

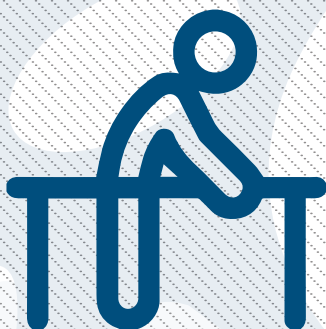


CENTRO
NEUROLESI
**BONINO
PULEJO**

IRCCS MESSINA

LA RETE
REGIONALE
PER LA
RIABILITAZIONE
PSICOMOTORIA
NELLA REGIONE
SICILIANA

L'esperienza
dell'IRCCS Bonino Pulejo



di nicolò edizioni





I QUADERNI DEL BONINO PULEJO

COLLANA

curata da
Placido Bramanti e Angelo Aliquò

7

1. DISFAGIA

Stefania Iorio - Bernardo Alagna - Placido Bramanti

2. VERTIGINI

Fabrizia Caminiti - Silvia Marino - Bernardo Alagna - Placido Bramanti

3. CAREGIVER

Cettina Allone - Francesco Corallo - Viviana Lo Buono - Rosanna Palmeri - Bernardo Alagna - Placido Bramanti

4. LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COGNITIVO GCA

Rosaria De Luca - Margherita Russo - Antonella Trinchera - Bernardo Alagna - Placido Bramanti

5. LA SPASTICITÀ

Antonino Buda - Rocco S. Calabrò - Margherita Russo - Antonella Trinchera - Bernardo Alagna - Placido Bramanti

6. PRONTO SOCCORSO

Angelo Aliquò - Bernardo Alagna - Clemente Giuffrida

7. LA RETE REGIONALE PER LA RIABILITAZIONE PSICOMOTORIA NELLA REGIONE SICILIANA

Bernardo Alagna - Angelo Aliquò - Placido Bramanti - Maria Letizia Di Liberti - Riccardo Giammanco
Giuseppe Galletta - Fiodor Bonaviri - Fabrizio Denaro - Rocco S. Calabrò - Margherita Russo - Maria Cristina De Cola

Progetto grafico:

DRTADV

Copyright

© di nicolò edizioni e IRCCS Bonino Pulejo

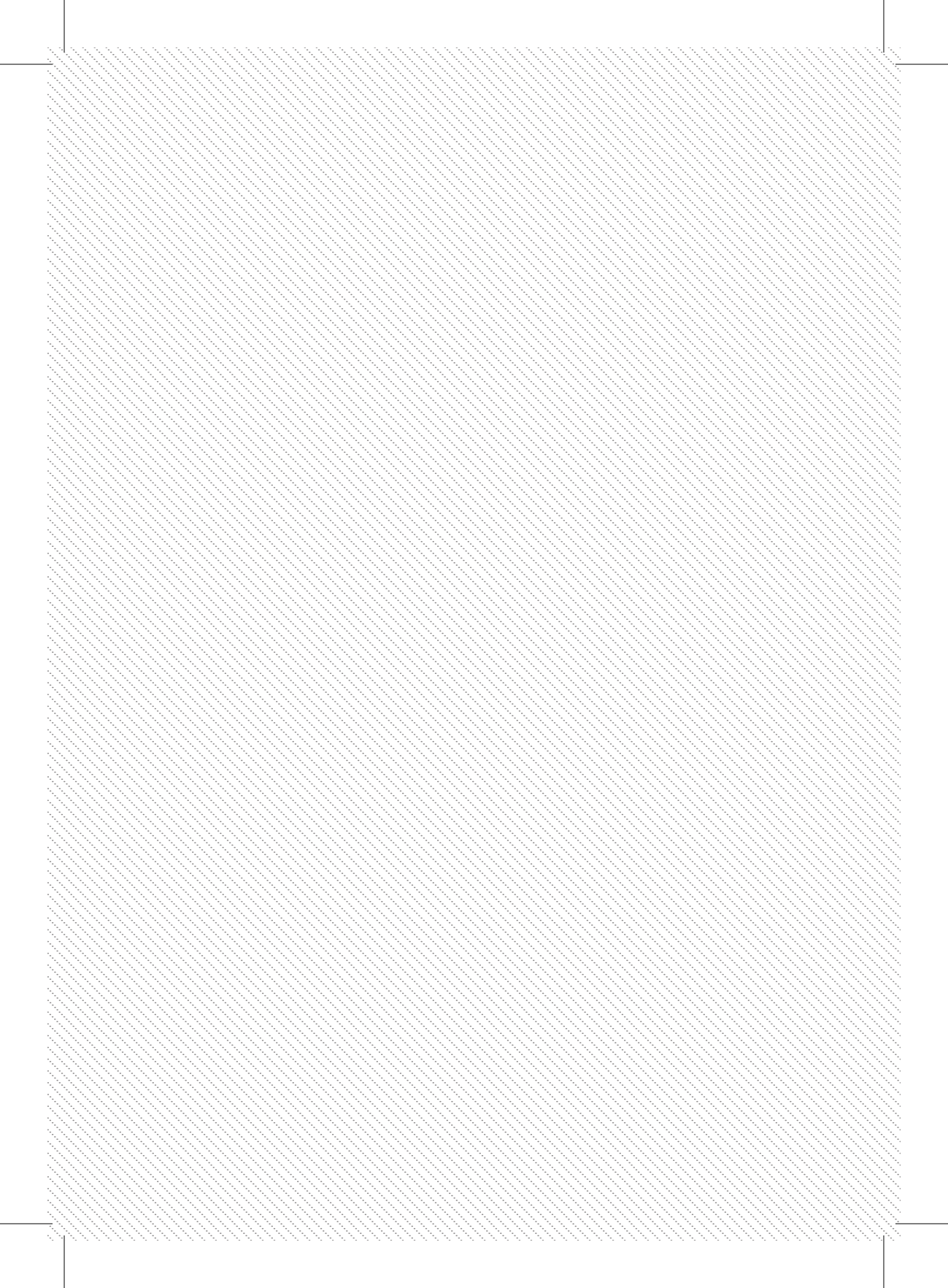
La stampa e la rilegatura sono state eseguite presso
di nicolò edizioni
polo artigianale Larderìa - capannone, 1
98129 - Messina

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma
o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro senza l'autorizzazione
dell'autore e citarne la fonte.

ISBN: 9788897855866

INDICE

INTRODUZIONE	5
IL MODELLO PROPOSTO	13
ANALISI SWOT	16
PROCESSO DI COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE	18
RISORSE STRUTTURALI NECESSARIE	21
RISORSE UMANE COINVOLTE	22
I DEVICE ROBOTICI UTILIZZATI DALL'IRCCS	25
GESTIONE DOCUMENTALE	35
UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI	36
RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	37
IL CASO DELLO SPOKE	
PRESSO IL P.O. VITTORIO EMANUELE III DI SALEMI	38
- ANALISI DI CONTESTO	
- DOMANDA E OFFERTA SANITARIA	
- ETAGLIO PER SINGOLO DRG (DIAGNOSIS RELATED GROUP)	
CONCLUSIONI	41



INTRODUZIONE

L'IRCCS "Centro Neurolesi Bonino Pulejo", è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dotato di personalità giuridica di Diritto Pubblico, con D.M. 4 Marzo 2006, e denominato Istituto "Centro Neurolesi Bonino Pulejo" con D.M. del 4 Aprile 2006, ed è tuttora confermato in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali. L'Istituto costituisce Ente a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n.18 del 4 dicembre 2008 in attuazione del D.lgs. di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie. Come previsto nel D.lgs. 288/2003 l'attività di ricerca e assistenza rappresentano due elementi essenziali ed inscindibili tra i quali intercorre un rapporto di equivalenza qualitativa e di reciproca strumentalità. Principio confermato dal Consiglio di Stato, sezione I, 25 settembre 2002, n. 1541. In particolare, l'Istituto pianifica l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, S.M.I., art. 1-8 D.lgs. 16 ottobre 288/2003 e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, con l'Università, con istituti di riabilitazione, etc., avvalendosi in particolare delle Reti di cui all'articolo

