



## **Decreto Appropriatelyzza**

David A. Fletzer

*Roma*

---

### ***CONSIDERAZIONI GENERALI con POSSIBILI SUGGERIMENTI su DECRETO APPROPRIATEZZA***

Nel complesso DOCUMENTO MOLTO GENERICO E CHE QUINDI RISCHIA DI CREARE RETI RIABILITATIVE ANCORA PIÙ DIFFERENZIATE NELLE VARIE REGIONI O PROVINCE AUTONOME. Inoltre a volte mi sembra che ci si preoccupi maggiormente delle esigenze della struttura che non del PAZIENTE.

Pag. 5 e 6 – Spesso si fa riferimento al PIANO di Indirizzo per la Riabilitazione e si cita TEAM o PRI o PERCORSO RIABILITATIVO UNICO ma non si dice mai chi è il responsabile dell'uno e dell'altro come invece si dice espressamente nel PIANO. Per cui se lo si cita CITIAMOLO IN MODO COMPLETO e fra l'altro parlando di APPROPRIATEZZA non è secondario indicare bene chi è responsabile anche perché poi nel Decreto, più avanti – vedi pagina 16, viene detto.

Pag. 6 – Si dice applicazione disomogenea del PINDRIA ed allora avrei ricordato che quando la Conferenza Stato Regioni lo approvò nel febbraio 2011 predispose questo e PROPOSE ESPPLICITAMENTE un OSSERVATORIO NAZIONALE anche di supporto per dare suggerimenti se chiesti dalle varie realtà territoriali e così sarà anche per questo Decreto se non si prevederanno CONTROLLI e SANZIONI per le anomale applicazioni, come per ogni norma legislativa.

Pag. 6 30° rigo – Si parla degli OBIETTIVI PREVISTI DAL PRI come definiti dalle LINEE GUIDA (LG). Avrei citato anche il PIANO che certamente rappresenta una realtà più aggiornata (13 anni fra il 1998 ed il 2011).

Pag. 7 – Si cita il NUOVI LEA come SENSIBILE PASSO AVANTI. Sono molto scettico su questa affermazione anche se è ovvio che è stato un PASSO AVANTI ma non certo SENSIBILE.

Pag. 8 – Si fa un esempio per la RIABILITAZIONE ESTENSIVA (anziano con esiti frattura di femore). Questo esempio sarà preso dalla periferia come un DECLASSAMENTO della RIABILITAZIONE nelle disabilità da patologie orto-traumatologiche. Per essere più esaustivo e completo avrei fatto anche esempi per MDC 1-4-5 ovvero di disabilità da patologie neurologiche/cardiologiche/pneumologiche.

Pag. 8 17° rigo – NON AVREI SCRITTO quella O ma avrei lasciato solo la E in “ IMPEGNO VALUTATIVO e/o TERAPEUTICO”. Questo potrebbe portare a prevedere reparti di RICOVERO solo per aspetti VALUTATIVI (e questo non mi sembra un LIVELLO DI GRANDE APPROPRIATEZZA NELLA RETE RIABILITATIVA di RICOVERO O RESIDENZIALE).

Pag. 8 – Si conferma la classificazione con ICD9, nonostante i vari accenni saltuari all’ICF ed al metodo bio-psico-sociale.

Pag. 8 – Si parla della possibile UNA SOLA REMUNERAZIONE PER IL PERCORSO. Il rischio è che alcuni calcoleranno una remunerazione a DRG di PERCORSO con però percorsi differenziati fra Regione e Regione. Questo concetto è utile se effettivamente esistesse dappertutto una RETE ORGANICA e quindi prima cercherei di ottenere in tutta Italia quello che vorrebbe fare questo Decreto e poi parlerei di remunerazione.

Pag. 8 – Si dice “necessità di identificare il soggetto responsabile della organizzazione e gestione del percorso stesso” AVREI SPECIFICATO che SE STRUTTURA questo deve essere il DIPARTIMENTO e se PERSONA deve essere il RESPONSABILE DEL PRI ovvero il MSR.

Pag. 9 – Si conferma che il ricovero è stato garantito dal PRIVATO ACCREDITATO per il 75,1% con punte del 92% in una regione e questo non è un QUADRO DI RETE EQUILIBRATA e lo AVREI AFFRONTATO perché se non vi è una giusta competizione o preferisco dire EQUILIBRIO è difficile garantire la qualità. I cartelli rappresentati da POCHI GRUPPI non sempre tutelano i diritti dei pazienti.

