

Criteria di priorità del ricovero in Fondazione Teresa Camplani

Scopo del documento

Scopo del presente documento è la descrizione dei criteri che governano l'appropriatezza e le priorità del ricovero riabilitativo, sociosanitario e acuto, nel rispetto delle specifiche normative regionali e nazionali sulla trasparenza.

Appropriatezza del ricovero riabilitativo

Il ricovero riabilitativo può essere eseguito esclusivamente nel rispetto di quanto previsto nella DGR 5118/2016, in particolare per quanto riguarda le diagnosi di ingresso, le tempistiche degli eventi indice e i setting di ricovero.

Priorità nella selezione dei ricoveri

Nel rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla DGR sopra descritta, le richieste di ricovero sono prese in carico in funzione di ulteriori elementi collegati ai setting di accreditamento delle strutture, alla logistica, alla specificità delle singole UUOO e, in ultima analisi, alla disponibilità di posti letto.

Priorità per setting di accreditamento: in ragione della gravità della perdita di funzione e dell'indice di modificabilità viene data la priorità di ricovero, nell'ordine, ai ricoveri di alta complessità, di riabilitazione specialistica e di riabilitazione generale e geriatrica; quanto sopra nel limite dei posti letto disponibili/attivabili previsti in assetto di accreditamento, aumentati o diminuiti fino al 20% in funzione delle richieste delle strutture invianti o del territorio (cfr DGR 9014/2009 e smi).

Priorità per struttura inviante: viene data la priorità ai ricoveri provenienti da Ospedale rispetto ai ricoveri provenienti da domicilio; nel caso in cui una Unità operativa abbia saturato oltre al 100% il proprio numero di posti letto di alta complessità assistenziale sarà possibile prevedere la sospensione dei ricoveri da ospedale a favore dei ricoveri da domicilio; questa scelta, operata allo scopo di garantire ad ogni paziente standard adeguati alla propria complessità, dovrà comunque essere esplicitamente comunicata formalmente dal Primario della UO alla Direzione sanitaria.

Priorità per disciplina: laddove esistono più UUOO accreditate per riabilitazione specialistica che hanno sviluppato specificità di funzione, sarà elaborata una specifica lista d'attesa di ricovero; nel caso in cui una richiesta di ricovero non trovi risposta all'interno della UO specifica, sarà responsabilità del primario interpellato proporre la richiesta al Direttore di Dipartimento per eventuale collocazione all'interno dello stesso o comunque all'interno della struttura.

Unità operative di Fondazione Teresa Camplani: mission specifiche

Casa di Cura Domus Salutis - Brescia:

- Cure Palliative: le attività e le priorità di ricovero sono definite dalla DGR5918/2016
- Neurologia riabilitativa: è dedicata prioritariamente a pazienti medullosesi, pazienti con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), pazienti portatori di deficit funzionali a seguito di eventi cerebrovascolari acuti e traumatici prevalentemente in età giovanile o adulta; fa parte del Dipartimento neuromotorio.

- Riabilitazione di neurogeriatria: è dedicata prioritariamente alla riabilitazione neuromotoria di pazienti anziani a seguito di eventi cerebrovascolari acuti e traumatici (anche GCA) ma anche alla riabilitazione dei pazienti con patologia cronico degenerativa neurologica a seguito di riacutizzazioni o progressioni di malattia; fa parte del Dipartimento neuromotorio.
- Riabilitazione polifunzionale: è dedicata prioritariamente alla riabilitazione neuromotoria di pazienti con esiti di intervento di chirurgia ortopedico/traumatologica e di ambito neuro-vascolare e delle emo-coagulopatie; fa parte del Dipartimento neuromotorio.
- Riabilitazione cardiologica: è dedicata prioritariamente ai pazienti con esiti di interventi cardiocirurgici e ai pazienti polipatologici per i quali il deficit di funzione cardiovascolare è prevalente; fa parte del Dipartimento cardiopolmonare.
- Riabilitazione pneumologica: è dedicata prioritariamente ai pazienti con deficit di funzione respiratoria in esiti di chirurgia toracica o a malattie respiratorie croniche riacutizzate o in fase di scompenso; riceve anche pazienti polipatologici nei quali la componente di disfunzionalità respiratoria diventa il problema principale; fa parte del Dipartimento cardiopolmonare.

Casa di Cura Ancelle della Carità - Cremona

- Cure Palliative: le attività e le priorità di ricovero sono definite dalla DGR 5918/2016
- Riabilitazione specialistica: è dedicata prioritariamente a pazienti con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), pazienti portatori di deficit funzionali a seguito di eventi cerebrovascolari acuti e traumatici prevalentemente in età giovanile o adulta, pazienti con esiti di chirurgia ortopedica, pazienti con scompenso cardiaco, pazienti con insufficienza respiratoria e/o bronchite cronica ostruttiva, pazienti con patologia cronico degenerativa in fase di progressione o di riacutizzazione; fa parte del Dipartimento riabilitativo.
- Riabilitazione generale e geriatrica e riabilitazione di mantenimento: è dedicata prioritariamente alla riabilitazione di pazienti anziani che non presentano i criteri di riabilitazione specialistica di cui alla DGR 5118/2016 ma per i quali è atteso uno spazio di recupero funzionale o per i quali il ricovero riabilitativo ha lo scopo di stabilizzare funzioni altrimenti destinate al deterioramento; fa parte del Dipartimento riabilitativo.

