

Deliberazione della Giunta Regionale 7 novembre 2016, n. 17-4167

Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell' attività di post acuzie. Modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015.

A relazione dell'Assessore Saitta:

L'articolo 79 comma 1 septies del d.l. 112/2008, in tema di controllo della Regione sui soggetti che svolgono attività di ricovero per il SSN, stabilisce il fine di *“realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata secondo criteri di appropriatezza”*.

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie progettuali e attuative è un compito istituzionale della Regione finalizzato ad introdurre, sostenere e modulare nel sistema socio-sanitario piemontese risposte, interventi e azioni appropriate ed efficaci in ambito preventivo, curativo e riabilitativo, che siano coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico e con le disponibilità e le opportunità tecniche adeguate e sostenibili.

La riabilitazione rientra tra le aree prioritarie che richiedono, in rapporto alla rilevanza dei bisogni di salute ed alla complessità delle necessarie risposte, specifiche azioni peculiari di un intervento integrato e intersettoriale. In quest'ottica diventa elemento centrale la definizione delle relazioni funzionali tra le diverse realtà organizzative al fine di combinare le esigenze di qualità e di efficienza di ciascuna struttura operativa in una logica di più generale sostenibilità del sistema.

Un efficiente ed efficace sviluppo del percorso riabilitativo ha come presupposto il corretto funzionamento di tutte le sue fasi, che implica una interrelazione continua tra prescrittori ed erogatori che intervengono nel percorso stesso. A tal fine risultano pertanto fondamentali le modalità di accesso e la presa in carico del paziente e i relativi controlli a garanzia della appropriatezza clinica ed organizzativo-gestionale.

L'Amministrazione regionale, nel corso degli anni, nell'ottica di garantire la qualità dell'assistenza erogata secondo criteri di appropriatezza, ha adottato una pluralità di provvedimenti che definiscono le regole per l'accesso del paziente, per i trasferimenti interni alla struttura in cui è stato effettuato il ricovero o fra diverse strutture di ricovero nonché, più in generale, per il monitoraggio delle attività di post-acuzie svolte nell'ambito del SSR.

In particolare, con riguardo ai trasferimenti del paziente all'interno di una medesima struttura o fra diverse strutture (da e verso specialità di lungodegenza, neuropsichiatria e recupero funzionale) sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

□ La D.G.R. n. 70-1459 del 18/09/1995 ha stabilito che è necessaria *“l'approvazione della Direzione Sanitaria della ASL pagante, emessa sulla base di una documentazione composta da una copia della cartella clinica ed una relazione sulla necessità di trasferimento;*

solo dopo l'approvazione della struttura pagante la struttura erogante è autorizzata ad effettuare il trasferimento;

gli estremi dell'approvazione devono essere indicati sulla scheda nosologica;

se la Direzione Sanitaria non risponde entro 5 giorni lavorativi dalla data certa della richiesta da parte della struttura erogante, questa può in forma provvisoria effettuare il trasferimento”.

□ La successiva D.G.R. n. 156-21885 del 6 agosto 1997 avente ad oggetto “Provvisorio accreditamento ai sensi del D.Lgs. 502/92 e successive norme di modificazione, integrazione e attuazione delle case di cura che soddisfano i requisiti previsti dalla L.R. 5/87 con o senza l’applicazione delle deroghe di cui alla medesima legge approvate con D.G.R. 161-10675 del 15/7/1996” ha stabilito che *“l’accesso alle Case di Cura per le attività provvisoriamente accreditate avviene attraverso la prescrizione proposta redatta dal medico curante del SSR”*.

□ La D.G.R. n. 31-26419 del 30/12/1998 definiva tra i documenti da allegare per il pagamento delle prestazioni da parte delle A.S.L. *“copia dell’impegnativa del medico di base oppure copia della lettera del Direttore Sanitario della struttura inviante, per le sole specialità per le quali sia previsto”*.