Pag. 16 quintultima riga – Si dice che l’avvio dagli ospedali per acuti alla rete riabilitativa è garantito da una competenza MEDICO-SPECIALISTICA RIABILITATIVA OVE POSSIBILE. Penso che se si parla di VERA APPROPRIATEZZA non si possa non parlare di almeno 1 unità medica specialista in riabilitazione per scegliere il giusto setting dopo l’acuzie anche alla luce di una OFFERTA COSÌ COMPLESSA della RETE RIABILITATIVA (56 a/b/c-75-28-DHR-DSR-DOMICILIO-AMBULATORIO-STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI-STRUTTURE SOCIOSANITARIE ecc.).

Pag. 17 – Si prevede che i ricoveri da domicilio non devono superare il 20%. Come si inquadrano i RICOVERI DA DOMICILIO FUORI REGIONE. Rientrano in quel 20%.

Pag. 17 – Nei requisiti per l’accesso appropriato avrei fatto alcuni esempi per chiarire espressioni generiche già indicate nelle LG e nel PIANO.

Pag. 18 – Valutazione risultati ottenuti deve essere eseguita prima (72 ore) della dimissione. AVREI DETTO NELLE 72 ORE PRECEDENTI LA DIMISSIONE per evitare un termine perentorio.

Pag. 19 – I permessi temporanei devono essere VALUTATI CONGIUNTAMENTE con L’EQUIPE DEI SERVIZI TERRITORIALI. NON LO VEDO SEMPRE FACILE (avrei previsto un obbligo di risposta da parte dei servizi territoriali per le proposte ospedaliere al riguardo) e si dice al 4 rigo che devono essere dichiarati nel PRS ma forse direi anche nel PRI.

Pag. 19 – Questa considerazione vale per tutti i livelli di ricovero dove è indicato un orario giornaliero. Si cita che l'orario giornaliero può essere anche settimanale. Il rischio potrebbe essere che una struttura faccia le ore settimanali in 1 o 2 o 3 accessi di personale assunto a prestazione mentre questa soluzione potrebbe essere di garanzia del paziente quando questo, per esempio, in 1-2-3 giorni non può fare la riabilitazione per problemi clinici o di accertamenti da effettuare ma il testo cita questo caso e l'orario settimanale non mi sembra collegato solo a questa ipotesi.

Pag. 19 – Rapporto paziente-operatore PREFERIBILMENTE 1 a 1; quel preferibilmente vuol dire tutto e nulla. Avrei messo una percentuale massima o quando si possono verificare rapporti diversi da 1 a 1, come d'altro canto alcune Regioni hanno già previsto.

Pag. 19 – Altre scale validate NE AVREI FATTO UN ELENCO.

Pag. 21 – Auspicabile che la stessa struttura garantisca 56a-56b-56c. Questo farà sparire probabilmente i reparti pubblici presenti negli ospedali per acuti.

Pag. 21 – La struttura deve attenersi, come previsto... PURCHÈ LE RACCOMANDAZIONI RISULTINO ADEGUATE ALLA SPECIFICITÀ DEL CASO CONCRETO. È come aver detto TUTTO E NIENTE.

Pag. 22 – I posti letto ospedalieri di riabilitazione estensiva dovrebbero essere prevalentemente UTILIZZATI PER I PAZIENTI CON PATOLOGIE DISABILITANTI ORTOPEDICHE. Mi sembra una affermazione NON APPROPRIATA in quanto ci sono casi di disabilità da patologie ortopediche gravi e disabilità da patologie neurologiche o cardiologiche o respiratorie di gravità media-minima. Si torna a parlare di categorie patologiche piuttosto che di PERSONE NEL LORO CONTESTO FAMILIARE-LAVORATIVO e SOCIALE? Un vero approccio BIOPSIKOSOCIALE!

Pag. 23 – La valutazione sulla appropriatezza del ricovero in riabilitazione intensiva ad alta specializzazione è effettuata dal MSR... Ma è stato detto prima che negli ospedali per acuti non è indispensabile avere il MSR la cui presenza c'è OVE POSSIBILE. Per me in ogni ospedale per acuzie ci deve essere almeno un MSR.

Pag. 23 – Che fine hanno fatto le unità spinali unipolari?

Pag. 23 – Unità operative di riabilitazione purché dotate di specifiche competenze TROPPO GENERICO. AVREI INDIVIDUATO UN NOME TIPO CENTRO SPINALE o UNITÀ SPINALE che si aggiunge alle USU e avrei previsto anche un codice tipo 28 b mentre le unità spinali sono 28a

Pag. 24 – Pazienti ventilati possono accedere all'US ma la gestione deve avvenire in collaborazione con la TERAPIA INTENSIVA. LA TERAPIA INTENSIVA PUO'/DEVE STARE NELLO STESSO OSPEDALE CON LA Unità Spinale. Rimane questo dubbio mentre io lo avrei definito.