43 della legge 3 del 16 gennaio 2003, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate. In linea con le strategie delineate a livello nazionale e regionale, l'Istituto si impegna anche ad una valutazione delle ricadute cliniche della ricerca sviluppata e ad individuare indicatori di outcome e metodologie di misurazione dei risultati conseguiti a distanza di tempo, derivanti dall'applicazione di metodiche innovative in campo clinico. Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, per come delineato dalla legge regionale del 14 aprile 2009 n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale", nonché nei successivi atti della Regione Siciliana riguardanti l'organizzazione sanitaria fra i quali il Piano Sanitario Regionale "Piano della salute 2011-2013", il "Piano della Riabilitazione della Regione Sicilia 2012", i Decreti dell'Assessorato della Salute sul "Riordino, Rifunzionalizzazione e Riconversione della rete ospedaliera e territoriale" e le "Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale", l'Istituto assicura l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali. L'Istituto è orientato sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione

ed applicazione di modelli ed apposite procedure volte al miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, integrando tutte le attività con la ricerca effettuata all'interno dell'Istituto. Il Piano della salute 2011-2013 definisce la riabilitazione come un processo di sviluppo della persona finalizzato alla realizzazione dell'intero potenziale fisico, psicologico, sociale, professionale, occupazionale ed educativo compatibile con le limitazioni delle funzioni e strutture corporee ed ambientali. La riabilitazione deve seguire il paradigma dell'empowerment della persona disabile superando l'approccio riduttivo del recupero funzionale d'organo. Il Piano della Salute intende promuovere il superamento delle condizioni discriminanti contemporaneamente alla diffusione di condizioni di vita idonee a favorire un reale livello di autonomia, sia sul piano delle relazioni sociali che rispetto alle scelte individuali. Pertanto vuole realizzare il:

- rafforzamento della rete dei servizi di riabilitazione estensiva, attraverso la riqualificazione ed il potenziamento delle strutture esistenti e la loro riorganizzazione territoriale;
- potenziamento delle strutture pubbliche e private, già presenti sul territorio regionale, dotate di cultura e tecnologia riabilitativa globale intensiva riconosciuta;
- definizione di protocolli operativi volti a garantire continuità assistenziale nelle varie fasi del percorso riabilitativo, con individuazione delle responsabilità della presa in carico.

Il Piano della Salute stabilisce che la struttura riabilitativa deve predisporre la compilazione e conservazione di una "cartella" da cui risultino: le generalità dell'assistito, la

diagnosi clinica, il profilo funzionale rilevato, il progetto clinico riabilitativo individuale, la tipologia e la frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici praticati nel corso del trattamento (ivi comprese le valutazioni psicologiche, pedagogiche e sociali), le informazioni di carattere anamnestico e/o clinico, ritenute rilevanti ai fini di una corretta impostazione del trattamento riabilitativo, nonché le valutazioni finali relative agli esiti. Nella cartella risulteranno di conseguenza i contributi plurispecialistici e multidisciplinari dei singoli professionisti, per uanto di rispettiva competenza, di cui viene assunta personale responsabilità, formale e sostanziale. La cartella clinica costituirà inoltre un indispensabile strumento al fine di procedere ad una adeguata valutazione del percorso terapeutico-riabilitativo individuale. Pertanto il trattamento riabilitativo che deve essere assicurato si caratterizza nell'approccio omnicomprensivo in quanto si avvale di tutte le tipologie di interventi specialistici riabilitativi (rieducazione motoria, neuropsicologica, logopedica, psicomototoria, occupazionale, ortottica, podologica ecc.), realizzati all'interno dei programmi riabilitativi specifici, con l'apporto delle varie professionalità esistenti all'interno dell'equipe della struttura, in funzione del progetto riabilitativo individuale. Nell'ambito della definizione della rete regionale della riabilitazione, si dovrà tenere conto della necessità di assicurare il collegamento con le rianimazioni e con i trauma center, in modo da garantire ai pazienti la continuità assistenziale. Per le malattie neurologiche croniche più frequenti che pongono problematiche rilevanti di tipo socio-sanitario, sia per quanto riguarda l'assistenza a chi ne è affetto sia

per il sostegno necessario alle famiglie dei pazienti, il Piano della Salute ritiene necessario la creazione di reti assistenziali per patologia da sviluppare in precisi ambiti territoriali, in cui si possa creare una forte interazione tra soggetti differenti pubblici e privati al fine di assicurare:

- un'assistenza che risponda a criteri di qualità e competenza;
- una presa in carico globale del paziente con continuità assistenziale in ogni fase di malattia;
- un sostegno reale alle famiglie per quanto riguarda gli aspetti gestionali e amministrativi.

Il Piano della Riabilitazione, in linea con il Piano della Salute 2011-2013, prevede la costruzione di reti riabilitative integrate attraverso il modello "Hub&Spoke" stabilendo, come obiettivo prioritario, la forte integrazione fra i nodi della rete per garantire lo sviluppo di percorsi assistenziali riabilitativi appropriati ospedale-territorio. Le attività riabilitative devono essere registrate in una cartella clinica dove si annotano le variazioni rilevate nel compimento del PRI (Piano Riabilitativo Individuale), articolato nei diversi programmi riabilitativi.

Il Piano della Riabilitazione dà molta importanza alla ricerca in riabilitazione multidisciplinare che si prefigge l'obiettivo di:

- identificare validati protocolli di inserimento/reinserimento nel proprio ambito familiare, sociale e lavorativo;
- elaborare nuovi modelli organizzativi per l'integrazione

delle diverse risorse (interne ed esterne al Sistema Sanitario, pubbliche e private), per garantire l'efficienza dell'intero sistema;

- identificare e validare criteri di appropriatezza nei percorsi riabilitativi ed indicatori di efficacia ed efficienza del processo;

- sviluppare una metodologia di analisi e di controllo di gestione capaci di definire, nel percorso riabilitativo unico, i diversi centri di costo, monitorare la spesa e rendere il sistema più efficiente ed efficace;

- sviluppare nuove tecnologie nel campo della robotica, della tele-riabilitazione, della realtà virtuale adatte all'uso per persone disabili, nonché sviluppare la ricerca nel campo delle neuroscienze e della intelligenza artificiale applicata alla riabilitazione.

Questo Istituto, coerentemente nell'ambito dell'attività di ricerca nazionale e nell'ambito del “Piano della Riabilitazione della Regione Sicilia 2012”, ha avviato una serie di studi in cui è emerso un incremento di pazienti con profili clinici complessi dominati da severe alterazioni dello stato di coscienza e bassa responsività che includono lo stato vegetativo e lo stato di minima coscienza conseguenti a gravi cerebro lesioni acquisite di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva. La disabilità residua di un paziente con gravi cerebro lesioni acquisite (GCA) dipende non solo dal danno primario ma anche dalla catena di eventi che possono intervenire dalla fase dell'acuzie in avanti, come conseguenza di una mancata prevenzione e/o cura anche di patologie intercorrenti. Il trattamento assistenziale e riabilitativo degli stati vege-

tativi (CV) e degli stati di minima coscienza (SMC) rappresenta per la Regione Siciliana una problematica di grande rilevanza sanitaria e sociale, quindi ad elevato impatto socio-sanitario e familiare per la crescente incidenza del numero dei casi (con incremento di quadri clinici complessi) che necessitano di una multi e interdisciplinare organizzazione al fine di soddisfare specifici bisogni assistenziali. L'attuale sistema regionale riabilitativo e socio-sanitario non è riuscito a sviluppare, in maniera soddisfacente, la riabilitazione ad alta specialità in età adulta ed evolutiva, una rete riabilitativa ospedale-territorio con coordinamento della continuità del percorso terapeutico del paziente, garanzia del passaggio a setting di cure a minore impegno al mutare delle condizioni di complessità, mancando il raggiungimento dell'obiettivo posto dalla programmazione regionale di un appropriato utilizzo dei diversi setting assistenziali per la riabilitazione. L'attuale offerta dei servizi di riabilitazione per i reparti di dimissione 56, 75 e 28 (omnicomprensivi dei DRG afferenti alla MDC1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso) è piuttosto carente, se non addirittura assente in alcune aree del territorio siciliano. I presidi che nel 2014 hanno soddisfatto la domanda relativa ai ricoveri di neuro-riabilitazione (cod. 75) sono quelli dislocati per lo più nelle provincie di Messina, Enna, Agrigento e Palermo (Figura 1).

