AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LANCIANO – VASTO - CHIETI

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ANNO 2017

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN MATERIA RIABILITATIVA

A cura di:

ANIMATORE DI FORMAZIONE: Dott. Giuliano Salvio

DOCENTE DI CONTENUTO: Dott.ssa Mariarosaria Agricola

PRESENTAZIONE

L'argomento è stato scelto dalla Commissione Aggiornamento dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo per tutti i MMG della regione come argomento strategico per il contenimento della spesa sanitaria realizzato attraverso la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.

OBIETTIVO GENERALE DEL CORSO

Saper individuare il percorso riabilitativo più appropriato al soggetto che necessita di terapia riabilitativa

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO - PROFESSIONALI

Saper compilare la richiesta di terapia riabilitativa, con il modulo specifico e con la diagnosi appropriata, al paziente che necessita di terapia riabilitativa.

OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO

Saper inquadrare il tipo di patologia (diagnosi), il suo stadio evolutivo, la necessità effettiva in termini di giovamento clinico della terapia riabilitativa, valutare in itinere l'efficacia della riabilitazione, valutare i risultati del trattamento effettuato.

OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA

Individuare le strutture erogatrici di terapia riabilitativa in base alla tipologia riabilitativa offerta e valutare se sono indicati per il trattamento riabilitativo del soggetto che intendiamo trattare.

INDICE

Argomento	Pagina
Introduzione	4
Piano di indirizzo della riabilitazione	5
Piano sanitario regionale 2008-2010	26
Accreditamento dei luoghi di cura	29
Il punto unico di accesso PUA	32
Livelli essenziali di assistenza – LEA 2017	41
L'appropriatezza in riabilitazione	44
Assistenza protesica	47
Bibliografia	50

INTRODUZIONE

Il tema della riabilitazione è stato trattato organicamente la prima volta nel 1978 all'interno della legge di fondazione del Sistema Sanitario Nazionale. Con la legge 833/78 (Legge di istituzione del SSN) **all'art. 26** venivano definite in tale modo le prestazioni di riabilitazione: "Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa…

Solo venti anni dopo, con le Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della Riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa globale che provvedesse alla la presa in carico del malato, la sua valutazione, l'elaborazione di un progetto riabilitativo ed infine l'effettuazione di un preciso programma di intervento.

Tali linee guida, pur rappresentando un punto di riferimento per i principi guida erano carenti circa l'individuazione e la misura degli autcome ed i criteri di appropriatezza degli interventi. Dalla rilevazione delle diverse realtà regionali si evidenzia che quasi tutte le regioni hanno gestito i temi proposti dalle Linee Guida inserendoli prevalentemente nei propri piani sanitari . È mancato tuttavia uno sforzo comune di standardizzazione tassonomica . Ci si trova quindi di fronte ad una molteplicità di denominazioni per strutture riabilitative eroganti uguali attività oppure ad un'unica denominazione per strutture che erogano attività riabilitative diverse .

Neanche le successive normative sull'accreditamento, pur basandosi su un medesimo provvedimento legislativo nazionale, non sono state in grado, nell'attuazione regionale, di risolvere questo problema. Un altro problema era rappresentato dai regimi di rendicontazione e tariffazione differenti che non sono fondati sul reale utilizzo delle risorse assegnate, ma su giornate di degenza e codici di prestazioni e non codici di disabilità. Negli ultimi anni, l'approccio globale alla gestione dei servizi sanitari garantito dal `governo clinico" attraverso la responsabilizzazione dei diversi professionisti, ha costituto un ulteriore motivo per aggiornare tutta la materia.

Il riordino globale della materia della Riabilitazione è contenuto nel documento "***Piano di indirizzo per la riabilitazione"*** del 10 febbraio 2011 per opera della CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, all'interno di un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari garantito dal "governo clinico", e fornisce indicazioni sui criteri ed i requisiti dei vari setting riabilitativi che consentano di stabilirne l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione.

Il Piano:

- promuove l'utilizzo di un "percorso assistenziale integrato" per le persone con disabilità e, nell'ambito di questo, la definizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI), che

definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF);

- individua le principali caratteristiche dei diversi setting assistenziali;
- garantisce alla persona con disabilità un percorso riabilitativo unico integrato all'interno della rete riabilitativa. individuando le dimensioni che, opportunamente combinate. permettono di individuare il setting più appropriato in relazione alla fase del percorso di cura e prevedendo l'utilizzo di adeguati strumenti di valutazione per monitorare, in ambito d

i

La Regione Abruzzo con la delibera della Giunta Regionale n°532 del 29.08.2012 recepisce integralmente il «Piano d'indirizzo per la riabilitazione» approvato dalla Conferenza permanente Stato, Regioni e Province Autonome in data 10-2-2011

t

imentale, le fasi di passaggio tra i diversi setting riabilitativi.

Si riporta di seguito il testo integrale del piano.

PIANO D'INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE

Conferenza permanente Stato, Regioni e Province Autonome del 10-2-2011

Indice:

1. La Riabilitazione: analisi della situazione italiana
2. Il ruolo della Riabilitazione: l'affermarsi del modello bio-psico-sociale
3. Interdisciplinarietà in riabilitazione
4. La Riabilitazione nel continuum assistenziale.
    a) Governo clinico
    b) Percorso Riabilitativo unico
    c) I luoghi di cura
5. La ricerca in riabilitazione
6. Spesa Sanitaria e Riabilitazione
7. Conclusioni

1. La Riabilitazione: analisi della situazione italiana

Con le Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della Riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa che provvedesse a :

- la presa in carico del malato
- la sua valutazione
- l'elaborazione di un progetto riabilitativo

- l'effettuazione di un preciso programma di intervento .

Tali linee-guida, se da una parte hanno rappresentato un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo, dall'altra necessitano di ulteriore aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcome ed ai criteri di appropriatezza di intervento .

Dalla rilevazione delle diverse realtà regionali si evidenzia che quasi tutte le regioni hanno gestito i temi proposti dalle Linee Guida inserendoli prevalentemente nei propri piani sanitari . È mancato tuttavia uno sforzo comune di standardizzazione tassonomica . Ci si trova quindi di fronte ad una molteplicità di denominazioni per strutture riabilitative eroganti uguali attività oppure ad un'unica denominazione per strutture che erogano attività riabilitative diverse .

Le normative sull'accreditamento, pur basandosi su un medesimo provvedimento legislativo nazionale, non sono state in grado, nell'attuazione regionale, di risolvere questo problema .

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei Livelli essenziali di assistenza, con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art . 8, comma 5 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni .

I trattamenti sono erogati nelle fasi di :

- riabilitazione intensiva ;
- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione ;
- riabilitazione estensiva ;

ed in regime di:

- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital) ;
- Day Service ;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno ;
- assistenza ambulatoriale ;
- assistenza domiciliare .

I volumi di attività e la distribuzione dei servizi sono molto sbilanciati fra le diverse regioni e, talvolta, tra aree diverse della medesima regione, o verso risposte prevalenti in regime di ricovero o verso risposte prevalenti in regime ambulatoriale .

La continuità assistenziale è perseguita ma non sempre ottenuta attraverso la concatenazione di diversi interventi singoli, senza realizzare una completa e precoce presa in carico globale della persona .

Un limite è rappresentato dai regimi di rendicontazione e tariffazione differenti che non sono fondati sul reale utilizzo delle risorse assegnate, ma su giornate di degenza e codici di prestazioni e non codici di disabilità

Nonostante queste limitazioni, dalla rilevazione delle diversità regionali emerge una certa omogeneità culturale che identifica nel progetto riabilitativo individuale il punto di partenza per i percorsi dedicati e il dipartimento riabilitativo come il modello organizzativo che unifica le diverse modalità erogative dell'intervento riabilitativo .

Alcune regioni hanno anche determinato percorsi riabilitativi specifici per alcune patologie .

Mentre tutte le regioni hanno affrontato la fase intensiva, in regime di degenza ordinaria con l'attivazione di strutture dedicate - pubbliche ospedaliere, ospedaliere accreditate ed extraospedaliere - con percentuale

diversa da regione a regione, sulla fase estensiva gli interventi riabilitativi sono stati spesso articolati in maniera sovrapposta a quelli di mantenimento, collegando tali attività con gli interventi di inclusione sociale.

Si rende pertanto necessaria una definizione dei vari setting riabilitativi, definendo i criteri ed i requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione .

Un elemento importante per migliorare l'outcome funzionale della persona con disabilità è costituto dalla prescrizione, scelta e addestramento, all'interno del progetto riabilitativo individuale, degli ausili, protesi ed ortesi, individuati nell'ambito del nomenclatore tariffario, del relativo collaudo e della verifica sull'efficacia/efficienza del servizio di fornitura . Nell'ottica della presa in carico globale del paziente, la maggioranza delle regioni ha inoltre provveduto ad un'assistenza alle strutture scolastiche, ad una qualificazione/riqualificazione professionale e allo sviluppo dei servizi sociali e per la famiglia al fine di consentire una partecipazione sociale della persona con disabilità, attuando quanto previsto dalla normativa vigente .

È quindi osservazione comune, sempre più evidente, che la Medicina Riabilitativa e gli interventi specifici richiedano cultura, strumenti, metodologie, organizzazione e modalità di remunerazione specifiche non mutuabili da quelle in fase acuta . In questa prospettiva, l'approccio globale alla gestione dei servizi sanitari garantito dal `governo clinico" attraverso la responsabilizzazione dei diversi professionisti, costituisce un tema determinante nello sviluppo ulteriore di queste attività .

2 . Il ruolo della Riabilitazione: l'affermarsi del modello bio-psico-sociale

Molteplici direttrici di sviluppo del sistema di welfare del nostro Paese pongono, come criterio chiave per l'intervento sulla persona con disabilità, la certezza dei diritti e l'universalismo nell'accesso a benefici e servizi Deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di welfare chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Già la legge n . 104/1992 imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona con disabilità e non soltanto la valutazione della menomazione . Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). L'ICF è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi tre elementi fondamentali (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori contestuali) . Tutti gli interventi da allora proposti si fondano su un consolidato convincimento culturale (affermatosi nel nostro Paese con la legge 3 marzo 2009 n. 18 di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità) che pone al centro del sistema il cittadino con disabilità e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità verificandone i risultati .

Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il "percorso assistenziale integrato" basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale .

Scopi della Riabilitazione

In questo quadro lo scopo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", in un un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona con disabilità) . Quindi compito dell'intervento riabilitativo è definire la "persona", per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale empowerment, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto.

Il "percorso assistenziale integrato" è il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo . In tale ambito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per tutto ciò, unico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in medicina fisica e riabilitazione (Medico specialista in riabilitazione : si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, ne rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate a attività riabilitative individuate da questo documento) in condivisione con gli altri professionisti coinvolti . Elementi essenziali sono sempre rappresentati dalla piena informazione e dalla partecipazione consapevole ed attiva alle scelte ed agli interventi da parte della persona che ne è al centro, della famiglia e del suo contesto di vita.

Gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi ed indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso .

II PRI, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari ; viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i caregiver, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti .

La qualità della vita

Nel contesto riabilitativo, volto a far raggiungere alla persona stessa nell'ottica del reale empowerment, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, va posto al centro il concetto di "qualità di vita" che tenga conto dei fattori personali così determinanti per la dimensione antropologica dell'individuo e del contesto di vita in cui una persona vive .

3. Interdisciplinarietà in riabilitazione

Il senso attribuito al concetto di lavoro interdisciplinare e multi professionale usualmente fa riferimento a competenze rilevanti per professionalità che debbono-possono utilmente essere applicate in ambiti trasversali, cooperando con professionalità diverse, per rispondere a problematiche comuni . Il termine trasversale non si intende congruo a tutti e in ogni contesto, ma utile a tutti se contestualizzato e trasferibile

Trasversale è quindi l'uso che si può fare di alcune competenze che si prestano ad essere trasferite da un contesto all'altro .

Ciò comporta necessariamente una modifica di prospettiva che pone al centro dell'attenzione la persona con le sue possibilità e potenzialità di partecipazione rispetto al danno d'organo che l'ha determinata, garantendo, indipendentemente dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, una modalità appropriata dell'intervento riabilitativo nei diversi setting particolari ed in relazione a diverse condizioni cliniche coesistenti . L'intervento riabilitativo, al pari del bisogno di recupero di funzione, autonomia e possibilità di partecipazione della persona, sono gli elementi evidenti di "trasversalità" in ogni condizione clinica, sia che tale condizione clinica ne sia la causa unica o principale, sia che essa rappresenti una condizione di salute coesistente ma interagente ; ne consegue che la realizzazione dell'intervento riabilitativo si deve integrare sinergicamente con tutte ed ognuna di queste condizioni cliniche garantendo alla persona in cura il livello massimo di recupero compatibile con esse . Parimenti la trasversalità definisce l'esigenza dell'ottimale integrazione delle competenze specialistiche di riabilitazione indispensabili per la

conduzione di questi interventi, con quelle cliniche necessarie a garantire i diversi trattamenti utili alla persona .