Pag. 24 – I pazienti da domicilio possono entrare nelle US senza un limite in percentuale. In questo modo si rischia che la US NON ABBIA poi POSTI LIBERI PER NUOVI PAZIENTI

PROVENIENTI DALL'EVENTO INDICE. Le USU o US dovrebbero avere sempre un posto libero per le Persone provenienti dal DEA.

Pag. 24 – Omogenizzerei il 4.1.3 con il 4.2.3 molto più preciso e dettagliato.

Pag. 25 4° rigo – “ribadito dal Piano di Indirizzo” MI SFUGGE NON MI RISULTA.

Pag. 25 – Si possono considerare appropriati anche i trasferimenti da altro codice 75 per avvicinamento e facilitazione del reinserimento nel luogo di residenza. LO AVREI PREVISTO ANCHE PER IL CODICE 28.

Pag. 28 – Linee di indirizzo del 2011 NON SI CHIAMA LINEE ma PIANO. Almeno usiamo i termini corretti.

Pag. 28-29 – Avrei affrontato argomento TRASPORTO PAZIENTE o mettendolo a carico del DHR oppure avrei invitato le strutture a creare convenzioni con ditte per il trasporto in quanto il trasporto è spesso un problema.

Pag. 29 – Fondamentale acquisire le valutazioni già fatte. GIUSTO MA NON FACILE per cui avrei previsto la procedura per attuare questa affermazione altrimenti si rischia di scrivere bei concetti che poi in molti scasi resteranno inattuati e fra 10 anni ce ne lamenteremo.

Pag. 29 – Un contatto diretto con l'equipe del reparto di dimissione, comunque utile, può risultare INDISPENSABILE. Giusto ma non sempre facile e quindi sarei stato meno intransigente nell'uso di quel INDISPENSABILE ed avrei indicato la procedura come nell'osservazione precedente

Pag. 30 – il MSR, all'approssimarsi delle dimissioni del paziente del reparto di riabilitazione, attiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali. AVREI AGGIUNTO IN COLLABORAZIONE O MEDIANTE L'ASSISTENTE SOCIALE.

Pag. 31 – CASO NON COMPLESSO avrei messo il TEMPO che nel PINDRIA è segnato.

Pag. 31 – In presenza di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie per l'erogazione di semplice terapia fisica strumentale non è necessaria la redazione di un PRI. **Non sono d'accordo alla luce di tutti i possibili effetti collaterali della terapia fisica** (le terapie efficaci hanno anche effetti collaterali; solo ciò che non fa nulla non fa nemmeno male).

Pag. 31 – RIABILITAZIONE DOMICILIARE... o mantenimento funzionale definito nel PRI. NON AVREI MESSO SOLO QUESTA VOCE NEL PRI MA TUTTO QUELLO CHE È SCRITTO ANCHE PRIMA.

Pag. 31 – AVREI PREVISTO COME ASSOLUTA NECESSITA' od OBBLIGO IL MSR nelle UNITA' di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.

Pag. 32 – ... evitare la selezione dei pazienti all'ingresso LO AVREI PREVISTO IN TUTTI I SETTING.

Pag. 33 10° rigo – Si parla di TEAM RIABILITATIVO MULTIPROFESSIONALE. Avrei indicato i COMPONENTI DEL TEAM sempre per evitare INTERPRETAZIONI che poco hanno a che fare con l'appropriatezza riabilitativa.

Pag. 33 – L'accesso ai trattamenti socio-riabilitativi deve essere autorizzato dalla ASL di RESIDENZA. Capisco benissimo ma prevederei un automatismo in caso di non risposta alternativa in caso di diniego perché con ASL fuori regione non è sempre facile tale procedura.

Pag. 33 – Per il regime semiresidenziale avrei pensato al trasporto tipo invito alle strutture a creare convenzioni con ditte per il trasporto.

Pag. 34 penultimo rigo – Avrei inserito le tipologie professionali da includere nelle dotazioni.

Pag. 35 – La presenza di analoghi servizi per la disabilità dello sviluppo in età adulta. POCO CHIARO. COSA SI INTENDE?

Pag. 36 – APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE. Avrei indicato le figure.

Pag. 36 quintultima riga – Valutazione domiciliare ed eventuale adattamento degli ambienti MOLTO GENERICO.

Pag. 38 ultime 2 righe – Avrei aggiunto CON INTEGRAZIONE NELLA RETE RIABILITATIVA CON LE REGOLE DEL PIANO DI INDIRIZZO O NELLA RETE SOCIO-SANITARIA PREVISTA DALLE LG.