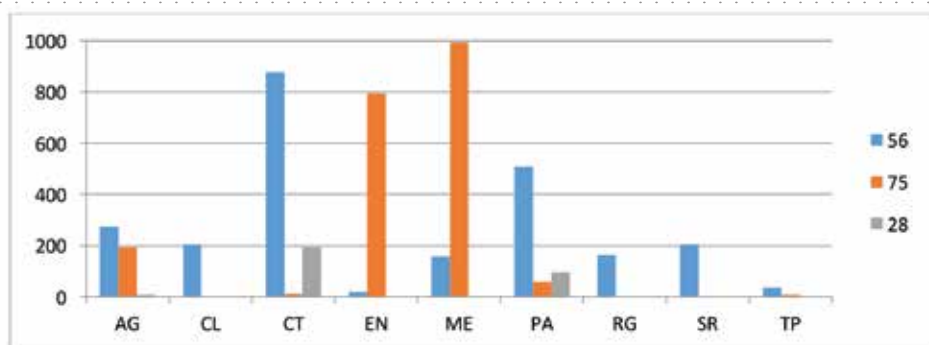


Figura 1: Numero di ricoveri nelle provincie siciliane per i cod. 56,75,28 (dati PROD, Regione Siciliana, Assessorato della Salute, anno 2014).

Dall'analisi dei dati sulla mobilità passiva extra-regionale emerge però che il 16.3% circa degli assistiti siciliani è ricorso ai servizi sanitari per codici 56, 75 e 28 offerti da un'altra regione Italiana (di cui il 78% corrisponde alla domanda del solo codice 75) comportando un costo a carico del SSR pari a 10.262.814€ (Figura 2). La Regione che ha attirato a sé il maggior numero di assistiti è stata la Lombardia, a seguire il Lazio e l'Emilia Romagna. La provincia nella quale si registrano i maggior numeri migratori verso le regioni del Nord è Catania con 191 ricoveri ed un costo complessivo di 2.768.161 €; a seguire Palermo con 180 ricoveri e 1.796.186 €; Messina con 136 Ricoveri e 1.166.725 €, Trapani con 11 Ricoveri e 1.425.764 €, Siracusa con 84 Ricoveri e 817.181 €, Agrigento con 75 Ricoveri e 965.037€; Caltanissetta con 73 Ricoveri ed un importo pari 549.173€.

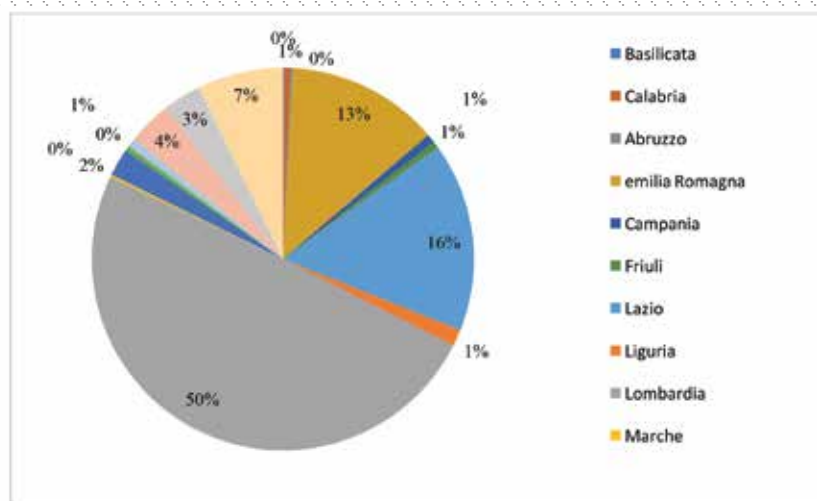


Figura 2. Mobilità passiva extra-regione per i cod. 56,75,28_dati PROD; Regione Siciliana, Assessorato della Salute, anno 2014.

Questo IRCCS, grazie a degli accordi con le ASP competenti per territorio, sta gestendo i posti letto previsti dalla Rete della Riabilitazione, attraverso il proprio

know-how e le attrezzature ad alta tecnologia necessarie per fornire prestazioni sanitarie riabilitative di elevata qualità ed efficacia, utilizzando la logica del metodo “Hub & Spoke”.

IL MODELLO PROPOSTO

Il modello di sviluppo proposto dall'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo all'Assessorato della Salute della Regione Siciliana è stato quello di una sorta di “affiliazione gestionale”, concretizzatosi con una proposta di collaborazione da sviluppare attraverso la stipula di una convenzione, fra il medesimo Istituto e altre aziende sanitarie pubbliche (giuridicamente e economicamente indipendenti), in base al quale l'IRCCS concede la disponibilità all'altra azienda, verso corrispettivo concordato, della proprietà organizzativa e intellettuale, relativamente a denominazione, modelli gestionali, know-how, assistenza o consulenza tecnica e, inserendo l'affiliato in un sistema costituito da una pluralità di più affiliati distribuiti sul territorio, allo scopo di erogare prestazioni sanitarie riabilitative di elevata qualità ed efficacia.

Il principale vantaggio possibile di questo modello consiste nel consentire al sistema sanitario regionale di avere una crescita esponenzialmente più rapida del servizio di riabilitazione di altissimo livello e legato alle attività di ricerca scientifica, rispetto ad una riabilitazione tradizionale carente o del tutto assente in alcune aree territoriali.

Pertanto l'IRCCS Centro Neurolesi, rilevato le carenze del sistema della riabilitazione ad alta specialità in età adulta ed evolutiva nella Regione Siciliana, ha avviato un dialogo con le Direzioni Generali delle A.S.P della Regione per la realizzazione del progetto.

La fase successiva è stata la costituzione di un gruppo di

lavoro multi professionale per la realizzazione delle proposte di affiliazione gestionale con le AASSPP di Trapani, Palermo, Siracusa, Caltanissetta, Catania e Ragusa e con la presenza dell'Assessorato della Salute.

Le proposte di affiliazione gestionale hanno analizzato il contesto territoriale di riferimento delle ASP, descrivono i posti letto da attivare, le attività sanitarie-riabilitative che si svolgeranno,, i device robotici impiegati, le attività formative previste e la gestione delle informazioni e della cartella clinica.

I progetti si sono concretizzati attraverso la successiva stipula di una convenzione fra l'Istituto e le ASP interessate, in base alla quale l'IRCCS ha concesso la disponibilità, all'altra parte, della proprietà organizzativa e intellettuale, relativamente a denominazione, modelli gestionali, know-how.

Il progetto, composto dalle convenzioni, dalle proposte di affiliazione e gli allegati tecnici è stato inviato al Ministero della Salute e all'Assessorato della Salute Regionale, con una lettera di accompagnamento in cui viene illustrato la possibilità, per il sistema regionale, di una crescita molto rapida del servizio di riabilitazione di altissimo livello, peraltro legato alle attività di ricerca scientifica, rispetto ad una riabilitazione tradizionale carente o del tutto assente in alcune aree regionali.

Nella lettera, in armonia con le attività proprie e normativamente sancite per gli Istituti di Ricovero e Cura, e coerentemente con il PSR (2011-2013), con il Piano della Riabilitazione della Regione Siciliana 2012, con la Rete Ospedaliera, è stato sottolineato come e questo sistema di collaborazione permetterebbe di decentrare i servizi secondo il metodo dell'Hub & Spoke e ripartire gli

oneri finanziari e organizzativi sulle aziende affiliate, che avranno, come obiettivo principale l'erogazione di servizi riabilitativi di eccellenza ed il conseguente contributo al riallineamento della spesa regionale derivante dalla minore migrazione sanitaria extra-regionale.

Il ministero della Salute, con il Dipartimento Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità, da parere favorevole all'istituzione delle sedi satelliti, riconoscendo *“come elemento fondamentale della mission dell'IRCCS quello di costituire un centro di riferimento per le specifiche patologie secondo il modello Hub-Spoke, oltre che a potenziare la capacità di ricerca dell'Istituto.”*

L'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha infine reso parere favorevole alla costituzione della Rete Regionale per la Riabilitazione Psicomotoria”, vedendone *“le importanti ricadute nel territorio regionale in termini di aumento delle qualità erogate e riduzione della mobilità passiva extraregionale”*

Vi sono presupposti indispensabili affinché il rapporto sia solido e proficuo, in primis, la volontà delle parti (affiliante e affiliato) a collaborare, e l'accettazione di un diritto reciproco di comunicazione trasparente.