Diventa quindi necessario individuare dei criteri unici che definiscano gli indicatori, gli strumenti e i setting più adeguati nel tempo, per una corretta attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale .

Grado di necessità della persona da riabilitare

Per definire correttamente il grado di necessità della persona da riabilitare, si possono individuare tre dimensioni che opportunamente combinate permettono di allocare la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato disabilità (sia essa cardiaca, respiratoria, neurologica, metabolica, oncologica, ecc...), in setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse

1 .1 complessità clinica : assessment e stratificazione dell'alto rischio clinico . La complessità clinica si correla all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per complessità e per consumo di risorse .

1 .2 disabilità : perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive, comportamentali che nella più attuale concezione bio-psico-sociale impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione : essa viene usualmente misurata con scale di disabilità sia di tipo bio-psicometrico sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo .

1 .3 multimorbidità : insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Tali comorbidità possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

Tutto ciò diventa necessariamente più complesso se al malato affetto da multimorbidità si associa anche la fragilità derivante dall'età molto avanzata. Questo concetto deve essere tenuto in alta considerazione nell'approccio specifico e specialistico da dedicare alla persona anziana. La stessa conoscenza del concetto di fragilità nella riabilitazione dei pazienti geriatrici deve rappresentare la base d'impianto del progetto riabilitativo, perché l'anziano fragile è affetto da multimorbidità, sottoposto a trattamenti farmacologici complessi, frequentemente clinicamente instabile, a volte incontinente, con problemi nutrizionali, spesso affetto da degrado cognitivo o demenza, da sarcopenia, da osteoporosi, a aumentato rischio di cadute, etc . Queste specificità cliniche aumentano sostanzialmente il grave rischio di perdita o peggioramento della autonomia, specie nel longevo estremo. Questo quadro riduce notevolmente le capacità del paziente di aderire pienamente ai programmi riabilitativi. La perdita e peggioramento dell'autonomia sono legate, inoltre, alle problematiche sociali che riducono il supporto da parte della rete familiare compromettendo ulteriormente l'efficacia dell'intervento riabilitativo, soprattutto ove si consideri che la solitudine e la perdita di integrazione sociale costituiscono la vera malattia dell'anziano.

Parallelamente al livello di attenzione e complessità richiesto da pazienti anziani affetti da multi morbilità, un'altra fondamentale area di attenzione è relativa alla riabilitazione nell'età evolutiva. Per il soggetto in età evolutiva, la questione si pone in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile. Il quadro diagnostico-prognostico del soggetto, perché da esso si possa delineare un programma terapeutico-riabilitativo, deve indicare: ciò che non si è sviluppato ; ciò che manca perché tale sviluppo abbia luogo ; che cosa deve essere provato per poter affermare che, anche in condizioni ottimali, lo sviluppo in questione non può aver luogo .

La peculiarità dell'età evolutiva sta nel fatto che gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi che vengono chiamati in causa non sono infatti relativi alla sola fenomenica minorativa (dal

verificarsi dell'evento lesivo fino alla situazione di svantaggio esistenziale), ma si estendono anche alle tematiche dell'istruzione (dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale) e hanno implicanze nel sociale . Si tratta di aspetti che, pur non avendo una valenza di tipo strettamente sanitario, sono tuttavia strettamente essenziali se si vuole che il recupero (o il suo tentativo massimale) tenda al raggiungimento delle maggiori possibilità di integrazione sociale.

Si evidenzia pertanto per l'età evolutiva: una particolare coessenzialità all'esito del progetto riabilitativo degli interventi di ordine psicologico, di carattere pedagogico-educativo e di tipo sociale; una particolare definizione del progetto riabilitativo individuale. Gli interventi riabilitativi devono essere erogati con particolare attenzione all'efficienza delle procedure.

Il profilo del soggetto da riabilitare condiziona il progetto riabilitativo e determina il percorso di cura. Tale profilo viene definito dalla multimorbidità, dal livello di complessità clinica e di disabilità e dai fattori ambientali (stato sociale e contesto familiare) .

La complessità clinica, risultante delle alterate funzioni d'organo e della disabilità, associate alla multimorbidità rappresenta elemento importante per la formulazione del progetto riabilitativo .

Le diverse condizioni all'interno della stessa patologia possono corrispondere ad una crescente necessità assistenziale con un impegno equivalente di risorse .

Anche in virtù di quanto sopra, la rete assistenziale deve consentire, a garanzia del paziente, il passaggio dinamico attraverso i diversi livelli .

Tipologie dei soggetti da riabilitare

La cronicizzazione della malattia e l'aumento degli anni dalla sua insorgenza determinano un peggioramento della funzione d'organo e aumentano il grado disabilità, attraverso alterazioni della funzione fisiologica e frequenti riacutizzazioni. Il circolo vizioso che ne consegue determina peggioramento dei sintomi, ridotta capacità lavorativa/tolleranza allo sforzo, peggioramento della inattività/disabilità, ridotto coinvolgimento sociale e depressione.

Un'ulteriore caratterizzazione del grado di necessità dei bisogni riabilitativi deve basarsi anche sulle caratteristiche di presentazione ed evoluzione della patologia che può essere caratterizzata da: frequenti riacutizzazioni, ospedalizzazioni (persona ad alto rischio); persistenza di un elevato grado di complessità clinico assistenziale con elevato assorbimento di risorse e richiesta di approccio personalizzato e multidisciplinare (persona ad alta complessità) ; quadri di cronicità della malattia associata a cattivi stili di vita (tabagismo, inattività, ipercolesterolemia, soprappeso) dove l'intervento si concentra soprattutto su un monitoraggio dell'evoluzione e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia cronica (persona con patologia cronica o gravi fattori di rischio) .

Persona ad alta complessità (PAC)

La persona ad alta complessità (PAC) deve trovare una risposta riabilitativa in relazione alle fasi di malattia in quanto presenta spesso problematiche sistemiche e numerose comorbilità (ad es . complicazioni cardio-respiratorie, ischemico-cerebrali o miocardiche, con disfunzione ventricolare, sovrainfezioni batteriche o virali, gravi mielolesioni o patologie mielodegenerative o cerebrolesioni) che possono giocare un ruolo cruciale nell'assetto prognostico attraverso una modulazione negativa della risposta all'intervento terapeutico e riabilitativo. L'approccio convenzionale a questa tipologia di paziente può risultare incompleto o inappropriato a causa di modelli organizzativi gestionali non centrati sulla persona ma sulla patologia, determinando discontinuità assistenziale.

La persona con alta complessità, sia nella fase di acuzie che nella fase cronica, che presenta un alto rischio caratterizzato da gravi episodi di riacutizzazione e ospedalizzazioni, deve ottenere una collocazione in ambito riabilitativo che tenga conto delle considerazioni su esposte.

4. La Riabilitazione nel continuum assistenziale.

Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, avranno cura di disciplinare e applicare

con specifici atti quanto previsto nel presente Piano.

a) Governo clinico

Il Governo Clinico integrato è un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone. Fare la cosa giusta, al momento giusto, nel posto giusto rappresentano la sintesi del concetto di qualità tecnica. A tal fine vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata (informatizzata), la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l'integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance del processo (output) per introdurre innovazioni appropriate ed il coinvolgimento di tutti i soggetti, le associazioni di volontariato e la comunità.

L'uso corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle attività di riabilitazione al fine di recuperare ritardi culturali ed organizzativi attraverso una maggiore appropriatezza .

Si ritiene necessario che: i

- Il percorso di presa in carico sia attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità (criteri di "accessibilità" e "copertura della rete");
- gli interventi siano effettuati in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socioambientali (criterio di "tempestività");
- vi sia garanzia di una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali (criterio di "continuità");
- venga data priorità alla presa in carico omnicomprensiva della persona con disabilità e non vengano erogate mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche (criterio di "appropriatezza");
- ogni intervento sia svolto sulla base di un programma riabilitativo, che deve essere elaborato dal professionista coinvolto e che deve raggiungere obiettivi specifici ben definiti e misurabili inseriti in un Progetto Riabilitativo Individuale (criterio della "presa in carico onnicomprensiva" e della "verificabilità dell'efficacia degli interventi");
- vengano effettuati interventi di validità riconosciuta e condivisa e con finalità causali più che sintomatiche (criterio di "efficacia" e dell`Evidence Based Medicine ");
- sia facilitata la partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura al paziente e alla sua famiglia, se necessario, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente");
- sia privilegiato un approccio educativo al paziente finalizzato a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica di desanitarizzazione ("attività fisica adattata" e criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente");

- sia realizzato un sistema indipendente, imparziale ed obiettivo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle singole prese in carico (criteri di "valutazione efficacia" e "valutazione efficienza").

La formazione continua, la raccolta dei dati di processo e di risultato, l'audit e l'adozione e la verifica continua delle procedure condivise sono gli strumenti per la costante verifica dell'attività sanitaria.

Un elemento che deve essere posto al centro delle azioni di miglioramento è quello della comunicazione, comprensivo sia di comunicazione esterna che interna. La trasparenza nell'utilizzo delle informazioni è un segnale di affidabilità, prevedendo che vengano prodotte regolarmente e distribuite in maniera sistematica informazioni sulla qualità, la sicurezza, l'attività, l'esperienza.

Ulteriore elemento di rilevante importanza è rappresentato dall'identificazione di indicatori derivati da un lato dai concetti di qualità ed appropriatezza scientifica e dall'altro lato dalle risorse disponibili; essi possono essere di processo, di risultato (come ad es. coerenza o meno dei risultati con gli obiettivi del Progetto Riabilitativo Individuale), di congruità, di investimento (come ad es. la relazione tra prest da un lato e numerosità e tipologia del personale, apparecchiature e settingdall'altro).

Al fine della promozione delle capacità di analisi e monitoraggio dell'efficacia e dell'appropriatezza da parte dei professionisti, elementi centrali della qualità dell'assistenza che rappresentano il "governo clinico", è necessario che le strutture erogatrici dispongano di:

- una strategia sistematica di gestione del rischio clinico utilizzata da tutto il personale per ridurre il rischio e migliorare la sicurezza del paziente ;
- pratiche di governo clinico che valorizzino nel contempo il ruolo e le responsabilità di tutte le figure professionali, in quanto in ambito sanitario la complessità e la dinamicità delle relazioni interpersonali possono costituire un fattore critico ;
- un piano annuale di verifica clinica multidisciplinare concordato aziendalmente comprendente tutte le specializzazioni ;
- un efficace processo di distribuzione di linee guida fondate sull'evidenza e sui risultati delle ricerche: inoltre viene sistematicamente adottata una prassi fondata sull'evidenza, tenendo conto anche delle raccomandazioni validate in ambito di Consensus Conference;
- un efficace orientamento aziendale per le denunce dei pazienti e degli utenti del servizio;
- una strategia aziendale per il riesame dell'andamento individuale di squadra consentendo a tutto il personale di partecipare ad una valutazione annuale del proprio rendimento ;
- una strategia di gestione dell'utilizzo delle apparecchiature eroganti energia, sulla base della normativa vigente, al fine di garantire agli utenti (pazienti) ed agli utilizzatori (professionali o meno) i requisiti essenziali di sicurezza ed efficacia, per effettuare interventi terapeutici scientificamente "validi" . Tali requisiti devono essere mantenuti nel tempo attraverso una corretta ed adeguata manutenzione .

Le attività di riabilitazione nell'ambito di programmi più complessivi di promozione della salute

Nell'ambito degli interventi di riabilitazione sanitaria bisogna garantire :

- partecipazione ai programmi di prevenzione primaria delle malattie a rischio disabilitante e di educazione alla salute della popolazione ;
- partecipazione ai processi di diagnosi e cura delle malattie a rischio disabilitante per contenere l'insorgenza dei danni secondari e terziari, a volte prevalenti nel determinare la misura della disabilità residua ;

- prescrizione, selezione ed addestramento all'uso di protesi, ortesi ed ausili per l'autonomia personale e relativo collaudo di quanto fornito, nell'ambito del nomenclatore tariffario, e verifica dell'efficacia e dell'efficienza del servizio di fornitura ;
- offerta di assistenza tecnica ai servizi deputati alla qualificazione e alla riqualificazione professionale e al servizio sociale per il reinserimento sociale e professionale della persona con disabilità e problematiche correlate (barriere architettoniche, attestazione di idoneità relativa e quant'altro previsto dalla legge 104/92);
- presidi deputati all'erogazione degli interventi di riabilitazione sanitaria che costituiscono l'interfaccia propria e privilegiata tra gli interventi sanitari e le attività di reinserimento sociale quale condizione indispensabile per l'ottimizzazione degli interventi e il raggiungimento dei risultati, specie nelle disabilità più gravi secondarie a danni neurologici .

b) Percorso Riabilitativo unico

Occorre che sia fornito alla persona con disabilità ricoverata in acuzie la proposta del percorso riabilitativo unico integrato nei vari sett/ngterapeutici della rete riabilitativa .