Casa di Cura San Clemente - Mantova:

La Casa di Cura San Clemente è la sola struttura della FTC accreditata per l'attività di ricovero per acuti, oltre che per l'attività riabilitativa.

PROCEDURA DI CREAZIONE DELLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI NEI REPARTI PER ACUTI.

- *Il Medico (Medico di Medicina Generale o lo specialista interno o esterno) prescrive il ricovero su ricettario regionale SSN, indicando: il tipo di ricovero (Ordinario o Day Hospital), il quesito clinico (o motivo del ricovero), la classe di priorità (A, B, C, D) e l'eventuale necessità di intervento chirurgico.*
- *Lo specialista interno propone il ricovero o valuta la prescrizione di ricovero fatta da altro specialista e ne verifica l'appropriatezza relativamente a: effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica), pertinenza rispetto al regime di ricovero (valutazione organizzativa), pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.). Lo specialista, di fatto, è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto dal MMG o da altro specialista esterno, nonché sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera (priorità indicata, regime di ricovero ordinario o diurno) e può*

verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili valutati preliminarmente al ricovero. In caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico proponente, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal paziente, un diverso percorso assistenziale. In tal caso lo specialista si assume la responsabilità per il cambio della data di ricovero e per l'assegnazione della nuova classe di priorità e dovrà assumersi l'onere di facilitare il nuovo percorso terapeutico del paziente. Lo specialista che valuta la proposta di ricovero garantisce l'inserimento del paziente nel registro di ricovero(Lista d'Attesa).

ATTRIBUZIONE DELLE PRIORITA' DI LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI NEI REPARTI PER ACUTI
 Lo specialista è tenuto ad attribuire al paziente un criterio di priorità alla luce di valutazioni cliniche (dolore, disfunzioni, disabilità) e prognostiche. Nella tabella che segue, si riportano le Classi di priorità (e relativo criterio che ne sottende l'individuazione) per prestazioni erogate in regime di ricovero, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, nel Piano Nazionale e Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 e nel Programma Attuativo Aziendale: Classi di priorità per prestazioni erogate in regime di ricovero, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012.

CODICE CRITERIO DI PRIORITA'	SIGNIFICATO CLINICO - PROGNOSTICO del CRITERIO	TEMPO MASSIMO ATTESA PER RICOVERO
A	<i>Casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi</i>	<i>Ricovero entro 30 giorni</i>
B	<i>Casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi</i>	<i>Ricovero entro 60 giorni</i>
C	<i>Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi</i>	<i>Ricovero entro 180 giorni</i>
D	<i>Casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità</i>	<i>Ricovero senza attesa massima definita. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi</i>

- *Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero richiesto per il paziente dal MMG o da altro specialista su impegnativa SSN costituisce la data di inizio del percorso. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra la data in cui il paziente viene inserito nell'agenda di prenotazione (t0) e la data effettiva del ricovero (t1).*
- Riabilitazione specialistica neuromotoria: è dedicata prioritariamente alla riabilitazione neuromotoria di pazienti con esiti di intervento di chirurgia ortopedico/traumatologica (protesi in elezione, esiti fratture collo del femore, esiti di politrauma) e di ambito neuro-vascolare (esiti di stroke, sclerosi multipla, traumi cranici).
- Riabilitazione generale e geriatrica: è dedicata prioritariamente alla riabilitazione di pazienti anziani, polipatologici, con evento indice non recente, con perdita dell'autonomia funzionale o a completamento del percorso di riabilitazione specialistica.

Conseguenze operative per le strutture

E' responsabilità dei primari o dei loro delegati valutare le richieste di ricovero entro 1 giorno lavorativo dall'arrivo della richiesta, approvare l'inserimento in lista d'attesa dei pazienti appropriati, individuare una data indicativa per la disponibilità al ricovero rispettando i criteri aziendali, disporre la comunicazione alla struttura inviante della data indicativa, ovvero della mancanza di possibilità di presa in carico.

In caso di richiesta appropriata alla quale la UO non riesce a far fronte il Primario o suo delegato deve segnalare il caso al Direttore di Dipartimento per eventuali prese in carico da parte di UO analoghe.

Nel caso in cui ci sia la necessità di accettare pazienti in modo non coerente con le priorità sopra indicate (per esempio per la presenza di un numero massimale di pazienti ad alta complessità assistenziale) il Primario deve segnalarne alla Direzione sanitaria le motivazioni che saranno tenute agli atti.

Registrazione delle richieste di ricovero

Gli Uffici accettazione ricevono, archiviano e registrano in ordine temporale copia di tutte le richieste di ricovero ricevute sia direttamente da Ospedali o dal portale regionale che per il tramite del personale sanitario dei reparti.

Gli Uffici accettazione si occupano inoltre di registrare le date indicative di ricovero dei pazienti prenotati e le motivazioni di eventuali indisponibilità al ricovero.

Se la Casa di cura è dotata di più Unità operative, l'archiviazione delle richieste di ricovero avverrà, sempre in ordine temporale, per Unità operativa; le richieste appropriate per le quali non c'è disponibilità al ricovero saranno archiviate nella UO sede del Direttore di Dipartimento.

Data di aggiornamento 31/05/2021

F.to Direttore Sanitario Aziendale

F.to Il Direttore Sanitario di Presidio