PUNTI DI FORZA

Dal punto di vista dell'Affiliante:

- a.i. Rapida crescita della struttura (maggior numero di posti letto e maggiore attività di ricerca);
- a.ii. Riduzione degli investimenti strutturali a fronte di un maggior numero di posti letto;
- a.iii. Semplicità di gestione del personale in capo all'affiliato;
- a.iv. Eliminazione del cosiddetto "rischio di impresa";
- a.v. Possibilità di assorbire parte della mobilità passiva intra ed extra regionale;
- a.vi. Migliorare l'umanizzazione e la continuità del percorso di cura;
- a.vii. Disporre di campioni di elevata numerosità, utilizzando database comuni, qualitativamente più rappresentativi per la ricerca.

Dal punto di vista dell'affiliato:

- a.viii. Trasparenza nelle procedure di investimento;
- a.ix. Fornitura di dispositivi tecnologici all'avanguardia al fine di erogare prestazioni di alta qualità;
- a.x. Sistema informatico integrato utile alla regolarizzazione dei flussi di attività;
- a.xi. Utilizzo del Know-How dell'affiliante;
- a.xii. Erogazione di servizi d'assistenza tecnica ai dispositivi elettromedicali ed informatici;

- a.xiii. Maggiore visibilità acquisita dalla procedura di comunicazione implementata dall'affiliante;
- a.xiv. Erogazione di servizi di formazione iniziale ed aggiornamenti professionali.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Dal punto di vista dell’Affiliante:

- i. Possibilità di incompleto raggiungimento degli obiettivi di progetto;

Dal punto di vista dell’affiliato:

- ii. Rigidità del rapporto di convenzione;
- iii. Pagamento di percentuale sulle tariffe delle prestazioni erogate;
- iv. Bisogno di spazi adeguati per collocare le risorse strumentali necessarie.

Dalla valutazione dell’analisi si evince, per l’affiliato un risparmio nell’investimento ed un supporto tecnico nell’erogazione del servizio; per l’affiliante una maggiore capillarità ed una produzione scientifica più intensiva.

La salute è un diritto fondamentale della persona ed un'azienda sanitaria pubblica ha il dovere di garantirlo anche attraverso la comunicazione e l'informazione che fanno parte a pieno titolo dell'attività quotidiana di un'azienda sanitaria e hanno evidenti ripercussioni sulle scelte e sul livello di fiducia nelle Istituzioni.



La comunicazione persegue due obiettivi conseguenti tra loro:

il primo è la conoscenza dell'esistenza di un servizio disposto al cittadino. Per questo l'IRCCS predisporrà un piano di comunicazione, oltre che come strumento, come processo organizzativo articolato in tre fasi distinte: a) la pianificazione e redazione (fase in cui si arriva alla stesura del piano); b) l'implementazione (fase della concreta realizzazione e gestione dello stesso); c) la valutazione (fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'Istituto e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati).

il secondo è la decisione di fruirne in quanto funzionale alla soddisfazione del proprio diritto alla salute. A tal fine, l'IRCCS promuove, nella procedura di comunicazione, le modalità di accesso al servizio per facilitare l'attivazione dello stesso da parte del fruitore.

L'informazione è volta all'elaborazione, l'organizzazione e la trasmissione dei dati per favorire la conoscenza di notizie in tema sanitario, a tutela del diritto del cittadino all'informazione sanitaria e alla salute. A tal fine, l'IRCCS raccoglie ed elabora i dati del sistema informativo, promuove l'attività di audit all'interno dell'affiliato e svolge attività di ricerca ai fini della conferma della validità degli interventi individuati, per migliorare la risposta riabilitativa.

Attraverso un adeguato sistema di comunicazione e informazione si cerca di consentire una corretta conoscenza delle attività e delle strutture organizzative, orientare la domanda verso livelli maggiori di appropriatezza, rilevare i bisogni per migliorare gli interventi e la soddisfazione, in ottica di maggiore qualità complessiva dei servizi.

Il percorso proposto deve servire da impulso per una nuova fase organizzativa e di rilancio della struttura deputata all'ascolto, al contatto, all'assistenza ed alla comunicazione con i cittadini affinché si possano realizzare gli obiettivi di un servizio sanitario di qualità più vicino ai bisogni reali. Parimenti, una qualificata ed adeguata informazione è veicolo fondamentale per la fruizione di un servizio sanitario che viene progettato per il bisogno di cura del paziente al quale viene offerto anche il necessario supporto psicologico volto al suo

incoraggiamento e sostegno esteso, al bisogno, alla famiglia di riferimento. La risultanza del processo descritto è volta alla piena fidelizzazione del paziente che trova, nella complessità del servizio, un valido strumento di supporto e di assistenza.

Per poter erogare i servizi di terapia riabilitativa attraverso l'ausilio di presidi tradizionali e robotizzati, è necessario che l'affiliato disponga di spazi adeguati dove poter collocare gli strumenti di riabilitazione che l'affiliante gli fornirà in dotazione. Il presidio deve poter accogliere una palestra di neuro riabilitazione robotizzata, ed una palestra tradizionale nonché una stanza per il recupero psico-cognitivo ed il reinserimento sociale.

n.	FUNZIONE	mq
1	PALESTRA NEURORIABILITAZIONE ROBOTIZZATA	≥ 50
1	PALESTRA TRADIZIONALE	≥ 90
1	SETTING DI ATTIVITÀ LOGOPEDICA	≥ 16
1	SETTING DI ATTIVITÀ PSICO-COGNITIVA	≥ 16
1	SETTING DI ATTIVITÀ DI REINserIMENTO SOCIO.LAVORATIVO	≥ 16
	TOTALE	≥ 188

Nel rispetto dei principi sanciti dalla convenzione internazionale delle persone con disabilità e delle più avvedute ricerche scientifiche dell'Organizzazione mondiale della sanità, il "Piano della Riabilitazione", di cui al D.A. del 30/10/2012, prevede che la nuova programmazione sanitaria regionale si ponga in linea con il Piano Sanitario Nazionale, adottando il nuovo modello di classificazione della ICF-WHO. Questa nuova impostazione, nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatorio dell'ambiente, stravolge quindi i principi a cui ispirarsi per le scelte organizzative e di contesto.

Il Piano della Riabilitazione stabilisce che il team della riabilitazione, di cui il responsabile è il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare. Nell'esercizio delle sue attività, il team deve garantire una precisa differenziazione di competenze rispetto alle professionalità, nello sviluppo del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Tale impostazione richiede pertanto una elevata differenziazione di ruoli e competenze, affiancata da un monitoraggio costante che verifichi l'efficacia dell'integrazione degli interventi previsti nel PRI. Ogni intervento dovrà mirare a garantire la continuità assistenziale, l'organica assicurazione della riabilitazione nel circuito "prevenzione, cura, riabilitazione", l'efficacia della presa in carico, articolando nei livelli di intensità del processo in relazione alla natura dei bisogni.

Le Linee Guida Assessoriali dettate dal Piano della Riabilitazione prevedono che il team riabilitativo sia composto da professionisti specificatamente addestrati, qualificati e numericamente adeguati, che possono essere ricompresi nelle differenti specificità in base al percorso formativo:

1) professionisti sanitari medici: medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, medici specialisti in branche equipollenti o affini, neurologi, cardiologi, ortopedici, o neuropsichiatri infantili, pneumologi, otorinolaringoiatri, oculisti;

2) professionisti sanitari dell'area della riabilitazione: fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità della età evolutiva, terapisti occupazionali, ortottisti;

3) psicologo clinico, assistente sociale, neuropsicologi, tecnico di neurofisiologia;

4) personale con specifica formazione riabilitativa in ambito sociale, socio-sanitario e assistenziale, di animazione e di sostegno, idrokinesiterapia.