Questo principio si concretizza nel concetto di "presa in carico dell'utente" e nell'erogazione degli interventi secondo definiti programmi riabilitativi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) applicando il concetto di appropriatezza prescrittiva ed erogativa .

Il processo decisionale del medico specialista in riabilitazione (Responsabile clinico del paziente) nella determinazione del Progetto Riabilitativo Individuale deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma .

Il medico responsabile garantisce, anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti appartenenti al team, un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai caregivered al medico di famiglia, tutti coinvolti nelle attività del PRI . In particolare, il MMG/PLS partecipa alla definizione degli outcome integrandosi con il PRI attraverso interventi e prestazioni di propria competenza anche finalizzati all'ottimale inserimento della persona nel contesto sociosanitario .

Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano :

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento;
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi;
- tempi di verifica e conclusione .

Altro cardine di questo sistema è il Progetto Riabilitativo di Struttura, in cui ciascuna struttura (reparto, settíng, centro, ambulatorio, etc.) definisce "ex ante" le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture, in relazione alle norme regionali di accreditamento, in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili.

In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione .

Il Dipartimento di riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili ; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza .

Nell'ambito delle scelte effettuate e da effettuarsi ogni regione potrà stabilire la tipologia organizzativogestionale del Dipartimento che garantisca la continuità fra ospedale e territorio . Nei singoli ambiti territoriali, l'impegno organizzativo prioritario del Dipartimento di riabilitazione è :

- costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono ;
- costruire interfacce tra i vari attori del sistema della rete di riabilitazione ;
- progettare e costruire i segmenti carenti del percorso ;
- monitorare e salvaguardare i requisiti minimi di accreditamento (risk management per criticità di risorse di struttura, organizzative e di processo) ;
- condividere tra i vari attori del sistema dei servizi un codice etico per la tutela delle situazioni di maggior criticità e per un utilizzo equo delle risorse per il bene comune .

Appropriatezza dei percorsi nella rete riabilitativa

Il percorso riabilitativo presuppone una diagnosi riabilitativa per cui nella definizione dei setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi :

la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF ;

- il grado di acuzie o cronicità della menomazione, distinto in base al parametro temporale, ossia all'intervallo di tempo intercorso dall'acuzie della malattia disabilitante ;
- il grado di complessità del paziente preso in carico ;
- il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti, con particolare riferimento alle problematiche della popolazione in età evolutiva, garantendo in questo settore la necessaria continuità nel passaggio all'età adulta ;
- gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche ;
- lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del Progetto Riabilitativo Individuale .

Figure professionali coinvolte

Il team, di cui il responsabile è il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare attuato in riabilitazione da molti anni .

Esso rappresenta il metodo più efficace di lavoro per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali e tutela il professionista da eventuali rischi di isolamento e di bumoutprofessionale .

Nell'esercizio delle sue attività il team deve affrontare le condizioni di lavoro, in termini di metodologia, organizzazione ed operatività, che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle diverse professionalità .

La differenziazione di ruoli e competenze si accompagna anche ad un'altra attività che caratterizza tutto il lavoro del team, rappresentata da un monitoraggio costante che verifichi un'efficace integrazione degli interventi definiti e attuati dall'elaborazione di un progetto comune .

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), elaborato a livello di team e che ha come responsabile medico specialista in riabilitazione, è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo più mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente .

È necessario sottolineare che molto spesso per un unico utente il team deve operare su più ambiti in considerazione delle diverse situazioni in cui si attuano gli interventi e dei contenuti degli stessi durante l'intero percorso riabilitativo.

Gli interventi devono mirare a garantire la continuità assistenziale, l'organica assicurazione della riabilitazione nel circuito "prevenzione, cura e riabilitazione", l'efficacia della presa in carico, articolandone i livelli di intensità del processo in relazione alla natura dei bisogni . Il team riabilitativo è composto da professionisti che possono essere ricompresi in differenti specificità in base al percorso formativo :

- professionisti della riabilitazione, quali il medico specialista in riabilitazione e i professionisti sanitari non medici identificati nel D .M. 29 marzo 2001 ;
- personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio - sanitario - assistenziale ;
- nel settore dell'età evolutiva occorre considerare la necessità di interazione tra equipe riabilitativa e percorsi di integrazione scolastica .

Rientra a pieno titolo nel team, per la condivisione del progetto riabilitativo, lo stesso paziente e l'eventuale Caregiver, familiare o persona di riferimento coinvolto nella presa in carico della persona con disabilità ai fini della gestione delle sue problematiche attuali e future .

I metodi di comunicazione più efficaci nel team riabilitativo sono :

- le riunioni del team, che hanno come obiettivo fondamentale il bilancio e l'aggiornamento del progetto riabilitativo e dei relativi programmi e la verifica del percorso della presa in carico ;
- il briefing, che garantisce con un confronto breve e colloquiale la misurazione del raggiungimento o del mancato raggiungimento degli obiettivi ;
- i focus group, strumento di verifica più complesso che prevede degli incontri coordinati da un moderatore, durante i quali viene individuato un problema e ne vengono discussi tutti gli aspetti ;
- le riunioni di auditche rappresentano l'attività atta a determinare, con un'indagine strutturata, l'adeguatezza dell'organizzazione e l'aderenza al piano riabilitativo, verificando ed adeguando procedure, istruzioni operative ed altri requisiti funzionali .

c) I luoghi di cura

La degenza

La comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo, documentata dalle evidenze della letteratura in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni, esige che il percorso riabilitativo e la definizione del relativo progetto riabilitativo vengano avviati contestualmente al ricovero in acuto . La procedura riabilitativa rappresenta un criterio di appropriatezza e deve essere valorizzata come parte integrante ed irrinunciabile della tariffazione dell'episodio di ricovero in acuzie .

Riabilitazione intensiva

Le attività riabilitative in strutture di ricovero e cura, ospedaliere od extraospedaliere accreditate, sono caratterizzate da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore . In tale fase trovano anche un setting appropriato le gravi patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità (PAC), che presentano situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbilità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa . Tali situazioni richiedono di essere gestite in contiguità alle specialità ed alle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'acuzie .

Gli interventi hanno come obiettivo l'ulteriore stabilizzazione clinica con il ripristino di condizioni di autonomia e/o di gestibilità in ambito extraospedaliero . I pazienti che vi accedono sono caratterizzati da :

- comorbidità concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa ;
- necessità di competenza specialistica riabilitativa nella gestione della persona con disabilità grave in condizioni di criticità e necessità di consulenze medico-specialistiche multidisciplinari .

Al raggiungimento di una condizione di stabilità clinica che non necessiti di presenza medica sulle 24 ore o al venir meno di esigenze diagnostiche ad alta complessità, erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, è opportuno ricorrere alla riabilitazione intensiva extraospedaliera ogni qual volta tale risorsa è disponibile sul territorio .

La gestione della fase dimissiva e della continuità del percorso riabilitativo dipartimentale richiedono poi l'integrazione con la rete dei servizi territoriali e la stretta collaborazione col MMG/MPLS .

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo .

Le attività riabilitative devono prevedere la disponibilità di tecnologia diagnostica-terapeutica avanzata e/o di supporto significativo di competenze medico specialistiche diverse .

In riabilitazione intensiva sono individuabili diversi livelli assistenziali che richiedono differenziazioni nelle valorizzazioni in base a diversi gradi di complessità clinica, disabilità e multimorbidità ed al documentato assorbimento di risorse .

Tutte le attività assistenziali e riabilitative devono essere documentate e registrate all'interno della cartella clinica riabilitativa che è parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.)

L'azione riabilitativa con competenze specifiche deve garantire:

- l'inquadramento, la valutazione del rischio e il monitoraggio clinico ;
- la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale;
- l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali ;
- l'elaborazione e la messa in atto del progetto riabilitativo individuale, attraverso uno o più programmi di riabilitazione ;
- i programmi di intervento su barriere e facilitatori, gli adattamenti ambientali, la fornitura di dotazioni strumentali, tecnologiche e di ausili ed il relativo addestramento della persona con disabilità e dei caregivers.

Ove non sussista la necessità clinica ed assistenziale continuativa, il trattamento riabilitativo individuale può essere erogato con le stesse caratteristiche sopradescritte in regime di ricovero diurno .

La riabilitazione intensiva ad alta specializzazione

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale, sono erogate presso presidi di alta specialità ; secondo quanto stabilito dal DM 29 gennaio 1992 e dalla successiva integrazione del DM 1998, essi sono presidi ospedalieri e ricomprendono anche gli IRCCS, i Policlinici Universitari e le strutture private accreditate . Nell'ambito del territorio nazionale deve essere realizzata una rete di servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, rivolti ad ampi bacini di riferimento in rapporto all'epidemiologia delle tipologie di disabilità al cui trattamento sono destinati, individuati dalla programmazione sanitaria nazionale . Inoltre i centri di riferimento svolgono le seguenti funzioni :

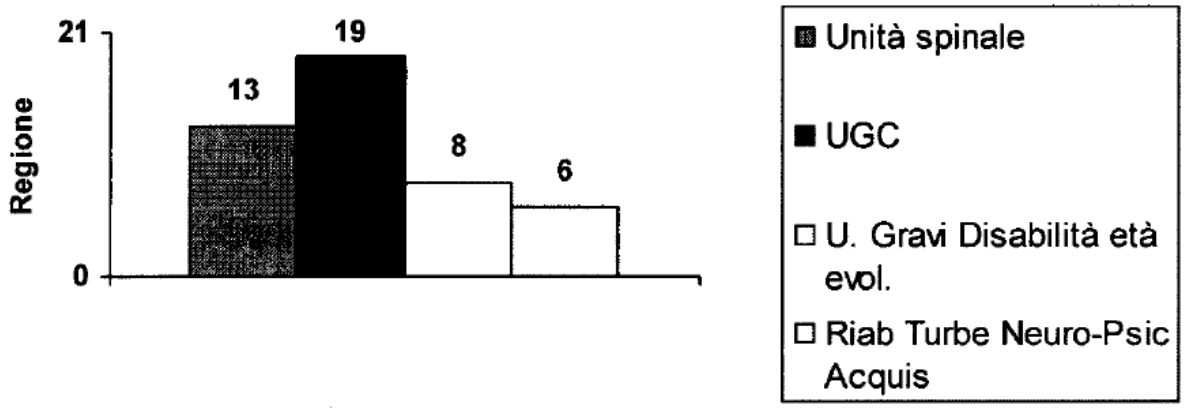
- la predisposizione dei protocolli operativi per la acquisizione dei dati epidemiologici relativi alle malattie invalidanti a livello provinciale e regionale ;
- la promozione di ricerche cliniche ed esperienze controllate verso le nuove tecniche riabilitative ;
- la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento professionale degli operatori ;
- l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi e ortesi .

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione vanno ricondotte ad un'integrazione organizzativa che in ambito regionale e nazionale garantisca percorsi dedicati come reti riabilitative :

- per persone affette da mielolesione acquisita attraverso strutture dedicate per la fase acuta e strutture per la gestione delle complicanze della fase stabilizzata ;
- per persone affette da gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici ;
- per persone affette da disabilità gravi in età evolutiva ;
- per persone con turbe neuropsicologiche acquisite .

A seguito A seguito dell'applicazione delle linee guida del 1998 e della rilevazione effettuata a livello regionale la situazione attuale è rappresentata nelle tabelle sottoriportate :

Unita Spinale	13/21
UGC	19/21
UG in età evolutiva	8/21
Unità per le turbe neuropsicologiche	6/21



Punti di miglioramento :

- concentrazione adeguata di posti letto a livello regionale ;
- inserimento di questi posti letto all'interno di un dipartimento di riabilitazione per garantire la continuità del percorso ed il coordinamento fra i diversi settingassistenziali-riabilitativi ;
- garanzia di una presa in carico appropriata dei pazienti in età evolutiva ;
- garanzia di passaggio a settinga minore impegno al mutare delle condizioni di intensività ;
- miglioramento della presa in carico territoriale ;
- introduzione di criteri oggettivabili di complessità assistenziale e riabilitativa (indicatori) .

Necessità emergenti in ambito riabilitativo

L'evoluzione epidemiologica e demografica e lo sviluppo di nuove tecnologie, che consentono il superamento di fasi critiche di patologie ad evoluzione cronica con disabilità acquisita, determinano la crescita del problema delle criticità post-acute nelle gravi disabilità .

Una risposta adeguata a tali necessità, come già dimostrato da esperienze in alcune regioni, potrebbe prevedere l'istituzione di unità spinali e unità per gravi disabilità cardio respiratorie caratterizzate da team multidisciplinari dedicati e da strutture logistiche funzionali con dotazione di specifiche tecnologie avanzate.

