente il grado di necessità della persona da riabilitare, si possono individuare tre dimensioni che opportunamente combinate permettono di allocare la persona, *indipendentemente dalla patologia principale che ha creato disabilità*, in setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura:

Complessità clinica, Disabilità, Multimorbidity ...”



bisogna individuare **strumenti** in grado di
fornire indicazioni sulla **Complessità Clinica**
per **Migliorare l'Appropriatezza Clinica** e
l'Erogazione dei **Servizi** nei reparti di **Riabilitazione.**

1. Validata versione italiana della
Rehabilitation Complexity Scale-Extended 13th version
(RCS-E v13)

2. Validato un **Modello Diagnostico “Clinicometrico”**
in linea con le “Linee di Indirizzo per la Riabilitazione”
(Complessità_**RCS-Ev13** + Disabilità_**BIm** + Comorbidità_**CIRS**
Criteri di Ricovero Riabilitazione Intensiva)

**Appropriatezza
Clinica?**



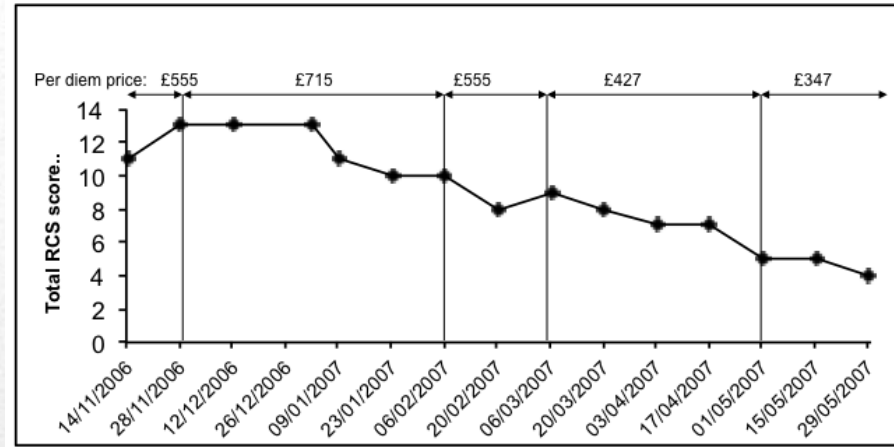
% In Eccesso dei Ricoveri in Riabilitazione Intensiva RER
E L'INAPPROPRIATEZZA IN DIFETTO

Numeri pazienti :

- MDC1 sono 951 entro la soglia e 105 oltre la soglia
- MDC8 sono 165 entro la soglia e 294 oltre la soglia
- MDC4 sono 62 entro la soglia e 73 oltre la soglia
- MDC5 sono 43 entro la soglia e 54 oltre la soglia

MDC	Meno di 60 giorni		Oltre i 60 giorni	
	RCS	BI	RCS	BI
1	10	50	12	10
	Meno di 30 Giorni		Oltre i 30 giorni	
8	8	55	10	15
4	9	55	10	11
5	10	55	11	25

Dati ricerca nazionale (circa 3000 dimessi da cod. 56/28/75/60)



- UK – weighted bed day tariff for rehabilitation
 - Based on serial RCS-E ratings in 5 bands
 - Daily payment falls, as complexity reduces
 - Fair to the provider and the payer
 - Incentive to move the patient on

Weighted bed-day payment model

Manovra Sanità *Attenzione Verso **inappropriatezza in***

***eccesso** ... si assume, spesso sulla base di dati parziali e non conclusivi, che la maggior parte dei problemi di sostenibilità nascano da eccessi di offerta riabilitativa*

“Sappiamo ...che nell’offerta di servizi riabilitativi esiste ancora un’area importante di inappropriatezza “per difetto”, dovuta alla mancata risposta a certi tipi di bisogno, o alla disomogenea distribuzione dei servizi nelle diverse regioni o addirittura nell’ambito della medesima regione”

MA

*“.....E’ facile temere che sotto l’etichetta del recupero di efficienza e di razionalizzazione si nasconda una pura e semplice riduzione di risorse, e non una loro ridistribuzione sulla base di **ragionevoli criteri programmatori e fondate motivazioni scientifiche.**”*

**“RECUPERO DI EFFICIENZA E DI RAZIONALIZZAZIONE FORSE
SEMPLICE RIDUZIONE DI RISORSE?”**

Sappiamo invece che nell'offerta di servizi riabilitativi esiste ancora un'area importante di inappropriata "per difetto", dovuta alla mancata risposta a certi tipi di bisogno, o alla disomogenea distribuzione dei servizi nelle diverse regioni o addirittura nell'ambito della medesima regione. Una recente rilevazione epidemiologica in una realtà regionale di grandi dimensioni, ad esempio, ha dimostrato che solo il 16% (a fronte del 30-35% stimato come appropriato) di tutti i pazienti con ictus cerebrale dimessi dalle Unità per acuti può usufruire di un accesso diretto in riabilitazione, con estreme differenze fra aree della stessa regione. Inappropriata "per difetto" significa anche, ad esempio, che una quota importante di pazienti deve ancora restare impropriamente nelle unità di terapia intensiva in attesa di disponibilità in struttura riabilitativa, o che alcuni ausili tecnologici ormai diffusi non sono ancora erogabili per l'inadeguatezza dell'attuale nomenclatore.

Come supportare il mondo della Politica per scelte appropriate?

COLLABORAZIONE

EBM

Appropriatezza clinica!

- Introdurre, anche in Italia, uso sistematico di **Strumenti** oggettivi e condivisi **di valutazione** nelle codifiche che alimentano i SIS per l'ambito riabilitativo
- Reparti organizzati per intensità di cura, con personale esperto e offerta di assistenza via via adeguata ai reali **bisogni del paziente.**

Ambiente riabilitativo deve essere gestione del paziente, percorso con integrazione del setting (ambienti e personale e non organizzazione rigida con contenitori pre-strutturati che si autodefiniscono e a cui adattiamo i pazienti)

Conclusione



Grazie

Grazie