In coerenza con quanto sopra esposto, è stata svolta un'analisi sulla dotazione organica necessaria a garantire gli standard medi assistenziali per tipologia di paziente, richiesti dal Piano della Riabilitazione, espressi in minuti-pro die-paziente (M/P/D). Dallo sviluppo di questi indicatori emerge il fabbisogno di risorse umane per singola tipologia di paziente per un reparto costituito da 36 Posti Letto (PL) secondo il seguente Schema:

GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE	
Assistenza infermieristica	480 M/P/D
Assistenza riabilitativa	240 M/P/D
R.U. per 24 PL	
ASSISTENZA SANITARIA 32	ASSISTENZA RIABILITATIVA 16
SUAP	
Assistenza infermieristica	312 M/P/D
Assistenza riabilitativa	40 M/P/D
R.U. per 12 PL	
ASSISTENZA SANITARIA 10	ASSISTENZA RIABILITATIVA 3

L'applicazione pedissequa degli indicatori previsti dal Piano della Riabilitazione definirebbe pertanto un organico per 24 posti letto GCA e 12 posti letto SUAP costituito da 19 figure di operatori addetti all'assistenza riabilitativa e 42 operatori addetti all'assistenza infermieristica. E' opportuno precisare che nella prima categoria professionale rientrano fisioterapisti, logopedisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici di neurofisiopatologia, terapeuti occupazionali; nella seconda tipologia, invece, sono da prevedere in termini professionali, ausiliari specializzati e operatori socio sanitari. Il team della riabilitazione dovrà infine essere completato prevedendo la figura dell'assistente sociale e dei medici, tra i quali dovranno figurare neurologi e fisiatri.

Tuttavia, data la turnistica di reparto nell'arco delle 24h di assistenza giornaliera (onnicomprensiva di riposi, smonti, turni notturni, e del resto delle previsioni contrattuali), il numero del personale organico è stato adeguatamente riproporzionato anche considerando che, parte dei trattamenti riabilitativi previsti sono resi attraverso l'ausilio della strumentazione robotica in dotazione.

Ai costi del personale devono infine essere sommati gli ulteriori costi diretti ed indiretti di gestione. A tale struttura dei costi si potrà far fronte con una ipotesi di ricavi totali complessivi annui pari ad ML € 3.556,00 ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto superiore al 90%.

AMADEO



Robot per la terapia delle dita della mano.

Dispositivo robotico per la riabilitazione delle dita della mano. Le dita del paziente sono collegate al sistema Amadeo attraverso magneti collegati alla punta delle dita. Il dispositivo robotico indossabile ha lo scopo di aiutare i pazienti colpiti da impossibilità di movimento dell'estremità dell'articolazione superiore, per qualche causa, ad imparare nuovamente a muovere l'arto colpito. Il campo d'uso parte con la fase acuta iniziale, nella quale si può optare per una terapia di movimento passivo (CPM) della mano allenata fino ad arrivare ad un controllo del movimento attivo del paziente assistito da robot con Biofeedback integrato. Il programma CPM permette la simulazione del movimento fisiologico della presa e di altri movimenti caratteristici delle dita. Oltre la forza isometrica di ciascun dito, il sistema calcola e registra anche la forza misurata durante ogni tipo di ripetizione del movimento (flessione ed \ estensione).

ARMEO POWER



Esoscheletro arti superiori.

L'Armeo Power è stato progettato per i pazienti con severi deficit di movimento non ancora in grado di produrre attivazione volontaria dell'arto superiore. L'esoscheletro motorizzato assiste il paziente in un ampio ambiente di lavoro in 2D o 3D promuovendo il movimento e valutando i torque e gli angoli per spalla-flessione/estensione, abduzione/adduzione, rotazione interna/esterna, gomito-flessione/estensione, avambraccio-prono/supinazione, polso-flessione/estensione e mano-presa. Ergonomico nella vestibilità e veloce nell'alternare la posizione destra e sinistra durante la terapia. I dati registrati possono essere utilizzati per comparazioni, statistiche, ecc.

La tecnologia è composta da un'ortesi robotizzata per l'arto superiore, 6 attuatori motorizzati con meccanismo integrato di compensazione del peso, un'impugnatura con sensore di pressione per esercizi funzionali di presa, e una libreria software con esercizi funzionali per motivare l'interazione del paziente e valutare il progresso della terapia.

ERIGO pro FES



Tilt Table a regolazione continua con lo stepper robotizzato e stimolazione elettrica funzionale per una terapia precoce e intensiva.

Verticalizza e mobilizza per accelerare il recupero e minimizzare le complicanze. La propriocezione della caviglia migliora lo stimolo cognitivo. Un singolo terapeuta può gestire la precoce verticalizzazione e la mobilizzazione intensiva con un carico e scarico ciclico degli arti inferiori fin dalle fasi precoci di riabilitazione. ERIGO pro FES. La FES, Functional Electrical Stimulation, integrata potenzia gli effetti della verticalizzazione precoce sul sistema cardiovascolare. Sui due lati inferiori dell'Erigo Pro sono alloggiati due stazioni di 4 canali ciascuna di erogazione FES triggerata ed erogata a seconda del movimento di ogni singolo arto.

LOKOMAT PRO



Il lokomat rappresenta un sistema di rieducazione al cammino tecnologicamente avanzato per la riabilitazione degli arti inferiori a seguito di gravi cerebrolesioni acquisite. Un robot ad alta tecnologia “abbraccia” in una posizione confortevole i pazienti aiutandoli a camminare su un nastro trasportatore in movimento. Si tratta cioè di un’ortesi di deambulazione a funzionamento elettrico che assiste, mediante un sofisticato sistema robotizzato, il movimento degli arti inferiori nel cammino, permettendo di aumentare notevolmente la potenzialità della riabilitazione neuromotoria anche nei soggetti più gravi. Il dispositivo è dotato inoltre di un particolare sostegno robotizzato pensato appositamente per i bambini, permettendo così una rapida riabilitazione neuromotoria stimolata dalla realtà virtuale di cui è dotato il dispositivo.

CICLO FES PEGASO



Pegaso Clinic

Studiato per un uso professionale, il Pegaso Clinic è un ciclo armo-ergometro motorizzato con FES, utilizzabile sia per la riabilitazione degli arti superiori che di quelli inferiori. Per adeguarsi allo stato neuro motorio del paziente, Pegaso Clinic può essere utilizzato: con il motore in aiuto o in resistenza, con o senza FES, dalla specifica seduta o dalla sedia a rotelle. Pegaso Clinic presenta tutte le caratteristiche utili ad individuare la terapia più adatta a ciascun paziente: ha il raggio di pedalata variabile, la regolazione dell'altezza dei pedali e la rotazione dei manipoli in parallelo, è inoltre è possibile impostare durata della sessione, coppia resistiva, durata della fase di riscaldamento, della fase attiva e del defaticamento, velocità in ogni fase, ampiezza e durata dell'impulso di stimolazione.

VITALISM

Intellect VitalStim offre sette serie di parametri specifici per soddisfare le esigenze dei medici e dei logopedisti che curano la disfagia. Ciascuna serie di parametri contiene spiegazioni grafiche e di testo del posizionamento dei diversi elettrodi, insieme a una descrizione dettagliata della forma d'onda VitalStim. Il dispositivo consente al medico di modificare determinati parametri come il tempo di trattamento, l'intensità e la durata della fase in base alle esigenze di trattamento dei diversi pazienti disfagici. Con quattro canali di stimolazione a disposizione, il medico può fornire contemporaneamente la terapia su entrambi i lati del viso e sulla parte anteriore del collo. Anche condizioni difficili come cicatrici, fragilità e affaticamento del paziente ora sono più facilmente gestibili grazie a questa tecnologia



DYNAMICS



Dynamics generatore di ultrasuoni

Dynamix è un apparecchio elettromedicale che consente un trattamento all'avanguardia e globale. Tale apparecchiatura infatti trova applicazione in fisioterapia e medicina dello sport, neuroterapia dinamica, fisioterapia estetica-riabilitativa e medicina estetica. Questo dispositivo permette una diatermia meccanica, trattamento non invasivo generato attraverso l'emissione di ultrasuoni. Gli effetti terapeutici riconosciuti sono analgesico, effetto trofico e azione fibrolitica. Inoltre il dispositivo permette di effettuare diatermia meccanica risultando quindi essere un utile ausilio in campo medico estetico, dermatologico, flebologico, fisioterapico e medicina dello sport. Questo dispositivo è stato anche implementato per permettere una diatermia elettromagnetica, trattamento non invasivo che utilizza il principio fisico del campo magnetico e clinicamente utilizzabile in tre forme: azione analgesica, azione decontratturante,

azione stimolante il metabolismo tessutale. In ultima analisi il Dynamix permette la generazione di microcorrenti, le quali hanno una vasta gamma di applicazioni in campo medico e nella riabilitazione neuromuscolare. Le principali indicazioni cliniche delle microcorrenti Dynamix riguardano soprattutto il trattamento dei disturbi dolorosi neuropatici. Gli effetti terapeutici riconosciuti sono analgesia localizzata, liberazione di endorfine e neuropeptidi e iperemia localizzata.