Unità spinali

L'unità spinale, in connessione funzionale con un DEA di I livello, è destinata a completare, in collaborazione con le USU, la rete dedicata ai pazienti spinali nonché ad assistere pazienti con:

- lesione midollare, sia di tipo traumatico che non traumatico (infettiva, vascolare e neoplastica), stabilizzati clinicamente, senza gravi problematiche respiratorie ;
- complicanze, quale esito di lesione midollare che, per la gravità e la complessità della gestione clinica e diagnostica, non possono essere gestite adeguatamente e con sicurezza in regime di degenza intensiva ;
- necessità di valutazioni clinico-diagnostiche di foiow-up, ai fini della prevenzione di complicanze e che, per la complessità del quadro clinico, non possono essere seguite in altri setting assistenziali .

Unità per gravi patologie respiratorie

L'Unità per gravi patologie respiratorie disabilitanti è un'unità sub-intensiva finalizzata alla gestione prevalente delle emergenze in via di stabilizzazione delle malattie respiratorie ; in essa trovano accoglienza, oltre ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta da cause primitive respiratorie e da malattie neuromuscolari o da insufficienza respiratoria cronica riacutizzata, anche i pazienti pre e post-trapianto del polmone.

È collocata in strutture ospedaliere dotate o funzionalmente collegate con Unità di terapia intensiva, cardiologia pneumologia e chirurgia toracica .

Gli interventi per i pazienti trattati nell'Unità sono focalizzati alla definitiva stabilizzazione respiratoria ed internistica, al ripristino della autonomia nelle funzioni vitali di base, al trattamento iniziale delle principali menomazioni invalidanti e, ove possibile, allo svezzamento totale o parziale dal ventilatore .

I pazienti che vi accedono sono caratterizzati da :

- stato di insufficienza respiratoria in via di stabilizzazione o comunque potenzialmente instabili che necessitano di monitoraggio continuo ;

- ventilazione meccanica invasiva continua e/o subcontinua come elemento indispensabile di ammissione (secondaria o meno a coma ipercapnico) .

Unità per gravi patologie cardiologiche

L'Unità per gravi patologie cardiologiche disabilitanti è destinata all'assistenza di pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per il perdurare di problematiche complesse post acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, ma con potenzialità di recupero clinico funzionale . Gli interventi per pazienti dell'Unità sono focalizzati alla definitiva stabilizzazione internistica, al ripristino della autonomia delle funzioni vitali di base e al trattamento iniziale delle principali menomazioni .

È collocata in strutture ospedaliere dotate o funzionalmente collegate con cardiochirurgia e cardiologia .

I pazienti provengono :

- dalle Unità di terapia intensiva cardiologica per evento acuto recente (sindrome coronarica acuta entro i primi 5 giorni), con un programma di dimissione precoce ;
- dalle Unità di terapia intensiva chirurgica, precocemente (post intervento - entro i primi 5 giorni) o, perché gravati da complicanze, in fase successiva (fase di cronicizzazione ad elevata„ necessità assistenziale) ;

oppure sono:

- affetti da insufficienza ventricolare severa e/o scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, necessitanti di supporto infusivo e monitoraggio continuo dei parametri emodinamici, che rendono impossibile in quel momento la dimissione del paziente e la gestione domiciliare dello stesso .

Riabilitazione estensiva

Le attività di riabilitazione estensiva sono erogabili in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, in regime residenziale a ciclo continuativo o diurno . Si caratterizzano in interventi sanitari di riabilitazione :

per pazienti non autosufficienti, con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovarsi o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica . In tale fase condizione trovano anche un setting, quando non appropriato in intensiva, le patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità così come precedentemente definito (PAC), che presentano situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbilità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa . Tali situazioni richiedono di essere gestite in contiguità alle specialità ed alle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'acuzie . Gli interventi hanno come obiettivo l'ulteriore stabilizzazione clinica con il ripristino di condizioni di autonomia e/o di gestibilità in ambito extraospedaliero . I pazienti che vi accedono sono caratterizzati da:

- comorbidità concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa ;
- necessità di competenza specialistica riabilitativa nella gestione della persona con disabilità in condizioni di criticità e necessità di consulenze medico-specialistiche multidisciplinari .

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 1 ora giornaliera, erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico .

L'assistente sociale, e ove necessario lo psicologo, sono di supporto all'intervento riabilitativo e alla definizione e realizzazione del piano di dimissione/reinserimento in tempi congrui ; di norma la degenza non deve essere protratta oltre 60 giorni

Tutte le attività assistenziali e riabilitative devono essere documentate e registrate all'interno della cartella clinica riabilitativa che è parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.)

Il territorio

Il percorso riabilitativo dipartimentale trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione. L'ambito territoriale diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF) .

Infatti a completamento dei progetti riabilitativi individuali si ha bisogno di proseguire l'intervento riabilitativo finalizzato alla realizzazione dell'integrazione e dell' inclusione sociale . Gli interventi di riabilitazione estensiva, a minore intensità, possono essere perciò funzionali al raggiungimento degli obbiettivi fissati dal progetto individuale, specie per attività specializzate verso l'inserimento/reinserimento lavorativo, l'integrazione scolastica realizzando una vita indipendente all'interno della comunità .

Dimissione dalla degenza

In coerenza con il principio di "presa in carico della persona" e con la necessità che sia garantito alla persona con disabilità ricoverata acuzie un percorso riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa, devono essere curate e monitorate in ambito dipartimentale, con adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza, le fasi di passaggio tra i vari setting riabilitativi ed in particolare le dimissioni protette e le dimissioni critiche" nonchè la necessaria continuità di interventi riabilitativi al domicilio o in strutture assistenziali (in raccordo con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, nonché con i servizi territoriali) .

Ambulatorio

Nell'ambito dell'organizzazione del Dipartimento a livello ambulatoriale ospedaliero ed extraospedaliero bisogna differenziare due ben distinte tipologie di utenti definite in base a differenziati bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza:

- "caso complesso": utenti affetti da menomazioni e/o disabilita importanti, spesso multiple, conpossibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multi professionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione) che effettui una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici .

Tali attività riabilitative vengono erogate sotto forma di pacchetti ambulatoriali complessi all'interno di strutture dipartimentali riabilitative (esempi di attuazione attualmente in essere sono il Day Service o i centri ambulatoriali dedicati come da esperienze regionali), con una durata complessiva dei trattamenti di almeno 90 minuti . Le attività assistenziali somministrate ai pazienti devono essere registrate in una Cartella Clinica riabilitativa dove registrare le variazioni rilevate nel compimento del Progetto Riabilitativo Individuale (P .R.L), articolato nei diversi programmi riabilitativi .

- "caso non complesso": utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o tramite il PRI da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione ; tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo ; la durata dell'accesso deve essere almeno di 30 minuti. Le attività di riabilitazione in regime di assistenza specialistica ambulatoriale possono essere comprese tra quelle erogate dalle strutture e dai servizi collocati in ambito ospedaliero dedicati all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti esterni .

Si accede ai Percorsi riabilitativi ambulatoriali tramite visita del medico specialista in riabilitazione su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS) che indica la/e problematica/he clinica/he da valutare. La visita si conclude con la relazione specialistica al MMG/PLS e la successiva presa in carico, ove necessario, della persona ; la tempistica dell'accesso dovrà tener conto del gradiente di modificabilità della disabilità e dei possibili rischi di complicanze .

Ogni regione dovrà esplicitare tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo. Al fine del rispetto dei tempi stabiliti è necessaria un'appropriata programmazione che è possibile attuare solo attraverso l'integrazione all'interno del Dipartimento di riabilitazione .

Domicilio

La restituzione della persona al proprio ambiente di vita è l'obiettivo principale del percorso riabilitativo verso il quale devono convergere tutti gli interventi pianificati dal progetto riabilitativo individuale .

I trattamenti riabilitativi a domicilio possono costituire in tal senso il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti all'interno del PRI rappresentando il terreno di massima cooperazione con il MMG/PLS .

Possono essere erogati quando previsti dal progetto riabilitativo elaborato da parte del medico specialista in riabilitazione oppure nei casi in cui, a fronte di un bisogno riabilitativo, il paziente è impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali .

Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapista occupazionale, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative . A tal fine sono da prevedere accessi domiciliari da parte del medico specialista in riabilitazione e di competenze specialistiche e tecniche per gli interventi di competenza e l'addestramento dei caregiver

Strutture socio-sanitarie

Per le strutture socio-sanitarie non esplicitamente citate nei precedenti paragrafi che effettuano trattamenti riabilitativi in ambito territoriale indicate da precedenti normative, le regioni potranno prevederne la collocazione appropriata in base ai requisiti regionali dell'accreditamento al fine di garantirne una corretta integrazione nella propria rete riabilitativa, tenendo conto di quanto previsto dalla D .Lgs 229199 .

Esercizio fisico e disabilità

Il Piano nazionale della prevenzione (2010-2012) ha valorizzato il ruolo dell'attività fisica nel promuovere non solo il benessere nelle persone sane, ma anche l'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e disabilità, in questo rappresentando un logico e fisiologico proseguimento della riabilitazione .

Il processo riabilitativo, infatti, con i suoi interventi terapeutici riveste un ruolo indispensabile ed insostituibile fino a quando è presente nel paziente un possibile cambiamento attivo del livello di funzionamento ; oltre tale limite è, però, necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con disturbi cronici .

Nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità .

L'AFA (Attività Fisica Adattata), ha diversi ruoli : ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere ed appare quindi come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di creare un circolo virtuoso .

L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile .

Da un'AFA svolta con regolarità potranno derivare : miglioramento del cammino, della resistenza allo sforzo, minori difficoltà a compiere le attività della vita quotidiana necessarie per l'autonomia in ambito domestico e fuori casa ; essa, inoltre, favorisce ed incentiva la socializzazione, migliorando il tono dell'umore, la motivazione, le relazioni sociali e familiari .

Infine non va dimenticato il valore dell'AFA in senso educazionale - formativo attraverso il coinvolgimento attivo del soggetto nel proprio progetto di salute e di autonomia possibile, grazie alla promozione di una regolare attività e di più appropriati stili di vita .

I luoghi in cui si svolgono le AFA possono essere palestre comunali, strutture protette, associazioni, centri fitness, spazi all'aperto (piste ciclabili, percorsi vita etc), comunque non ambienti sanitari .

Fondamentale nella strutturazione dei percorsi e nella ricerca di spazi dedicati risulta il coinvolgimento dei servizi sociali, associazioni di volontariato, ecc .

Gli operatori che presiedono a queste attività non sono professionisti della sanità . Per tutti questi operatori è indispensabile un'opportuna formazione specifica sulle tematiche della disabilità motoria .

Fra le strutture specialistiche per la prescrizione dell'attività fisica, gli specialisti della Medicina dello Sport possono contribuire alla definizione dei protocolli di attività, monitorando l'evoluzione del riadattamento .

Poiché i programmi AFA non rientrano nelle prestazioni sanitarie riconosciute dal DPCM 29 novembre 2001, il costo non è attribuibile al SSN, ma vanno considerati come ideale prosecuzione del percorso di ricondizionamento da promuovere nel territorio e le Regioni nell'ambito della propria autonomia potranno determinarne le modalità applicative nell'ambito delle loro scelte programmatiche.

Le AFA si configurano sostanzialmente come attività motorie di gruppo; tali gruppi devono essere ristretti ed omogenei ed il criterio di aggregazione può basarsi sul profilo funzionale degli utenti . Altra caratteristica di tali programmi, trattandosi di attività di mantenimento, è di essere il più possibile continuativi nel tempo

L'espletamento di tale attività avverrà nelle competenze delle articolazioni organizzative presenti nel territorio (medicina primaria) ed il ruolo dei medici specialisti in riabilitazione potrà essere di supporto, di coordinamento e di contributo specifico nelle situazioni più critiche.

5. La ricerca in riabilitazione

La medicina riabilitativa per molti anni ha subito le conseguenze dell'assenza di percorsi e strumenti scientificamente validi e validati, facendo di un approccio empirico il proprio modus operandi nell'assistenza e nella ricerca . Nell'epoca della medicina basata sull'evidenza, tale approccio ha creato un profondo divario culturale e scientifico tra riabilitazione e altre specialità che solo negli ultimi anni ha cominciato ad essere colmato .

La ricerca in riabilitazione ha compiuto grandi progressi, negli ultimi anni, avvalendosi dei contributi metodologici della evidence based medicine. Tradizionalmente il principale interesse scientifico è stato lo studio delle alterazioni fisiopatologiche e del recupero delle funzioni ; più recentemente è stato condotto un numero crescente di trials prospettici in cui si è valutata l'efficacia della riabilitazione nelle disabilità derivanti da varie patologie . Per alcune condizioni sono già disponibili meta analisi di trials controllati, da cui derivano importanti indicazioni per lo sviluppo della ricerca quali l'utilizzo di nuove tecnologie in riabilitazione come ad esempio la robotica, la realtà virtuale e la teleriabilitazione .