Anche con riferimento alle modalità di presa in carico del paziente nei reparti di post-acuzie è stato definito, a livello regionale, un articolato percorso, implementato più volte ed in maniera frammentaria nel corso degli anni, allo scopo di garantire l’appropriatezza del setting riabilitativo, declinato negli atti di seguito indicati:

□ con le Deliberazioni n. 50-3104 del 28/05/2001 e n. 40-4704 del 03/12/2001 di recepimento dell’accordo tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria ARIS e AIOP per il settore sanitario privato, la Giunta Regionale ha introdotto il protocollo operativo per il ricovero in post acuzie dei pazienti provenienti dall’acuzie;

□ la D.G.R. n. 41-15180 del 23/03/2005 di recepimento dell’accordo tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria ARIS e AIOP per il settore sanitario privato, ha definito ulteriormente il protocollo operativo per le procedure di ricovero nei reparti di post-acuzie, prevedendo nell’allegato 2 che: *“ Nel caso di paziente non proveniente dal domicilio ma da un reparto di acuzie della struttura pubblica od equiparata, la proposta di ricovero presso la Casa di cura deve avvenire da parte della Direzione Sanitaria dell’Azienda inviante, mediante la compilazione di apposito protocollo operativo, in cui siano indicati i dati anagrafici ed anamnestici del paziente, il tipo di disabilità e gli obiettivi raggiungibili, nonché le eventuali problematiche mediche associate e la terapia farmacologica, integrato dalla relazione dell’unità operativa di RRF (o del reparto dell’Azienda inviante nel caso di trasferimento in Lungodegenza), da cui emerga l’indicazione del ricovero in struttura riabilitativa di 1° livello (o di Lungodegenza) (...). In caso di paziente proveniente da un reparto di acuzie presente presso la stessa Casa di cura, è ammessa la possibilità di trasferimento interno, mediante la chiusura della SDO dell’episodio acuto e contemporanea apertura di una nuova SDO per il ricovero in RRF di 1° livello (o in Lungodegenza). Il ricovero in RRF (o in Lungodegenza) sarà effettuato secondo le procedure previste dal protocollo operativo e approvato dalla Direzione Sanitaria dell’Azienda Sanitaria Locale, sul cui territorio insiste la Casa di cura privata accreditata.*

Analoga procedura dovrà essere adottata per il trasferimento tra diverse Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate”;

□ con D.G.R. n. 10-5605 del 02/04/2007 di riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, si stabilisce che *“garante del percorso riabilitativo, in termini di individuazione dei bisogni specifici del paziente oggetto di valutazione e responsabile del “governo” delle necessarie risposte in quanto responsabile del progetto di continuità delle cure, è lo specialista in medicina fisica e riabilitazione della struttura complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell’A.S.L. di appartenenza del paziente”* e che *“Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un*

progetto riabilitativo individuale [PRI] e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi, con modalità interdisciplinari e interprofessionali”;

□ la successiva nota prot. n. 36950/DA2000 del 17/11/2008, ha introdotto la Scheda regionale di Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale (PPRI) quale strumento univoco di comunicazione in tutte le Strutture pubbliche/equiparate/private e accreditate per l'erogazione di prestazioni di degenza riabilitativa (1°, 2° e 3° livello);

□ la D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011 in materia di criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3°, 2°, e 1° livello, ha ribadito l'identificazione del setting riabilitativo al momento della stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI);

□ la nota prot. n. 29343/DB2005 del 08/11/2011 in materia di sorveglianza e vigilanza della gestione delle attività di ricovero dei Presidi, delle case di cura, degli IRCCS e delle Sperimentazioni Gestionali ha chiarito che è *”possibile effettuare ricoveri di RRF solo se la proposta di ricovero è accompagnata dal PPRI redatta dal medico fisiatra. Pertanto non sono accettabili ricoveri nella disciplina di riabilitazione e recupero funzionale senza la prescritta documentazione. Tale adempimento è vincolante anche per i ricoveri in reparti di recupero e rieducazione funzionale per pazienti provenienti dal domicilio, per i quali la PPRI è redatta dal medico fisiatra dell'ASL dell'assistito/fisiatra ospedaliero all'atto della dimissione dai reparti per acuti. [...] La mancanza della scheda PPRI non permette quindi il corretto riconoscimento tariffario del ricovero in quanto è uno dei requisiti fondamentali per la sua effettuazione. Pertanto è necessario che tale documentazione venga sempre conservata allegata alla cartella clinica”;*