VRRS **VIRTUAL REALITY REHABILITATION SYSTEM**



VRRS è stato progettato per porre il paziente nelle condizioni di produrre verso il proprio Sistema Nervoso Centrale il feedback aumentato (augmented feedback) attraverso esercizi effettuati in ambiente virtuale che consentono di sviluppare la consapevolezza dei risultati dei movimenti effettuati (knowledge of results) e la consapevolezza della qualità dei movimenti effettuati (knowledge of results) e la consapevolezza della qualità ei movimenti stessi (knowledge of performance).

La metodica VRRS è basata sulle informazioni per il sistema nervoso centrale quali l'evidenza dei risultati "knowledge of results" e la conoscenza della performance "knowledge of performance". Tecnicamente VRRS genera un debole campo magnetico coerente al cui interno vengono riconosciute in tempo reale la posizione e l'inclinazione di piccoli sensori di posizione 3D passivi wireless, completamente innocui. Tali sensori, applicati alla parte interessata del paziente, oppure a degli oggetti di uso quotidiano, consentono di riprodurre in tempo reale con estrema credibilità, all'interno di avanzati scenari virtuali, i movimenti effettuati dal paziente, al quale si chiede di imitare il movimento ideale pre-registrato dal terapeuta e visualizzato sul monitor LCD touch screen di fronte al quale il paziente è posto. In tal modo il paziente è in grado di attivare dei feedback di tipo, ad esempio, visivo ed acustico che associati al principio dell'immaginazione motoria svolgono, appunto, la funzione di promuovere nel sistema nervoso centrale l'apprendimento motorio. I sensori possono riprodurre oggetti, singoli segmenti, oppure l'intero corpo del paziente, consentendo i più vari approcci riabilitativi, inclusi quelli maggiormente complessi quali il cammino, l'equilibrio, il compenso, nonché le problematiche di ordine cognitivo; una particolare applicazione consente anche l'analisi della mobilità delle vertebre. VRRS viene utilizzato anche in modalità tele-riabilitazione rappresentando un'autentica innovazione clinica e tecnologica mondiale. Grazie ad un modulo di audio - videoconferenza configurato per effettuare un collegamento automatico in canale protetto (VPN) verso la clinica o il centro di riabilitazione, VRRS è l'unica apparecchiatura al mondo in grado di consentire la tele riabilitazione

motoria. Il terapeuta è in grado di gestire completamente il sistema da remoto, esattamente come se l'apparecchiatura fosse in locale interagendo in tempo reale con il paziente, tramite il sistema integrato di video conferenza bidirezionale con telecamera a brandeggio e zoom di cui è dotato il VRRS.

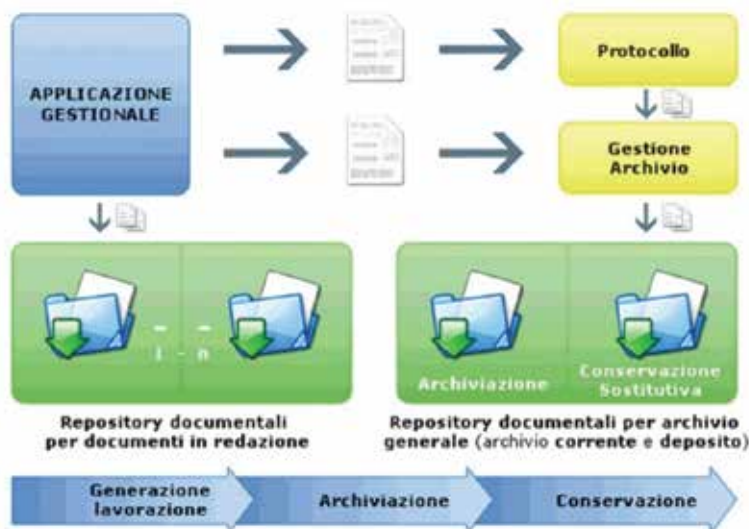
ERICA



Software Riabilitazione Cognitiva.

ERICA è una collana di esercizi informatizzati per la riabilitazione cognitiva.

Gli esercizi, sviluppati in riferimento ad avanzati modelli cognitivi, sono software dedicati alla riabilitazione di abilità specifiche - Attenzione, Cognizione Spaziale, Memoria, Funzioni Esecutive Verbali, Funzioni Esecutive Non verbali - in pazienti adulti con deficit neuropsicologici conseguenti a lesione cerebrale, disturbi evolutivi, patologie degenerative e patologie psichiatriche. Il progetto ERICA si basa sul presupposto che l'esercizio debba essere sempre calibrato sulle difficoltà specifiche di ogni paziente e debba consentire livelli di attività e di complessità crescente. Tutti gli esercizi della collana permettono al riabilitatore di variare molteplici parametri per poter adeguare ogni seduta ai minimi miglioramenti del paziente pur mantenendo costante il livello di lavoro stabilito.



Lo scopo della fase è quello di descrivere la responsabilità e la modalità per redazione, convalida, approvazione, distribuzione, modifica ed archiviazione dei documenti, con lo scopo di assicurarne una corretta gestione ed un adeguato controllo.

In questa ottica è necessario individuare il campo di applicazione; i documenti del Sistema di gestione qualità, i documenti operativi (es.: relativi ad impianti strumentali per gestire le attività), e documenti contrattuali. L'IRCCS, per la gestione dei dati, installerà sul server dell'affiliato TABULA CLINICA®, un software pensato per la gestione della cartella clinica elettronica in corsia. Si tratta di un sistema integrato che permette di avere una cartella clinica elettronica sempre a portata di mano sia del personale medico che paramedico. Attraverso dispositivi leggeri e portatili, i Tablet PC, i medici, direttamente al letto del paziente, riescono ad avere anche un approccio organizzativo e non solo puramente medico. Tabula copre tutte le fasi di degenza del paziente: Accettazione, Anamnesi, Anamnesi infermieristica, Allettazione, Scheda Infermieristica, Visita medica, Diario Clinico, Terapia, Refertazione, Esami diagnostici (Integrandosi al sistema informativo), Lettera di dimissione e Altri moduli su particolari esigenze del reparto.

L'utilizzazione dei servizi, è uno dei fattori prioritari per il progetto di fornitura dell'assistenza, in materia di riabilitazione. L'attenzione si focalizza, in particolare, sulle caratteristiche e accessibilità dei servizi per la salute e utilizzazione degli stessi. Per questa ragione, il modello prevede una riorganizzazione della struttura finalizzata a rendere più funzionali e meglio fruibili i servizi sanitari proposti, con un primo intervento volto alla valutazione dell'accessibilità e accoglienza, alla verifica dei locali destinati alla riabilitazione e dell'impiantistica elettrica ed informatica, in base alle esigenze del servizio. Infine, un accesso telefonico ai servizi di telemedicina è stato pensato per porre rimedio alle difficoltà di raggiungere la struttura.

L'intento di questi interventi è quello di migliorare la fruibilità delle attività allo scopo di incentivare il loro utilizzo e creare quel nucleo di servizi sanitari di riabilitazione che prelude alla costituzione del nuovo ospedale di comunità. La realizzazione del progetto e la sua messa in opera garantirebbe così l'eliminazione del disagio per la popolazione di recarsi in centri extra provinciali in favore di una struttura geograficamente più vicina alla loro residenza.

Le modalità di gestione delle attività, svolte dal personale sanitario, in ambito di riabilitazione neurologica sono descritte da procedure gestionali ed operative contemplate nel Sistema di Gestione Qualità aziendale. All'interno di detto processo primario, vengono contemplate le attività di accoglienza in degenza, le modalità di gestione della stessa, la gestione delle cartelle sanitarie e delle good clinical practice sul clinical risk management (riduzione frequenza errori sanitari, contenimento danno al paziente). Ogni attività operativa, sia della dirigenza medica che del personale del comparto, deve improntarsi a quanto definito nel DA 30.09.2013 "Approvazione e adozione della "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale" e del documento "La relazione tra paziente e medico in ospedale".

ANALISI DEL CONTESTO

Il 16 gennaio 2017, a seguito della sottoscrizione della prima convenzione con l'ASP di Trapani, ha avuto inizio l'attività del primo centro Spoke dell'IRCCS Bonino Pulejo nel Presidio Ospedaliero di Salemi, in provincia di Trapani. Il nuovo reparto gestito dall'Istituto è dotato di 20 posti letto estesi a 24 sulla base delle richieste di ricovero provenienti dal territorio. E' bene precisare che la provincia di Trapani era fino ad allora sprovvista di posti letto pubblici per attività di riabilitazione.