La ricerca in riabilitazione presenta delle peculiarità che la differenziano dalle altre discipline ; gli outcomes della riabilitazione, ad esempio, sono di difficile misurazione in quanto volti a valutare i comportamenti e non un singolo parametro biologico.

In questo senso la ricerca in medicina riabilitativa non si focalizza solo sul danno d'organo, ma sulla riduzione della disabilità ottenuta sia mediante interventi diretti alla funzione o alla struttura, sia mediante strategie atte a ridurre le limitazioni e le restrizioni della partecipazione, ottenute anche e soprattutto agendo sull'interazione tra persona e contesto, ponendo la persona al centro del suo agire.

E' auspicabile l'implementazione e promozione di una attività di ricerca interdisciplinare che si prefigga l'obiettivo di contribuire a :

- definire strumenti di misurazione secondo la "International Classification of Functioning" dell'OMS essenziali alla costruzione di indicatori specifici per la riabilitazione ;
- identificare validati protocolli di inserimento/reinserimento nel proprio ambito familiare e sociale;
- identificare strategie e metodologie di valutazione dell'adattamento e dell' inserimento/reinserimento lavorativo/scolastico ;
- elaborare nuovi modelli organizzativi per l'integrazione delle diverse risorse (interne ed esterne al sistema sanitario, pubbliche e private), al fine di garantire l'efficienza dell'intero sistema ;
- identificare e validare criteri di appropriatezza nei percorsi riabilitativi ed indicatori di efficacia ed efficienza del processo .

Le strutture deputate alla ricerca in riabilitazione devono possedere competenze e metodologie di lavoro in grado di sviluppare un livello di approfondimento analitico, nonché capacità clinica, anche di integrazione con la rete delle attività di cura nel suo complesso .

Nella medicina dell'evidenza la ricerca necessita di luoghi idonei, fra cui le stesse strutture del SSN, che, oltre ai compiti assistenziali svolgono quelli di ricerca clinica ; ha anche bisogno di soggetti dedicati che sappiano coniugare le capacità riabilitative complessive con quelle specifiche della ricerca . E' inoltre indispensabile che tutto ciò sia connesso con i luoghi delle cure in termini di "domanda", per orientare la ricerca e per tradurre le attività in vantaggio clinico da trasferire tempestivamente nelle attività quotidiane di cura .

Peraltro, visto che gli interventi riabilitativi mirano a coinvolgere la globalità della persona, la valutazione di indicatori di esito risulta particolarmente difficile . Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla complessità di ogni singolo caso, che rende problematica l'applicazione delle metodologie di ricerca usualmente utilizzate in altre discipline ; da qui la possibile utilizzazione della metodologia del "caso singolo" purché sia stata usata la metodologia scientifica .

Diventa perciò essenziale potenziare la "capacità di ricerca" in riabilitazione, intesa come il processo di sviluppo individuale e istituzionale che conduce a un più alto livello di conoscenze e a maggiori abilità nel condurre una ricerca proficua

6 . Spesa Sanitaria e Riabilitazione

Il quadro epidemiologico evidenzia come il miglioramento generale delle condizioni di vita abbia portato all'incremento di persone con malattie croniche o disabilità e ad un crescente ricorso alla riabilitazione intesa come processo che mira al recupero delle persone con disabilità ed alla qualità di vita.

L'ultima rilevazione ISTAT 2005 evidenzia che in Italia le persone con disabilità sono 2 .609 .000 pari al 4,8% della popolazione con oltre 6 anni di età che vive in famiglia . Valutando che sono oltre 200.000 i pazienti

residenti nei presidi socio sanitari si raggiunge un valore complessivo di circa 2,8 milioni di persone con disabilità .

L'analisi sull'attività di ricovero, fonte della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, documenta che su 12 .128.678 ricoveri nel 2008 ben 361 .391 sono di riabilitazione di cui 294 .644 in regime ordinario e 64 .747 in day hospital .

L'evoluzione epidemiologica non ha trovato un'adeguata risposta in termini quantitativi e qualitativi, né in strutture ospedaliere, né in quelle preposte extra ospedaliere e ambulatoriali . I dati evidenziano la sovrabbondanza di offerta di posti letto, di ricoveri nell'area degli acuti e la modesta offerta, peraltro con forte differenziazioni territoriali, nell'area della disabilità con inevitabile inappropriatezza nei ricoveri e nei processi di cura .

La Intesa Stato Regioni - Patto per la Salute 2010-2012, nella definizione dei nuovi parametri e dell'offerta ospedaliera riduce i posti letto per i pazienti acuti a 3,3 ‰ abitanti e stabilisce lo 0,7 ‰ abitanti per le attività riabilitative .

Si creano così i presupposti per una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera liberando risorse per la riabilitazione ed il territorio .

E' una nuova cultura che sta nascendo nelle aree più avanzate del Paese, che prevede modalità di accesso, tempestivi processi e presa in carico della persona indispensabili nell'ambito della disabilità, che notoriamente si avvale di sistemi in rete (ospedale e territorio) in grado di seguire il paziente negli stati evolutivi, nei rapporti di condizione fisica e relazionale .

Anche il Piano sanitario nazionale 2006-2008 auspica l'introduzione, anche nel complesso mondo della riabilitazione, di strumenti di governo clinico in grado di garantire qualità e appropriatezza, sicurezza delle cure, implementando l'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali, utilizzando i principi della medicina basata sull'evidenza .

Anche nel sistema della riabilitazione si riscontrano, nei vari sistemi regionali, pregevoli esperienze consolidate che potrebbero diventare, se adeguatamente diffuse, patrimonio comune e fonte di valutazione/approfondimento .

Non meno complessa è la dimensione territoriale ove va garantita e promossa la continuità e qualità delle cure sia nelle strutture extra ospedaliere, sia a domicilio del paziente . Fondamentale in tale processo è la presenza di servizi distrettuali ben strutturati in grado di governare la rete e i vari passaggi "da nodo a nodo".

Le reti regionali e locali vanno dimensionate in ragione dell'epidemiologia, di principi di efficienza gestionale ed anche, qualora necessario, con accordi interaziendali o interregionali che garantiscono adeguati bacini di utenza per eccellenze pubbliche e private .

Tutto ciò in visione di una sussidiarietà orizzontale in grado di coinvolgere la comunità locale, il mondo del volontariato, del no profit e quanti sono in grado di supportare il paziente oltre che nella dimensione terapeutica anche in quella affettiva e relazionale, secondo la relazione OMS in materia, ormai patrimonio di una nuova cultura assistenziale anche nel nostro Paese (modello bio-psicosociale).

In termini programmatori, soprattutto regionali ed aziendali, i precedenti capitoli hanno correttamente declinato tipologia di offerta, standard assistenziali, modalità di accesso, tecnologie e dimensione organizzativa e professionale dell'assistenza .

In questa particolare stagione di trasformazione del we/fare del nostro Paese e di condizionamenti economici internazionali, assume primaria importanza il tema della sostenibilità del sistema e di

conseguenza la capacità del modello sanitario di utilizzare al meglio e nel modo più appropriato le risorse disponibili .

Se tutto ciò è un dato di fatto, seppur con ulteriore margine di miglioramento in una parte del Paese, in altra parte, in particolare nel centro sud, la situazione dei servizi è molto meno strutturata, lungi dal garantire i livelli essenziali di assistenza previsti dalla legge e necessita di profondi processi riorganizzativi .

La garanzia dei LEA è compito specifico della Stato e la situazione dei gravi disavanzi regionali "affianca" le stesse nei processi riorganizzativi per assicurare ai cittadini equità nell'accesso e nelle opportunità terapeutiche . La questione nodale non è rappresentata comunque dal sottofinanziamento del sistema sanitario nazionale, ma dalle modalità organizzative nell'erogazione dei servizi e dall'appropriatezza del luogo di cura e di pratiche mediche basate sull'evidenza clinica. Si è riscontrato infatti una notevole differenza nei costi regionali per singoli livelli di assistenza, anche nell'area in questione, evidenziando notevoli potenzialità di miglioramento dell'efficienza e di conseguenza della qualità della spesa .

A riguardo si sottolinea l'attività del Comitato paritetico permanente per la verifica dei LEA .

Va previsto, infatti, un riaggiustamento interno anche e soprattutto in termini di risorse alle macro funzioni assistenziali, che assegni maggior spazio alla disabilità, alla medicina del territorio, all'integrazione tra prestazioni sanitarie, sociali ed ospedaliere . Un risultato di rilievo in termini di coesione della rete e di reale continuità di presa in carico del paziente può derivare dallo sviluppo dell' ICT, del fascicolo personale del paziente e della portability dei dati attraverso una card di scopo.

Ulteriori benefici, soprattutto di natura qualitativa e di rimodulazione dell'offerta, possono derivare dallo sviluppo di sistemi di accreditamento istituzionale, in grado di aprire una nuova e più qualificata stagione di collaborazione tra pubblico e privato, soprattutto in termini di complementarietà nell'organizzazione dei servizi .

L'accreditamento istituzionale offre infatti l'opportunità di sottoscrivere contratti tra soggetti pubblici (regione) e privati, che rendono più omogeneo e governato il processo erogativo e la tipologia delle prestazioni .

La normativa offre inoltre non poche opportunità di partenariato pubblico e privato anche nei processi di investimento e di messa in comune dei rispettivi know how.

E' d'obbligo un ultimo riferimento alle prospettive che si aprono con la legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale in applicazione dell'art . 119 della Costituzione .

L'obiettivo di una transizione dai costi storici ai costi standard aprirà un lungo processo di acquisizione di informazioni analitiche su costi e prestazione proprio per costruire standard di costo e di attività oggi non disponibili in modo diffuso e articolato .

I sistemi informativi, ancora poco attivi nei sistemi territoriali, costituiranno uno strumento indispensabile per arricchire le informazioni sul paziente e sul sistema di cure .

7. Conclusioni

Il presente documento costituisce indirizzo per l'attuazione da parte delle amministrazioni regionali e la contestualizzazione sul proprio territorio .

Gli indirizzi strategici sono rappresentati dalla:

• centralità del cittadino salvaguardata dal progetto individuale personalizzato e dal conseguente percorso assistenziale e riabilitativo, nonché dalla continuità del progetto riabilitativo individuale nei vari contesti e setting assistenziali ;
• necessità di un progetto riabilitativo individuale per il percorso e per la definizione dell'offerta riabilitativa
• individuazione nel progetto riabilitativo individuale della conclusione della presa in cura sanitaria rispetto agli esiti ;
• organizzazione dell'equipe in team multidisciplinare e interprofessionale con evidenziazione del ruolo del responsabile del team e della sua connotazione disciplinare ;
• evidenziazione delle necessità emergenti in ambito riabilitativo con soluzioni per le criticità post-acute nella gravi disabilità ;
• coordinamento unificato dei vari percorsi assistenziali caratterizzato dal modello dipartimentale

PIANO SANITARIO REGIONALE 2008-2010

UN SISTEMA DI GARANZIE PER LA SALUTE

Delibera Giunta Regionale n° 869/C del 27 agosto 2007

A questo punto è importante citare il piano sanitario regionale della Regione Abruzzo del 2008-20010 perché, facendo riferimento alle Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998, nel capitolo "5.2.7.3. Il sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità" applica nella nostra regione le nuove definizioni della disabilita dell'ICF 2001.
Vengono ridefiniti i concetti di "disabilità", le strategie di intervento, la metodologia di intervento, la tipologia dei soggetti coinvolti e la giustificazione degli interventi.
Le novità apportate sono praticamente le stesse adottate fino ai giorni nostri, con marginali modifiche. Riportiamo integralmente un paragrafo fondamentale per la definizione dei setting operativi, tuttora in vigore.
5.2.7.3.1. Logiche generali della rete della Riabilitazione
La Rete della Riabilitazione è costituita da un complesso di setting operativi (ospedale, residenze, semiresidenze, ambulatorio e domicilio) che hanno l'obiettivo di garantire il massimo recupero funzionale e socio-relazionale nei soggetti affetti da menomazioni e limitazioni funzionali congenite od acquisite.
Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è la individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante un percorso assistenziale che garantisca l'insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate.

Nelle tabelle 22 e 23 vengono riportati i setting operativi e il percorso di assistenza “tipo” sulla base dei quali costruire i profili di assistenza specifici.