□ la D.G.R. n. 14-6039 del 02/07/2013 di determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito nella L. n. 135 del 07/08/2012, riporta: *“Si deve sottolineare che per ogni nuovo ricovero di attività riabilitativa in strutture di ricovero non a diretta gestione delle ASL è necessaria, se non vi è motivata prescrizione del medico di medicina generale curante, la specifica autorizzazione dell'ASL competente territorialmente con la proposta di percorso riabilitativo individuale predisposto dallo specialista fisiatra, oltrechè del protocollo operativo”;*

□ la D.G.R. n. 24-918 del 19/01/2015 approva le Linee guida di codifica SDO 2015 e ribadisce per i ricoveri di riabilitazione la necessaria presenza in cartella clinica del PPRI, del PRI e del Protocollo operativo.

In ultimo, allo scopo di contenere i ricoveri inappropriati nei reparti di RRF, è stata definita una specifica disciplina con riferimento alla presa in carico dei pazienti provenienti da domicilio negli atti sottoindicati, disponendo quanto segue:

□ la D.G.R. n. 14-6039 del 02/07/2013 ribadisce *”che possono essere effettuati ricoveri provenienti da domicilio nella percentuale massima del 10%. I ricoveri che superano tale percentuale non potranno avere nessun riconoscimento tariffario”.*

□ con la D.G.R. n. 55-6670 del 11/11/2013 la percentuale di cui sopra viene successivamente aumentata al 20%.

□ la D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 estende la quota al 50% e ai soli residenti in Piemonte, successivamente la D.G.R. n. 46-233 del 4/08/2014 revoca la disposizione precedente e ripristina la quota del 20% prevista dalla D.G.R. n. 55-6670 del 11/11/2013;

□ la D.G.R. n. 67-1716 del 6/07/2015, ha previsto l'applicazione ai soli pazienti residenti in Piemonte delle regole regionali di non riconoscimento tariffario per i ricoveri in RRF di pazienti provenienti da domicilio oltre la percentuale massima del 20% e della obbligatorietà del PPRI.

Come poc'anzi evidenziato la disciplina delineata nei sopracitati provvedimenti, spesso oggetto di successivi interventi frammentati, parziali e talvolta non coordinati nell'ambito del complessivo percorso del paziente né con riferimento a tutte le patologie coinvolte, ha portato ad una sovrapposizione di documenti autorizzativi tutti qualificati quali necessari al fine della regolarità del ricovero in RRF e, pertanto, della successiva remunerazione della prestazione erogata per il SSR. Per ogni ricovero in RRF risulta infatti tutt'oggi necessaria la presenza nella cartella clinica del ricovero di almeno tre documenti autorizzativi - autorizzazione al ricovero o al trasferimento del paziente, Protocollo Operativo, PPRI e PRI – atti, questi ultimi, che presentano contenuti spesso sovrapponibili e che, sebbene utili al fine del governo dell'accesso alle prestazioni, non sempre rappresentano, di per sé, strumenti idonei a valutare l'appropriatezza del ricovero sotto il profilo clinico ed organizzativo.

La disciplina di cui sopra è risultata inoltre incompleta laddove, nel definire il percorso, non ha tenuto conto della totalità delle disabilità/patologie che possono essere coinvolte, alcune delle quali (dipendenze, obesità, ecc.) richiedono la presenza di specifiche figure professionali diverse dal fisiatra, unica figura cui attualmente viene rimessa la responsabilità della redazione del PPRI e del PRI.

Peraltro la legge n. 208 del 28/12/2015 (legge di stabilità 2016), intervenendo nella specifica materia dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, all'art. 1, comma 577 ha disposto che, in materia di appropriatezza delle prestazioni, si applichino le regole stabilite dalla regione nel cui territorio è ubicata la struttura erogante, indipendentemente dalla regione di provenienza dei pazienti, attribuendo pertanto all'appropriatezza una dimensione sovra-regionale che non può porsi come limite alla mobilità attiva dei pazienti, né favorire quella passiva, soprattutto nelle AA.SS.LL. di confine.