DOMANDA E OFFERTA SANITARIA

Nella determinazione dei dati di flusso relativi ad un'analisi di contesto della domanda e dell'offerta sanitaria della provincia di Trapani in materia di riabilitazione (codici: 75, 56, 28 - DRG appartenenti alla MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso"), non si può prescindere dal considerare il fenomeno della mobilità passiva. (codice 56, 75, 28 - MDC 1)

Nel solo 2014, in tutta la Regione Siciliana, sono state complessivamente 934 le prestazioni erogate "fuori regione" con un costo complessivo a carico del SSR pari a € 10.262.814.

Di queste 934 prestazioni, quelle relative alla Mobilità Passiva Extraregionale della sola provincia di Trapani hanno rappresentato il 4,7 % del totale dei ricoveri (111 prestazioni erogate) e il 4,39 % del totale dei DRG (€ 1.425.764).

Le principali Regioni beneficiarie sono state la Lombardia (+ 592.397 €) con 50 ricoveri, il Veneto (+377.123 €) con 23 ricoveri e l'Emilia Romagna (+188.816 €) con solo 11 ricoveri. Quanto alla Mobilità Passiva Intraregionale (Anno 2014) i soli ricoveri degli assistiti della provincia di Trapani verso le altre province della Regione Siciliana sono stati 186 con una spesa complessiva di 3.549.121€.

Le provincie che chiamano a sé più cittadini residenti nella provincia di Trapani e che producono gli importi più alti anche per ragioni di prossimità sono: Agrigento

(+2.138.302 €) con 78 ricoveri, e Palermo (+428.316 €) con 31 ricoveri.

DETTAGLIO PER SINGOLO DRG (DIAGNOSIS RELATED GROUP)

Al fine di rappresentare in maniera compiuta l'analisi di contesto in materia di mobilità, si ritiene doveroso dettagliare meglio per singolo DRG. Nell'anno 2014, a fronte di complessivi 16 PL, sono stati 44 i ricoveri annui effettuati per i reparti di dimissione (codice 75 – Neuro riabilitazione; codice 56 – Recupero e riabilitazione funzionale e codice 28 – Unità spinale). Rispetto al 2013, 47 in meno e rispetto al 2012, 49 in meno. L'82 % delle prestazioni, sono state erogate dalla Casa di cura Morana di Marsala, il 16 % dal P.O. S. Antonio Abate di Trapani e soltanto il 2% dal P.O. B. Nagar di Pantelleria. In riferimento ai dati del 2014, rilevati per singolo DRG in merito alle prestazioni erogate in provincia di Trapani, si riporta la seguente tabella:

DRG 2014				
DRG	DENOMINAZIONE	N° RICOVERI	GG. di DEGENZA	VALORE DRG €
12	Malattie degenerative del sistema Nervoso	18	664	181.073
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	10	365	105.060
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	6	264	71.993
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	5	94	44.180
13	Sclerosi Multipla e atassia cerebellare	2	87	17.453
524	Ischemia cerebrale transitoria	2	87	23.725
34	Altre Malattie del Sistema Nervoso	1	26	7.090

Per l'anno 2013 (ultima rilevazione di dati disponibile per la mobilità extraregionale) è stata invece condotta un'analisi relativa, solo, ad alcuni dei DRG sopracitati. Da essa scaturisce la seguente tabella:

DRG 2013			
DRG	DENOMINAZIONE	N° RICOVERI fuori Regione	N° RICOVERI Trapani e provincia
12	Malattie degenerative del sistema Nervoso	55	45
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	5	18
13	Sclerosi Multipla e atassia cerebellare	5	3

Altri DRG come: il 9 “Malattie e traumi del midollo spinale”, il 13 “Sclerosi multipla e atassia cerebellare”, il 19 “Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC”, il 26 “Convulsioni e cefalea, età < 18 anni”, il 27 “- Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora”, il 17 “Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC”, il 18 “Malattie dei nervi cranici e periferici con CC” e il 543 “Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale”, sono stati unicamente erogati fuori dai confini Regionali.

Rispetto all'anno 2013, l'offerta riabilitativa ha visto quindi, per i codici qui considerati, un sostanziale sottodimensionamento. Incrociando i dati relativi all'offerta assistenziale della provincia di Trapani con quelli relativi alla mobilità interregionale (2013) emerge che su 185 prestazioni richieste, più della metà (56,2 %) sono state soddisfatte fuori dalla regione mentre il restante (43,85 %) è stato soddisfatto internamente. Di riflesso, da un punto di vista squisitamente economico, su € 2.034.613 di spesa sostenuta dal SSR a copertura dell'intera domanda riabilitativa quasi il 70% (€ 1.406.665) è andato fuori regione contro circa il 30% (€ 627.948) che invece è confluito internamente.

Le Aziende Sanitarie Provinciali “spoke” (a settembre 2017 sono state aperte le sedi di Tapani - Salemi e Palermo, presidio Pisani e Villa delle Ginestre , quest ultima per le sole prestazioni ambulatoriali di riabilitazione robotica) beneficiando del supporto dell’IRCSS “hub”, nella gestione dei posti letto di riabilitazione previsti dalla rete regionale, con il travaso delle conoscenze in capo al proprio personale e l’utilizzo gratuito delle attrezzature ad elevato standard tecnologico, garantendo a tutta la popolazione di riferimento l’erogazione di prestazioni caratterizzate da elevata efficacia ed eccellenza senza alcun investimento.

La ricerca clinica sta dimostrando, grazie alla raccolta di dati provenienti dalle sedi regionali, che i soggetti con lesione del sistema nervoso centrale hanno un grande potenziale di recupero se seguono una riabilitazione ripetitiva, frequente, intensa ed orientata al recupero funzionale.

L’IRCSS, attraverso il modello della Neuro-Riabilitazione robotica, sta garantendo, nel territorio della Regione Siciliana, un percorso più adeguato e più efficiente per il raggiungimento degli obiettivi di salute e cura posti dal Piano della Riabilitazione, intervenendo in una fase in cui la disabilità è maggiormente modificabile. Con la riabilitazione robotizzata, grazie alle sinergie tra elettronica, biomeccanica e neurofisiologia, i programmi terapeutici si avvalgono di sofisticati dispositivi per la stimolazione e l’esecuzione ripetuta dei movimenti degli arti, specie in pazienti con lesioni o degenerazioni del sistema nervoso centrale. L’uso di robot per la riabilitazione si sta dimostrando essere estremamente utile a tal riguardo, proprio perché, consente al paziente di effettuare un allenamento costante attraverso degli esercizi divertenti e motivanti e al medico di monitorare, nel tempo, i progressi raggiunti, oltre ad avere una valutazione oggettiva degli stessi. In questo modo si è capace di intervenire in tutte

e fasi del percorso: valutazione diagnostica; terapia; registrazione e confronto dei risultati ottenuti. I nostri dati stanno dando evidenza che la terapia robotica per gli arti superiori, in fase acuta, subacuta o cronica, porta a miglioramenti funzionali nettamente maggiori rispetto alla terapia convenzionale.

L'Istituto si sta impegnando in un processo costante di diffusione e circolazione del proprio know-how a livello regionale:

- Per lo svolgimento delle attività riabilitative con la condivisione di PDTA, differenziati in relazione al prevalente disturbo del paziente;
- Per la formazione del personale dei poli satelliti per la corretta gestione ed utilizzo dispositivi robotizzati e software dedicati alla gestione del percorso di riabilitazione;

L'IRCCS, in tutte le sue sedi, ha adottato programmi di "quality assurance" con l'obiettivo di assicurare elevati standard delle attività riabilitative attraverso il monitoraggio e la valutazione della qualità delle performance cliniche dei componenti del servizio, l'identificazione e la promozione di strategie che hanno come obiettivo il miglioramento continuo degli interventi sanitari.