Tabella 22- Setting operativi della riabilitazione

TIPOLOGIA DI SETTING E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI RIFERIMENTO	CRITERI GENERALI DI SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI SETTING
Ricovero in Unitá Operative ospedaliere per acuti	Quando i pazienti sono in fase acuta, e clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con problematiche cliniche la cui gestione richiede un intervento continuativo da parte di specialisti di discipline diverse dalla Medicina Fisica e Riabilitativa. Gli interventi riabilitativi hanno l'obiettivo di collaborare alla prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie nelle patologie disabilitanti o a rischio di disabilitá. É compito del servizio riabilitativo attivare le procedure e prendere i contatti necessari per garantire la continuitá assistenziale attraverso la presa in carico del paziente da parte delle strutture riabilitative della rete assistenziale regionale, in modo adeguato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali del paziente stesso.
Ricovero ordinario in Unitá Operative ospedaliere di riabilitazione intensiva (Codice disciplina 56/**Residenze di riabilitazione Intensiva)**	Quando i pazienti hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e permangono a rischio potenziale di instabilitá clinica tale da rendere necessaria una tutela medica specialistica riabilitativa e necessitano di interventi di nursing specificatamente dedicato ed articolato nell'arco delle 24 ore. I pazienti possono giovarsi, inoltre, di un intervento riabilitativo intensivo **(almeno tre ore di trattamento** nell'arco dell'intera giornata**),** e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione), nonchè di un supporto multispecialistico e tecnologico **adeguato**.

Ricovero in day hospital in Unitá Operative ospedaliere di Riabilitazione intensiva (codice disciplina 56)	Quando i pazienti, affetti da disabilitá modificabile di varia origine, hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprensivo distribuito nell'arco delle ore diurne ed un supporto multidisciplinare e tecnologico ospedaliero, senza la necessitá di una tutela medica ed interventi di nursing per l'intero arco delle 24 ore.
Degenza in Residenze di Riabilitazione Estensiva e Semiresidenziale	Quando i pazienti, affetti da disabilitá modificabile di varia origine, hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e sono a basso rischio potenziale di instabilitá medica oppure si trovano in condizione di non autosufficienza con disabilitá croniche, abbisognevoli nell'arco delle 24 ore (6/12 ore per le semiresidenziali) di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprensivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione).
Degenza in RSA disabili adulti ed RA disabili adulti	Destinata a soggetti non autosufficienti con scarse prospettive di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali é necessario un progetto riabilitativo di struttura finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilitá comunicativo- relazionali.
Ricovero/soggiorno in Comunità socio-riabilitative familiari per disabili, riconducibili al cosiddetto modello del "dopo di noi", per disabili adulti	Destinata a disabili gravi (disabilità certificata ai sensi della L. 104/1992, art. 3, comma 3) che conservano parziali ambiti di autonomia, ma privi di supporto familiare (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare) finalizzate a garantire il diritto del disabile a vivere in strutture a dimensione familiare e a consentire – per quanto possibile – il suo inserimento sociale e lavorativo.
Intervento ambulatoriale	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulanti, che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilitá acquisite, nonchê per coloro che sono affetti da menomazioni e disabilitá di modesta entitá e gravitá, abitualmente segmentarie, transitorie e/o croniche. L'erogazione degli interventi riabilitativi ambulatoriali si caratterizza in due ben distinte tipologie generali di intervento: • **Attivitá ambulatoriali** finalizzate alla realizzazione di **programmi riabilitativi nell'ambito di progetti riabilitativi individuali**, relativi a soggetti affetti da disabilitá importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine da parte di un team riabilitativo multiprofessionale quali, ad esempio, i pazienti affetti da paralisi motorie, deficit di coordinazione, disturbi del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, amputazioni, ecc. • **Attivitá ambulatoriali** finalizzate all'erogazione di **semplici prestazioni** valutative e terapeutiche nei confronti di disabilitá transitorie e/o minimali quali le artropatie degenerative segmentali, esiti di fratture scheletriche, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, ecc. che richiedono l'esecuzione di brevi programmi terapeutico- riabilitativi e sono orientate ad un largo numero di utenti (Prestazione specialistica Fisica-Riabilitativa).

Intervento domiciliare	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita che debbono acquisire abilitá specifiche nell'ambiente in cui vivono, nonchè per soggetti con difficoltá di trasporto e che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilitá acquisite.

Tabella 23- Profilo Assistenziale Riabilitativo Tipo (Base)

FASE	DIMENSIONE/ target principale/i	OBIETTIVI (finalitá principali degli interventi riabilitativi)	AZIONI
ACUTA: dal momento dell'insorgenza della lesione fino alla stabilizzazione delle problematiche internistiche (stabilitá o miglioramento dei parametri vitali, nelle condizioni generali e locali)	• danno • menomazione	• supporto agli interventi assistenziali nella prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie • minimizzazione delle menomazioni • predisporre il percorso paziente garantendo la continuitá assistenziale	• identificare e prevenire i potenziali danni e menomazioni conseguenti alla malattia ed alle procedure assistenziali • effettuare una prognosi di recupero ed individuare i bisogni riabilitativi futuri del paziente (Diagnosi riabilitativa e delineazione di massima del progetto/percorso riabilitativo) • attivare e predisporre quanto necessario per una tempestiva consegna del paziente alle strutture della rete
POST-ACUTA: dalla stabilizzazione delle funzioni vitali e del danno fino al raggiungimento di un livello di autonomia in grado di permettere di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita	• menomazione • attivitá	• trattamento delle menomazioni • minimizzazione della disabilitá residua • informazione ed addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti inemendabili	• effettuare una completa diagnosi riabilitativa • formulazione ed avvio del progetto riabilitativo individuale, articolato in programmi specifici per le diverse aree di intervento. • pianificazione della dimissione: • predisposizione dell'ambiente di vita • addestramento del paziente e dei famigliari alla gestione delle problematiche residue • adeguata riconsegna del paziente al MMG • informazione e coinvolgimento dei servizi e delle strutture sociali necessarie a facilitare la vita nel proprio ambiente • formalizzazione di indicazioni per l'ulteriore realizzazione del progetto riabilitativo individuale • programmazione del follow up
DEL COMPLETAMENTO DEL RECUPERO: dal raggiungimento del livello di autonomia in grado di permettere di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita, fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue	• menomazione • attivitá • partecipazione • fattori contestuali	• trattamento delle menomazioni • minimizzazione della disabilitá residua • informazione ed addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti inemendabili	• attualizzazione del progetto riabilitativo individuale • realizzazione dei programmi riabilitativi necessari al completamento del progetto riabilitativo individuale
DEGLI ESITI: • dalla stabilizzazione della disabilitá residua al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale e la migliore qualitá di vita possibile, in funzione delle menomazioni e disabilitá	• partecipazione • fattori contestuali • attivitá	• facilitazione all'utilizzo ottimale delle abilitá e competenze acquisite in ambito famigliare, sociale e lavorativo • modificazione ed adattamento dell'ambiente di vita per favorire al meglio l'utilizzo delle capacitá residue • mantenimento del livello di abilitá e di competenze acquisito	• controlli periodici • predisporre e realizzare gli interventi previsti nel progetto riabilitativo individuale e quanti si rendessero necessari per il mantenimento della funzionalitá e della qualitá di vita raggiunti

ACCREDITAMENTO DEI LUOGHI DI CURA

L'accreditamento dei luoghi di cura e dei soggetti erogatori della prestazioni è stato nel corso degli anni un problema che ha avuto dei grossi riflessi sulla gestione della riabilitazione in Abruzzo generando confusione normativa e creando situazioni di incertezza negli operatori sanitari e di malumori dei cittadini.

Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502, così come modificato dal decreto Lgs. 7 dicembre 1993 n.517, ha introdotto il concetto di "Accreditamento delle strutture pubbliche e private". Il comma 5 dell'art. 8 del citato decreto legislativo 502/92 stabilisce che le ASL si avvalgono, per l'erogazione di prestazioni sanitarie, di strutture pubbliche e private. Spetta alle Regioni e alle U.S.L., dice ancora il successivo comma 7, instaurare con i soggetti erogatori i nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento, sulle modalità di pagamento o prestazione e sull'adozione di sistemi di verifica.

L'accreditamento lo si definisce così. "E' una attività di valutazione periodica per rilevare non soltanto l'adesione ai criteri previsti da leggi e regolamenti, ma soprattutto per promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari in termini di continuo miglioramento e di adeguatezza ai bisogni di salute (MCQ)". Esso è nato dall'esigenza di professionisti di garantire un giusto riconoscimento professionale volontario, mirante a garantire che la qualità delle prestazioni sanitarie non scenda sotto i livelli minimi ritenuti accettabili e che sia soggetta ad un continuo processo di miglioramento. Il termine accreditamento va tenuto nettamente distinto da "autorizzazione" che rappresenta un atto giuridico che ha la natura della rimozione di un divieto e rappresenta una procedura di valutazione esterna della struttura, finalizzata a verificare la presenza dei requisiti strutturali minimi previsti dalla normativa (leggi e regolamenti) per poter erogare la prestazione sanitaria come per esempio quelli convenuti nel DPR 14/01/1997. In altre parole l'autorizzazione è legata al pieno rispetto "di requisiti di legge" mentre la certificazione che porta a conclusione un processo di accreditamento rappresenta la verifica del rispetto di criteri standard di qualità predefiniti ed ha una validità limitata nel tempo.

CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 - AGGIORNAMENTO DICEMBRE 2015

ASL 01 - Avezzano-Sulmona-L'Aquila

ANESIS S.R.L.

Avezzano

Piazza Torlonia 83

CONSORZIO SAN STEF.AR. ABRUZZO COOP. SOCIALE SPA

Castel di Sangro

Via Porta Napoli snc

L'Aquila

Via Pirro Aloisio Scrivà 1

FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS

Avezzano

Via ruggieri 4

Sulmona

Via Mazzini 73

FONDAZIONE PAOLO VI

Raiano

Viale Medaglia d'Oro Di Bartolo 12

MEDICAL MARSICANO S.r.l.

Capistrello

Via Roma, 7

MEDISALUS SRL

Lecce nei Marsi

Via Magoranese 1

VIA MAGORANESE, 1

NOVA SALUS SRL

Trasacco

Via Roma 75/A

SAN RAFFAELE

Sulmona

Via dell'Agricoltura

VILLA DOROTEA - VILLA LETIZIA SRL

Scoppito

Loc. Macere

ASL 04 - Teramo

ANFFASS Onlus - Centro Iperbarico

Teramo

Via S. D'Acquisto, 9 - Loc. San Atto

CENTRO RIABILITATIVO POLIVALENTE PRIMAVERA

Sceme di Pineto

Piazza Don Silvio De Annuntiis

CONSORZIO SAN STEF.AR. ABRUZZO COOP. SOCIALE SPA

Alba Adriatica

Via A. Bafile, 29/31

Atri

Viale Risorgimento

Roseto degli Abruzzi

Via Basilicata, 12

Sant'Egidio Alla Vibrata

Via Po, 14

Teramo

Via A. Pepe, 31/E

FONDAZIONE PICCOLA OPERA CHARITAS

Giulianova

Via Ruetta Scarafoni, 3

SANEX S.R.L.

Campli

Strada Statale 81 Località Bivio di Campli snc

VILLA SERENA

Pineto

Via Nazionale Adriatica KM 424

WELNESS S.R.L.

Montorio Al Vomano

Via Piave snc

Loc. Macere

ASL 02 - Lanciano - Vasto - Chieti

CASA DI CURA PRIVATA SANTA CAMILLA - SOCIETA' PER AZIONI

Chieti

Via dei Frentani 228

CENTRO IMPRENDITORIA SANITARIA EUROPEA S.R.L. - C.I.S.E. S.R.L. -MEDICAL CENTRE MARIA AUSILIATRICE SRL

Palena

C.da Colle Veduta

CENTRO MEDICO SOCIALE DI RIABILITAZIONE SAN ROCCO

Atessa

Viale Rimembranza 11

Casoli

C.so Umberto I, 155

CONSORZIO SAN STEF.AR. ABRUZZO COOP. SOCIALE SPA

Casalbordino

Via G. Leopardi, 16

Chieti

Viale Abruzzo, 251/E
Viale Europa, 1

Lanciano

Via Parma, 1

San Salvo

Via Liquirizia snc

Vasto

Via Pompeo Suriani 3/a

Villa Santa Maria

Via Scesa Valli, 15

FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS

Gissi

Contrada Serra 2

Lanciano

Zona industriale 65/a

SCERNI

(vuoto)

Vasto

C.da Lebba
C.da San Tommaso - s.s. 16 Sud
Via Platone 50
Viale Dalmazia 116

FONDAZIONE PAOLO VI

Chieti

Via dei Crociferi, 57

FONDAZIONE PICCOLA OPERA CHARITAS

Chieti

Via Porta Monacisca, 3

IL CIRENEO O.N.L.U.S.

Lanciano

Via Dei Cappuccini 443

Vasto

ViaSan Rocco

ISTITUTO SANTA CATERINA

Francavilla al mare

Via F.P. Tosti 116

Istituto Suore Compassioniste Serve di Maria

Chieti

Via Pescara 157

MONTEFERRANTE SRL

Lanciano

Via del Mare, 94

ASL 03 - Pescara

CONSORZIO SAN STEF.AR. ABRUZZO COOP. SOCIALE SPA

Montesilvano

Via Verrotti, 17

Pescara

Piazza Garibaldi 10/11

FONDAZIONE PAOLO VI

Bolognano

Via Madonna del Monte, snc

Castiglione a Casauria

C.da San Clemente 23

Penne

Piazza Duomo 7

Pescara

Via Pesaro 9

Via Tavo, 86

Viale Papa Giovanni XXIII num.55

IL PICCOLO PRINCIPE

Pescara

Via del Santuario, 160

ISTITUTO DON ORIONE

Pescara

Via Aterno, 176

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO PUA

Dopo aver definito il setting assistenziale illustriamo le modalità di accesso al sistema della riabilitazione da parte del Medico di Medicina Generale.