Occorre altresì evidenziare che l'applicazione delle disposizioni di cui sopra ha dato luogo a copioso contenzioso con le Strutture private accreditate erogatrici di prestazioni riabilitative a carico del SSR e le pronunce dei giudici di 1° grado finora intervenute hanno ravvisato una contraddittorietà dell'azione dell'Amministrazione regionale che talora, pur avendo attestato l'appropriatezza clinica del ricovero e della sua durata nell'ambito delle attività di verifica delle Commissioni aziendali e pur in presenza di tutte le informazioni richieste, ha tuttavia sanzionato l'assenza della documentazione autorizzativa prevista con l'abbattimento del 100% del valore tariffario delle prestazioni erogate.

Alla luce delle osservazioni sopra riportate e data l'esigenza di definire un quadro normativo sistematico in grado di venire incontro alle criticità emerse in sede di applicazione delle citate regole, risulta pertanto necessario procedere ad una semplificazione e revisione della documentazione autorizzativa e dei relativi controlli per i ricoveri in post-acuzie di pazienti residenti in Regione Piemonte e non residenti, secondo quanto riportato nell'allegato A) alla presente deliberazione. Il documento, in particolare, definisce i soggetti destinatari degli adempimenti autorizzativi e modifica le procedure di accesso e di verifica, nonché gli strumenti operativi dell'attività di post-acuzie, in un'ottica di semplificazione delle procedure e, nel contempo, di garanzia dell'appropriatezza del ricovero rispetto alla quale vengono definiti specifici criteri di verifica.

Considerato, inoltre, che le attuali indicazioni sul trasferimento breve in Pronto Soccorso portano a una sovrapposizione temporale tra SDO e Flusso C2 (PS) e possono dare origine a ricoveri

sovrapposti, si dispone di modificare la D.G.R. n. 55-6670 del 11.11.2013, come dettagliato all'Allegato A, parte sostanziale e integrante del presente provvedimento.

Ritenuto infine di demandare ad un successivo provvedimento di Giunta la definizione di quanto previsto specificamente dall'allegato A in relazione agli specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo.

Ciò premesso e motivato, la Giunta regionale a voti unanimi espressi nelle forme di legge

delibera

- di modificare le disposizioni di cui alle DD.GR. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015, come dettagliato nell'Allegato A, al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale, secondo le tempistiche ivi indicate;
- di modificare le procedure di accesso e le attività di controllo per i ricoveri in post-acuzie, ad esclusione della post-acuzie neuro-psichiatrica (codici 56.40, 60.40), erogati dalle strutture ubicate nel territorio piemontese a favore di tutti i pazienti residenti in Piemonte e non residenti, secondo quanto stabilito nell'allegato A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, titolato "Revisione procedure di accesso, strumenti operativi e procedure di verifica dell'attività di post-acuzie";
- di demandare ad atti successivi di Giunta la definizione di quanto previsto specificamente dall'allegato A in relazione agli specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo;
- di demandare alla Direzione Sanità l'adozione di ogni ulteriore provvedimento applicativo;
- di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione sul BURP.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'articolo 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



ALLEGATO A)

REVISIONE PROCEDURE DI ACCESSO, STRUMENTI OPERATIVI E PROCEDURE DI VERIFICA DELL' ATTIVITA' DI POST ACUZIE

• Autorizzazione

Si elimina il protocollo operativo di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 50-3104 del 28/05/2001 e n. 40-4704 del 03/12/2001, strumento superato dai provvedimenti successivi, disponendo nel contempo che i trasferimenti interni e tra strutture da acuzie a post acuzie e da post-acuzie ad altra post-acuzie nelle strutture private accreditate e convenzionate (ad esclusione delle strutture oggetto di programmi di sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., degli IRCCS e dei presidi ex art. 43 L. 833/1978 e s.m.i. in funzione del ruolo ad essi riservato dal D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.) debbano essere autorizzati dalla ASL competente territorialmente, ovvero l'ASL sul cui territorio insiste la casa di cura, mediante l'approvazione della Direzione Sanitaria (o struttura incaricata) della ASL competente, sulla base del PPRI, come di seguito ridefinito o altra idonea o analoga documentazione per i pazienti extraregione. In assenza di tale autorizzazione non si può procedere al trasferimento del paziente.

• Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI)

Nell'ottica della semplificazione amministrativa, si rende necessario ricondurre i PPRI e PRI alla loro valenza di strumenti di comunicazione fra i professionisti coinvolti nel percorso di cura e riabilitazione del paziente finalizzati alla definizione e scelta del regime e del trattamento riabilitativo appropriati, svincolandoli dal riconoscimento tariffario delle prestazioni erogate, dato che lo stesso dipende dalla concreta appropriatezza clinica ed organizzativa nel suo complesso, rilevabile come più sotto esplicitato.

Con riferimento alla **Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI)** si conferma che esso è il mezzo utilizzato dalla struttura inviante ed è predisposto dal fisiatra o altro specialista proponente il percorso riabilitativo, rappresentando, come espresso nella già citata nota prot. n. 36950/DA2000 del 17/11/2008, lo strumento univoco di comunicazione tra professionisti, sulla base del quale viene definito il progetto riabilitativo individuale (PRI) di cui al paragrafo seguente.

Il progetto riabilitativo individuale (PRI), redatto dal fisiatra o altro medico specialista di riferimento (sulla base della disabilità/patologia) della struttura che accoglie il paziente, deve tracciare il percorso del paziente evidenziando gli elementi clinici ed organizzativi ritenuti significativi per la definizione e scelta del setting riabilitativo appropriato.

Considerato che il "Piano di indirizzo per la riabilitazione" sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 10/02/2011 recepito dalla D.G.R. n. 42-4752 del 15.10.2012 ribadisce che il progetto riabilitativo individuale (PRI) deve essere funzionale all'appropriatezza clinica ed erogativa e deve tener conto della prognosi funzionale, del grado di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica, della possibilità del paziente di partecipare al programma riabilitativo.

Nel PRI devono essere specificati:

- modalità di presa in carico da parte della struttura
- obiettivi da raggiungere a breve termine
- obiettivi da raggiungere a medio termine
- modalità di erogazione delle singole prestazioni previste

- tempi di erogazione delle singole prestazioni previste
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi
- tempi di verifica e conclusione

Il progetto riabilitativo individuale consta di uno specifico "programma riabilitativo" che definisce:

- le aree di intervento specifiche
- gli obiettivi a breve termine
- tempi e le modalità di erogazione degli interventi
- gli operatori coinvolti
- la verifica degli interventi

Per quanto riguarda le attività di controllo da parte delle competenti strutture delle Aziende Sanitarie (Nuclei di controllo interni, Nuclei di Controlli Ricoveri Esterni, Commissioni di vigilanza), si stabilisce che la mera presenza del PPRI e PRI non sia rilevante di per sé per determinare l'appropriatezza del ricovero e ai fini del riconoscimento tariffario della prestazione.

Analogamente e per le medesime motivazioni sopradette si stabilisce che la presenza del protocollo operativo, fino ad oggi richiesta e ritenuta non più necessaria con il presente provvedimento, non sia rilevante ai fini della valorizzazione tariffaria del ricovero con decorrenza dal 1° gennaio 2016.

Con riguardo alla decorrenza delle sopracitate disposizioni si stabilisce la data del 1° gennaio 2016, considerato che non sono ancora concluse le varie fasi dell'attività di controllo previste sui ricoveri relativi al 1° semestre 2016 e al fine di uniformare le modalità di controllo per l'anno in corso, nonché in ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 208/2015 art. 1 comma 577 la quale dispone che, in materia di appropriatezza delle prestazioni, si applichino le regole stabilite dalla regione nel cui territorio è ubicata la struttura erogante, indipendentemente dalla regione di provenienza dei pazienti, attribuendo pertanto all'appropriatezza una dimensione sovra-regionale che non può porsi come limite alla mobilità attiva dei pazienti, né favorire quella passiva, soprattutto nelle AA.SS.LL. di confine.

Con riferimento all'appropriatezza della prestazione si dà indicazione, ai fini della verifica stessa, alla luce delle disposizioni nazionali e regionali sopracitate, di utilizzare gli elementi, ovunque presenti nella documentazione clinica, di seguito rappresentati:

- indicazione riabilitativa del medico specialista responsabile del progetto
- obiettivi da raggiungere a breve termine e a medio termine
- modalità di erogazione delle singole prestazioni previste
- tempi di erogazione
- misure di esito atteso.