Le implicazioni del progetto, oltre alla capacità di produrre dati per la ricerca scientifica, sono rilevanti anche per i pazienti siciliani dal punto di vista della:

- Efficacia, ovvero, si sta ampliando l'accesso per l'utenza a livello territoriale, con maggiore efficacia assistenziale, così da dare un contributo positivo alla tutela della salute;

- Efficienza, ovvero, si sta registrando l'incremento della capacità produttiva dei poli territoriali, tali da coprire i costi della produzione, riequilibrando il rapporto tra risorse e attività erogate, permettendo la progressiva eliminazione, per la necessità di coprire i costi, di interventi non necessari o comunque in contesti organizzativi non adeguati.

- Equità. Il tema dell'equità si presenta su due fronti: territoriale e socio-economico. La possibilità di "uscire" dalla propria Regione per farsi assistere da una Regione con offerta di migliore qualità è sicuramente un dispositivo che migliora l'equità geografica, che può anche essere definita equità orizzontale. Senza questo dispositivo una parte dei pazienti delle regioni deboli non avrebbe accesso alle strutture di migliore qualità, e, in alcuni casi, ad interventi innovativi. Ma la mobilità pone anche un tema di equità verticale in quanto i costi economici e psicologici della mobilità sanitaria nel breve e nel lungo periodo rendono più difficile l'accesso a strutture sanitarie lontane da parte di persone in condizioni socio-economiche più basse.

A nove mesi circa dall'apertura dello "Spoke" presso il P.O. Vittorio Emanuele III di Salemi, con l'attivazione di 24 posti letto dedicati al trattamento riabilitativo di pazienti affetti da patologie neurologiche (codici 56 e 75) sono stati dimessi 76 pazienti per un totale di 3.316 giornate di ricovero che hanno generato un ricavo pari a 896.415,89 €, con una degenza media di 43,63 giorni.

Codice DRG 24	Descrizione DRG 24	Peso DRG 24	MC 24	Regime ricovero	A rischio inappropriately (ARI)	N° ricoveri	N° di giornate	Degenza media	Totale valore DGR
12	Malattie degenerative del sistema Nervoso	0,9103	M	1	0	41	1.743	42,5122	470.407,50
34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	1,1364	M	1	0	10	444	44,4	120.969,72
9	Malattie e traumi del midollo spinale	1,2757	M	1	0	8	387	48,375	104.553,18
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1,2605	M	1	0	7	247	35,2857	67.356,90
35	Altre malattie del sistema Nervoso	0,6807	M	1	0	6	275	45,8333	74.774,34
13	Sclerosi Multipla e atassia cerebellare	0,7921	M	1	0	2	115	57,5	31.360,50
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	0,7168	M	1	0	1	61	61	16.525,62
243	Affezioni mediche del dorso	0,6837	M	1	0	1	44	44	10.46,14
					0	76	3.316	43,6316	896.415,89

Condizioni impostate per il report:

Flusso dati= Sicilia; Anno di dimissione= 2017; Codice struttura= 19096003; Mese di emissione= 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09.

Nel corso del 2017 si sono registrate le aperture degli "Spokes" di Palermo ubicati rispettivamente:

- P.O. "Villa delle Ginestre", dove vi è attualmente un reparto dedicato al trattamento riabilitativo ambulatoriale di pazienti affetti da patologie neurologiche (Cod. 56 e 75). Il trattamento riabilitativo è effettuato sia con tecniche tradizionali che con device robotizzati: "Lokomat pro" e "Armeo Power".

- P.O. Pisani, dove è stato avviato un reparto di riabilitazione con 10 posti letto (Cod. 56 e 75) e una SUAP con 10 posti letto per un totale di 20 posti letto.

Si rimanda ad ulteriori pubblicazioni per i risultati delle attività di alta specializzazione riabilitativa e degli studi scientifici legati alla Rete Regionale per la Riabilitazione psicomotoria nella Regione Siciliana, attraverso il modello Hub-Spoke.

GRUPPO DI LAVORO

Di seguito si elencano, in ordine alfabetico, i componenti del gruppo di lavoro:

Direttore Sanitario – Bernardo Alagna

Direttore Generale – Angelo Aliquò

Direttore Scientifico – Placido Bramanti

Dirigente Assessorato Regionale della Salute – Maria Letizia Di Liberti

Dott. Riccardo Gianmanco

Dott. Giuseppe Galletta

Dott. Fiodor Bonaviri

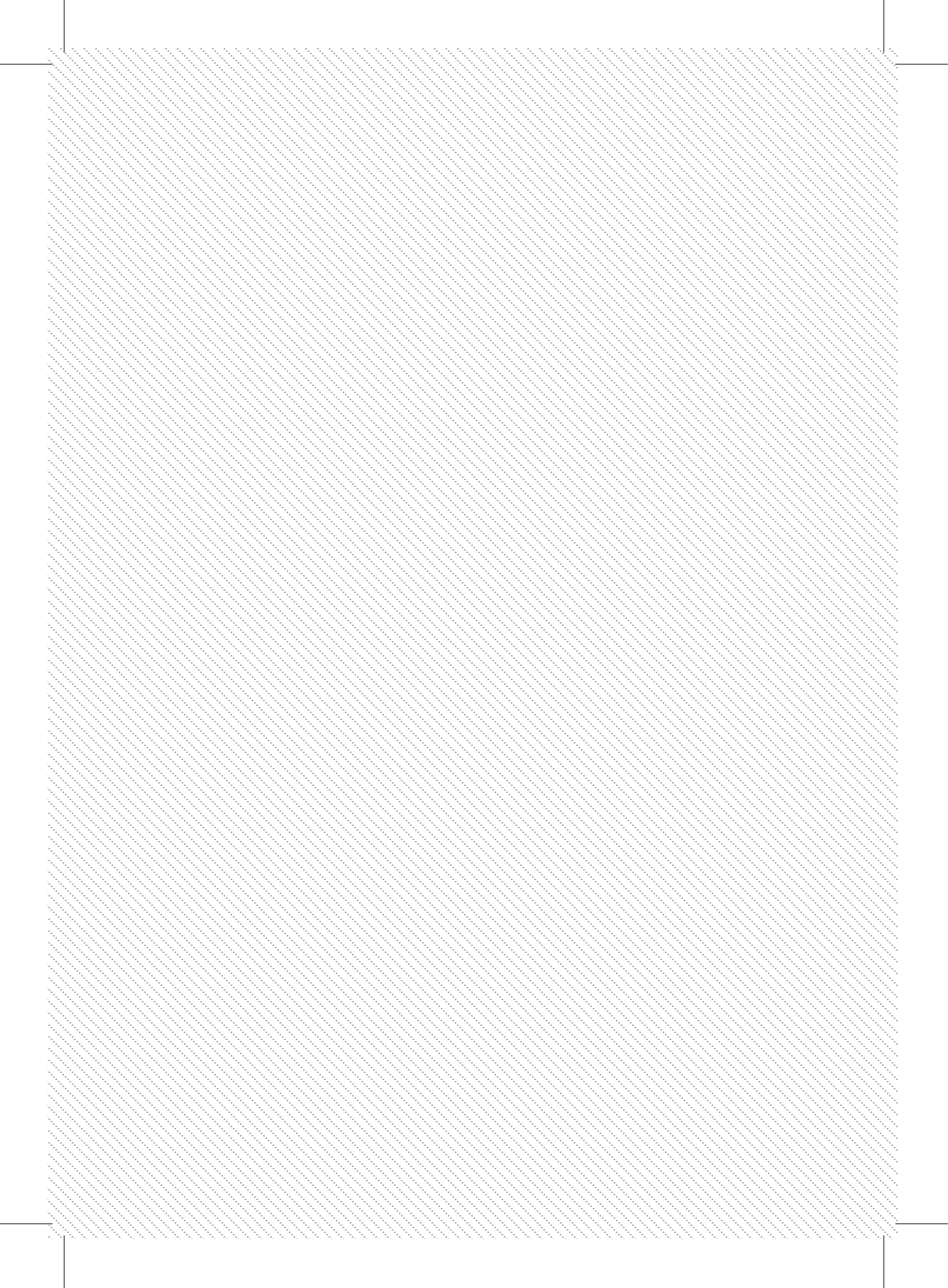
Dott. Fabrizio Denaro

Dott. Rocco S. Calabrò

Dott.ssa Margherita Russo

Dott.ssa Maria Cristina De Cola

APPUNTI



Istituto
di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico

Istituto di rilievo nazionale
con personalità giuridica
di diritto pubblico

S.S. 113, via Palermo, C.da CASAZZA,
98124 MESSINA



Certificato n. 10271

ISBN 978-8-89785-586-6



9 788897 855866 >