Il percorso assistenziale inizia con l'invio del paziente al PUA istituito con Decreto del Commissario ad ACTA n° 107 del 20 dicembre 2013 con allegato le "Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale".

Il MMG invierà il paziente compilando la scheda n° 2 (Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RA) che riporta le esigenze del paziente.

La Unità di Valutazione Multidimensionale autorizzerà o meno l'accesso ai centri di riabilitazione in tutte le forme previste.

Per i casi a tipologia semplice che possono essere assistiti in ADI le modalità operative sono riportate all'art. 15.

Di seguito si riportano gli articoli delle linee guida che riguardano direttamente il MMG.

Allegato a Decreto del Commissario ad ACTA

n. 107 del 20 DIC. 2013

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

ALL. A

LINEE GUIDA REGIONALI

SULLE ATTIVITA' E SULLE PROCEDURE DI COMPETENZA DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO E DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Art. 8
Procedure di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)

8.1 Ai sensi del PSR 2008/2010 (L.R. n. 5/2008), l'autorizzazione all'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali è di competenza esclusiva delle Unità di Valutazione Multidimensionale.
8.2 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta al PUA viene formulata dal medico di Medicina Generale attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP),** secondo il modulo allegato (**Allegato n. 2**);
8.3 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal Responsabile della Unità Operativa attraverso la compilazione della

Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RP - dimissione protetta secondo il modulo allegato (**Allegato n. 3**)

8.4 Per i pazienti di cui al punto 8.2 la richiesta va presentata al PUA del Distretto di residenza per la valutazione da parte della UVM.

Per i pazienti di cui al punto 8.3 la richiesta è presentata al PUA del Distretto di insistenza territoriale della struttura che dimette; se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti. La delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.

8.5 L'UVM fornisce la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni; con l'autorizzazione definisce la tipologia di struttura, il regime, la fascia assistenziale, nonché il tempo di permanenza. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato.

8.6 L'autorizzazione UVM viene quindi immediatamente inoltrata al MMG o al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera, che hanno fatto richiesta rispettivamente secondo le Schede di cui ai predetti moduli **Allegato n. 2** e **Allegato n. 3,** ai fini della compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN in maniera conforme e congrua alla stessa autorizzazione.

Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata invece la compilazione dell'impegnativa su ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o suo delegato quale coordinatore della UVM.

Art. 9
Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)

9.1 La Struttura notifica entro 24 ore l'avvenuta presa in carico al Distretto di residenza del paziente ed al servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le strutture accreditate (a quest'ultimo va notificata anche copia dell'autorizzazione UVM; analogamente, la dimissione deve essere notificata al Distretto di cui sopra ed allo stesso servizio ASL).

9.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento sono subordinati all'autorizzazione UVM e dovranno realizzarsi entro 30 giorni dalla data di rilascio della stessa.

9.3 Il Responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso dello stesso, notifica alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le Strutture accreditate il progetto/programma di assistenza, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa. In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta percento) per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica del progetto/programma di assistenza.

9.4 Lo specialista competente per il caso in esame, individuato dalla stessa UVM che ha effettuato la valutazione, verifica la congruenza del progetto/programma di assistenza rispetto ai bisogni evidenziati in corso di valutazione e conseguentemente può accettarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione. Il progetto/programma definitivamente approvato va quindi reinviato alla Struttura ed alla UVM del Distretto di residenza qualora diverso dal Distretto della UVM che ha effettuato la valutazione.

9.5 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di ricovero, alla UVM del Distretto in cui ricade la stessa Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente; non è necessaria una nuova impegnativa. L'UVM provvederà alla rivalutazione del paziente che rimarrà in carico alla Struttura residenziale fino alla notifica dell'esito della rivalutazione.

9.6 Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

Art. 10
Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978

10.1 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta al PUA viene formulata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica**

per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), secondo il modulo allegato (**Allegato n. 2**);
10.2 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal Responsabile della Unità Operativa attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RP - dimissione protetta** secondo il modulo allegato (**Allegato n. 3**).
10.3 Per i pazienti di cui al punto 10.1 la richiesta va presentata al PUA del Distretto di residenza del paziente per la valutazione da parte della UVM.
Per i pazienti di cui al punto 10.2 la richiesta è presentata al PUA del Distretto di insistenza territoriale della struttura che dimette; se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti. La delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.
10.4 L'UVM fornisce la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni; con l'autorizzazione definisce la tipologia di struttura, il regime assistenziale ed il tempo di permanenza/numero di sedute. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato.
10.5 L'autorizzazione UVM viene quindi immediatamente inoltrata al MMG/PLS o al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera, che hanno fatto richiesta rispettivamente secondo le Schede di cui ai predetti moduli **Allegato n. 2** e **Allegato n. 3,** ai fini della compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN in maniera conforme e congrua alla stessa autorizzazione.
Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata invece la compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o suo delegato quale coordinatore della UVM.

Art. 11
Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978

11.1 I Centri di Riabilitazione notificano l'avvenuta presa in carico globale e multidisciplinare, in relazione ai bisogni del paziente, entro 24 ore al Distretto di residenza del paziente ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le strutture accreditate (a quest'ultimo va notificata anche copia dell'autorizzazione UVM). Analogamente, la dimissione deve essere notificata allo stesso Distretto ed allo stesso servizio ASL che gestisce i rapporti contrattuali con le strutture private accreditate.
11.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento dovranno realizzarsi:

a) per la riabilitazione intensiva in regime residenziale, entro 10 giorni dal rilascio dell'autorizzazione;
b) per i restanti regimi entro 15 giorni dalla data di rilascio dell'autorizzazione.

11.3 Il Responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso dello stesso, notifica alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le Strutture accreditate il progetto/programma riabilitativo, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa; il suddetto progetto/programma di riabilitazione dovrà essere redatto in conformità alle Linee-Guida Ministeriali per la Riabilitazione Extraospedaliera ("Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" del 10.02.2011, recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 539 del 29/08/2012).
In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta percento) per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica del progetto/programma riabilitativo.
11.4 Lo specialista competente per il caso in esame individuato dall'UVM che ha effettuato la valutazione verifica la congruenza del progetto/programma rispetto ai bisogni evidenziati in corso di valutazione UVM e conseguentemente può accettarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione. Il progetto/programma definitivamente approvato va quindi reinviato alla Struttura ed alla UVM del Distretto di residenza qualora diversa dalla UVM che ha effettuato la valutazione. La Struttura è tenuta al rispetto del suddetto progetto/programma autorizzato, anche relativamente alla frequenza dei trattamenti e conseguentemente alla durata complessiva dello stesso progetto/programma.
11.5 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di trattamento, alla UVM del Distretto in cui

ricade la stessa Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente; non è necessaria una nuova impegnativa. L'UVM provvederà alla rivalutazione del paziente che rimarrà in carico alla Struttura riabilitativa fino alla notifica dell'esito della rivalutazione.
Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.
11.6 Nel caso di prestazioni ambulatoriali o domiciliari, la struttura riabilitativa inoltre ha l'obbligo di comunicare al Distretto di residenza del paziente le eventuali sospensioni dei trattamenti occorse per qualsiasi causa e superiori ad un mese, per le conseguenti verifiche ed eventuali determinazioni da parte dello stesso Distretto.

Art. 12
Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa – codice 56

12.1 L'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56), avviene esclusivamente per trasferimento da un reparto per acuti, senza alcun coinvolgimento da parte dell'UVM.
12.2 L'intervento dell'UVM avviene eccezionalmente in presenza di motivate condizioni clinico – riabilitative di pazienti assistiti a domicilio o in residenze, in caso di:

1. allocazione temporanea del paziente presso il domicilio o la residenza, che sia stata causata dall'indisponibilità di posto letto in Medicina Riabilitativa (cod. 56) al momento della dimissione dal reparto per acuti; tale allocazione temporanea non dovrebbe superare il limite di dieci giorni dalla data della dimissione dal reparto per acuti;
2. riacutizzazione, secondo il concetto riabilitativo di "acuzie funzionale", laddove si verifichi una evidente riduzione del livello di performance, per cui si renda necessaria la presa in carico da parte di una équipe specializzata per un trattamento riabilitativo intensivo di almeno tre ore al giorno, attesa la possibilità di un miglioramento funzionale.

In tali casi è possibile l'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56) su richiesta del MMG/PLS attraverso la Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), secondo il modulo allegato (Allegato n. 2), corredata, laddove si ricada nel suddetto caso 2., da documentazione attestante l'effettiva riacutizzazione della patologia.

Art.15
Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI

15.1 Relativamente alle procedure per l'attivazione dell'ADI e relativa modulistica si richiamano integralmente le disposizioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13/03/2007 – Appendice "E" recante "Sistema Cure Domiciliari – Linee Guida", alla LR n. 5/2008 (Piano Sanitario Regionale) paragrafo 5.2.7.1 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. 53/2012 del 11/10/2012.

ALLEGATO N. 1
ESITO VALUTAZIONE UVM

REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale .....

Area Distrettuale _____

Distretto Sanitario di Base di _____

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Pratica/prot. n._____ **Autorizzazione n°**_____

Registro UVM n. _____ **Seduta UVM del** ___/___/_____

Valutazione su delega **NO** ☐ **SI** ☐ su delega della UVM del DSB di _____

A seguito della richiesta presentata il ___/___/_____
l'Unità di Valutazione Multidimensionale

☐ **AUTORIZZA L'UTENTE**

☐ **NON AUTORIZZA L'UTENTE**

Cognome:	Nome:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Nato a	il ___/___/_____
Residente in		
Via	n.	
Codice Fiscale:		
Recapito telefonico e/o mail		
A.S.L. residenza	Medico curante:	
Referente dell'utente: Cognome	Nome	
Recapito telefonico e/o mail		
Grado di parentela		
Amministratore di Sostegno ☐ SI ☐ NO	Tutore legale ☐ SI ☐ NO	

Per le seguenti prestazioni

A) CENTRI DI RIABILITAZIONE

☐ **RIABILITAZIONE RESIDENZIALE INTENSIVA**	◇ Fascia A ◇ Fascia B
☐ **RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA**	◇ Internato Grave ◇ Internato Medio Grave
☐ **RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE**	◇ Seminternato Grave ◇ Seminternato Medio Grave
☐ **RIABILITAZIONE AMBULATORIALE**	◇ Ambulatoriale Singolo ◇ Ambulatoriale di Gruppo
☐ **RIABILITAZIONE DOMICILIARE**	
☐ **RIABILITAZIONE EXTRA-MURALE**	
☐ **MEDICINA RIABILITATIVA COD. 56**	
☐ **ALTRO**	
Periodo assegnato (o numero e frequenza delle sedute):	
ALLEGATA S.Vn.M.Di (sezione riservata all'UVM)	

B) RSA - RP

□ R.S.A. ANZIANI ◇ Fascia Prima	◇ Fascia Seconda	◇ Fascia terza
□ R.S.A. DISABILI ADULTI ◇ Fascia Prima	◇ Fascia Seconda	◇ Fascia terza
□ R.S.A. DEMENZE ◇ Fascia prima	◇ Fascia seconda	
□ RSA PSICO-GERIATRICA		
□ STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE ANZIANI		
□ STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE DEMENZE		
□ RESIDENZA PROTETTA (R.P.)	◇ Anziani	◇ Disabili
Periodo assegnato:		
ALLEGATA: SVAMA/ S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)		

C) STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE

□ RESIDENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POST ACUZIE
□ COMUNITA' TERAPEUTICA
□ RESIDENZA PROTETTA
□ CASA FAMIGLIA
□ GRUPPO APPARTAMENTO DI CONVIVENZA
□ SEMIRESIDENZIALITA' (CENTRO DIURNO)
Periodo assegnato:
ALLEGATO PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

DATA, FIRMA E TIMBRO DEL COORDINATORE DELLA UVM

N.B. Per la fruizione delle prestazioni con oneri a carico del SSN presso strutture extraregionali:

- le Strutture extraregionali accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle Linee Guida sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20-12-2013, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate.