Qualora le verifiche di cui sopra portassero ad un giudizio di inappropriata si dovranno applicare gli abbattimenti previsti dalla D.G.R. n. 35-6651 del 11.11.2013.

In aggiunta a quanto sopra, si evidenzia che l'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi sarà anche controllata mediante le informazioni inserite in specifici campi della SDO, che verranno implementati a partire dal 2017.

- **Valore soglia per ricoveri in post-acuzie provenienti dal territorio (domicilio, Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, Residenza Sanitaria Assistenziale) e non in stretta continuità con l'evento acuto**

Quale parametro di riferimento per la casistica dei pazienti provenienti dal territorio si conferma il valore soglia del 20% ricomprendendo nello stesso, a far data dal 1° gennaio 2016, anche i ricoveri di pazienti residenti in Piemonte e non residenti, provenienti da strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) e da RSA.

Al fine di ricomprendere tutti i pazienti per i quali non sia possibile attivare immediatamente una terapia riabilitativa in regime di ricovero per motivi clinici quali, a titolo esemplificativo, la concessione carico, la stabilizzazione del quadro clinico generale, si stabilisce, a modifica della DGR n. 14-6039 del 2 luglio 2013 (che prevedeva come ammissibili i ricoveri intervenuti entro 7 giorni dalla data di dimissione dal ricovero acuto), che sono da considerare ricoveri di riabilitazione (cod. 56) in stretta continuità con l'evento acuto quelli che avvengono entro 45 giorni dalla dimissione dal reparto di acuzie (e quindi vanno esclusi dal computo del 20%).

Con successivo provvedimento verranno individuati gli specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, e ciò potrà portare al superamento del criterio relativo alla percentuale massima dei ricoveri provenienti dal territorio (soglia) e relativo non riconoscimento tariffario nel caso di mancato rispetto del valore soglia di volta in volta definito dalle precedenti deliberazioni citate.

- **Trasferimenti brevi in Pronto Soccorso di pazienti ricoverati in struttura di post-acuzie pubblica o privata accreditata o equiparata**

Con D.G.R. n. 55- 6670 del 11.11.2013 è stato disposto *"di disciplinare per le Case di cura private accreditate, gli Istituti Classificati e gli IRCCS, la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso al Pronto Soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, con la finalità di assicurare al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, prevedendo che:*

- *in tali casi e per un limite temporale massimo di 48 ore, non è necessario chiudere e riaprire una nuova SDO;*
- *le giornate trascorse, anche parzialmente e fino ad un limite massimo di due, presso il Pronto Soccorso vengono remunerate al 50%;*
- *venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica, in cui dovranno essere annotate le motivazioni del ricorso al pronto soccorso e l'ora di uscita e di riammissione nell'unità operativa di provenienza;*
- *il trasporto dal e al pronto soccorso sia a carico della Casa di Cura privata accreditata, dell'Istituto Classificato, o dell'IRCCS che ha disposto il ricorso al pronto soccorso".*

Considerato che le attuali indicazioni sul trasferimento breve in PS portano a una sovrapposizione temporale tra SDO e flusso C2 (pronto soccorso) e possono dare origine a ricoveri sovrapposti, si dispone di modificare la D.G.R. sopracitata come di seguito riportato:

"di disciplinare per le strutture di post acuzie pubbliche o private accreditate o equiparate, la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso



al Pronto Soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, con la finalità di assicurare al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, prevedendo che:

- nel momento in cui la struttura invia il paziente in Pronto Soccorso deve chiudere la SDO e il ricovero, tenendo a disposizione del paziente il posto letto per 24 ore senza remunerazione ;*
- nel caso il soggiorno in PS/DEA duri meno di un giorno (un pernottamento) e il paziente possa ritornare in post acuzie, viene aperto un nuovo ricovero di prosecuzione del precedente per ultimare il ciclo riabilitativo previsto (il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati non riparte da zero);*
- venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica;*
- il trasporto dal e al Pronto Soccorso sia a carico della struttura che ha disposto il ricorso al Pronto Soccorso”.*