ALLEGATO N. 7

REGIONE ABRUZZO

Al PUA del Distretto Sanitario di Base di _____

SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)

a cura del MMG/PLS

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
COGNOME	**NOME**
Luogo e data di nascita _____ **gg/mm/aaaa**	
Nazionalità ☐ Italiana ☐ Unione Europea ☐ Extracomunitaria	
Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina	**stato civile** ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a o convivente ☐ separato/a o divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ non dichiarato
Invalidità civile ☐ Sì ☐ No ☐ Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ ***Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza***	
ASL di RESIDENZA	
Nome sul campanello:	
Recapiti telefonici: 1^ rec.	**2^ rec.**
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o care giver) : COGNOME:	**NOME:**
Recapiti telefonici: 1^ rec.	**2^ rec**
Indirizzo posta elettronica:	
MMG o PLS del Paziente: Dott.	
Recapiti telefonici 1)	**2)**
Diagnosi principale:	
1^ diagnosi concomitante	
2^ diagnosi concomitante	
Richiesta di ammissione formulata il **gg/mm/aaaa** ☐ **per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR** ☐ **per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime** ☐ Residenziale ☐ Ambulatoriale ☐ Semiresidenziale ☐ Domiciliare ☐ Extramurale ☐ **per accesso RSA/RP**	

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:	
COGNOME	NOME
Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa Percorso riabilitativo dall'evento acuto: Ricovero in medicina riabilitativa ☐ SI ☐ NO Prestazioni ex art. 26 ☐ SI ☐ NO	
Disabilità da trattare _____ _____ _____	
Elevato indice di comorbilità ☐ SI ☐ NO	
Stato di coscienza ☐ ORIENTATO ☐ DISORIENTATO ☐ COMA	
Respirazione ☐ AUTONOMA ☐ VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA ☐ OSSIGENO	
Paziente collaborante ☐ SI ☐ NO	
Deambulazione autonoma ☐ SI ☐ NO	
Alimentazione ☐ AUTONOMA ☐ SONDINO NASO GASTRICO ☐ PEG ☐ APT ☐ ALTRO	
Continenza urinaria ☐ SI ☐ NO	☐ pannoloni ☐ catetere vescicale , tipo ☐ altro
Continenza fecale ☐ SI ☐ NO	
Portatore di stomia ☐ NO ☐ SI modello e misura _____	
Evacuazione spontanea ☐ SI ☐ NO	
Accesso venoso centrale ☐ NO ☐ SI tipo e gestione _____	
Allergie e intolleranze: _____ _____	
Lesioni da decubito ☐ NO ☐ SI sede e grado _____	

Data _____ Timbro e firma Medico _____

Tel. e/o fax _____ Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – LEA 2017

I nuovi LEA 2017 ribadisco e rafforzano quanto proposto dal Piano d'indirizzo per la riabilitazione del 2011: a presa in carico multidisciplinare attraverso un programma terapeutico e riabilitativo individuale e differenziato per intensità, complessità e durata.
Si riportano di seguito integralmente gli articolo che riguardano la riabilitazione.

Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilita'

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilita' complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensita', complessita' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

a) valutazione diagnostica multidisciplinare;

b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;

c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;

d) colloqui psicologico-clinici;

e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;

g) abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita;

h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attivita' della vita quotidiana;

i) gruppi di sostegno;

j) interventi sulla rete sociale formale e informale;

k) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

l) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

n) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilita' complesse e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 34 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilita'

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni eta' con disabilita' fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalita' e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilita' clinica con disabilita' importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;

b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialita' di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilita' funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensita' a persone non autosufficienti con disabilita' fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravita' delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

1) disabili in condizioni di gravita' che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;

2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialita' di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilita' funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensita' a persone non autosufficienti con disabilita' fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

4. I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

5. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti portatori di handicap individuati dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che necessitano di cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore nei casi e con le modalita' individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° dicembre 2000 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 44 Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in regime di ricovero ospedaliero, secondo le disposizioni vigenti, alle persone non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero, le seguenti prestazioni assistenziali nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante:

a) prestazioni di riabilitazione intensiva diretta al recupero di disabilita' importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessita' e/o durata dell'intervento;

b) prestazioni di riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilita' richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;

c) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilita' croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonche' di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

2. L'individuazione del setting appropriato di ricovero e' conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalita' e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.

Art. 45 Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione

1. Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio e identico o minor
rischio per il paziente e con minore impiego di risorse. Per la determinazione dei ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero si applicano le disposizioni di cui all'art. 9-quater, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015 n. 125.

L'APPROPRIATEZZA IN RIABILITAZIONE

Secondo l'OMS
Un trattamento è appropriato se il beneficio atteso è superiore ai possibili effetti negativi previsti con un margine sufficiente a giustificarne la scelta.
Una revisione di letteratura pubblicata nel 2008 e comprendente osservazioni tra il 1966 e il 2006 ha individuato quattordici articoli che proponevano una definizione di appropriatezza. Tutte queste definizioni tendevano a indicare come appropriata una
procedura capace di evocare effetti positivi per il paziente . L' importante organizzazione americana RAND, con la introduzione dei concetti "rischi" e "benefici" ha proposto la definizione di appropriatezza più usata a livello internazionale.

Una procedura è appropriata se:

il beneficio atteso (ad es un aumento della aspettativa di vita, il sollievo da dolore , la riduzione dell'ansia, il miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad es. mortalità, morbosità, ansia, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio , tale da ritenere che valga la pena effettuarla.

Per effetto della crisi economica globale e dell'invecchiamento della popolazione la scarsa disponibilità delle risorse economiche ha introdotto il metodo gestionale della "governo clinico" basato sulla responsabilizzazione dei singoli professionisti.
Oggi, universalmente si intende per

APPROPRIATEZZA: condizione che si realizza quando al paziente giusto viene reso

- **il servizio giusto**
- **al momento giusto**
- **nella giusta quantità**

l'appropriatezza si realizza con il concorso di due componenti fondamentali:

1) APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE DELL'INTERVENTO: efficace ed indicato alla persona che la deve ricevere
2) APPRORPIATEZZA ORGANIZZATIVA DELL'INTERVENTO: arogato al livello più gradito dall'utente e meno costoso per il SSN.

La Medicina basata sulle evidenze EBM rappresenta la metodologia universale applicata per la ricerca della appropriatezza, purtroppo nel contesto della riabilitazione l'applicazione non sempre è stata semplice ed agevole.
Recita l'art. 5 del Piano di indirizzo per la Riabilitazione:
La medicina riabilitativa per molti anni ha subito le conseguenze dell'assenza di percorsi e strumenti
scientificamente validi e validati, facendo di un approccio empirico il proprio modus operandi nell'assistenza e nella ricerca . Nell'epoca della medicina basata sull'evidenza, tale approccio ha creato un profondo divario culturale e scientifico tra riabilitazione e altre specialità che solo negli ultimi anni ha cominciato ad essere colmato .
La ricerca in riabilitazione ha compiuto grandi progressi, negli ultimi anni, avvalendosi dei contributi
metodologici della evidence based medicine. Tradizionalmente il principale interesse scientifico è stato lo studio delle alterazioni fisiopatologiche e del recupero delle funzioni ; più recentemente è stato condotto un numero crescente di trials prospettici in cui si è valutata l'efficacia della riabilitazione nelle disabilità derivanti da varie patologie . Per alcune condizioni sono già disponibili meta analisi di trials controllati, da cui derivano importanti indicazioni per lo sviluppo della ricerca quali l'utilizzo di nuove tecnologie in riabilitazione come ad esempio la robotica, la realtà virtuale e la teleriabilitazione .

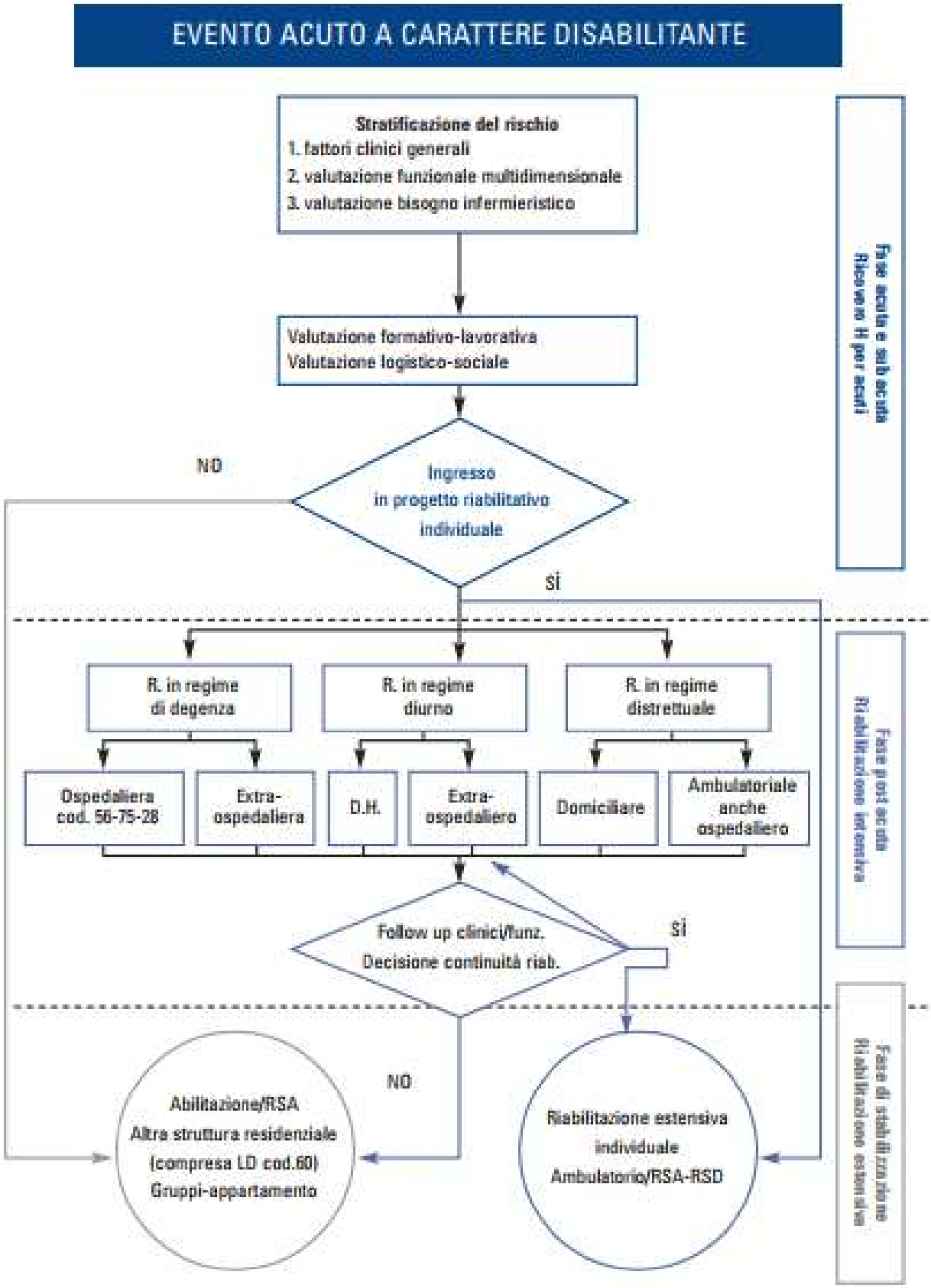
Basandosi sull'attuale normativa in materia si può costruire il percorso riabilitativo appropriato per il nostro paziente.
Come è intuitivo, è difficile costruire un percorso appropriato ideale poiché ogni paziente ha le sue peculiarità di persona, malattia, comorbilità, stadio della malattia, contesto familiare, sociale e/o lavorativo.
E' possibile una esemplificazione puramente scolastica nelle patologie acute a carattere disabilitante, per quanto riguardano le altre condizioni cliniche si fa riferimento ai casi clinici che verranno illustrati e discussi durante il corso di aggiornamento.

EVENTO A CUTO A CARATTERE DISABILITANTE
I percorsi riabilitativi si sviluppano, a partire dall'evento acuto a carattere disabilitante, sulla base di una valutazione multiprofessionale che considera, oltre ai bisogni clinici e funzionali, quelli assistenziali e quelli sociali, e individua le modalità di risposta al bisogno. Alcuni percorsi in riferimento alle caratteristiche di insorgenza dei segni disabilitanti (età evolutiva o carattere progressivo e graduale della comparsa dei segni) non iniziano con un evento acuto che richiede ricovero in reparti ospedalieri: il loro sviluppo a gestione territoriale, con il coinvolgimento del MMG, richiede comunque la valutazione multiprofessionale analogamente ai percorsi per disabilità a insorgenza acuta.
L'erogazione delle prestazioni di riabilitazione è garantita da un sistema di strutture che operano in forma fortemente integrata all'interno di una rete di servizi i cui nodi sono identificati nei:

- presidi ospedalieri
- presidi territoriali

Lo schema di flusso seguente esemplifica i percorsi possibili, a carattere intensivo o estensivo, in base al livello di tutela che deve essere garantita al paziente:

- in regime di degenza sulle 24 ore;
- in regime di degenza diurna;
- in regime distrettuale.



ASSISTENZA PROTESICA

L’accesso all’assistenza protesica e il ricorso alle tecnologie facilitanti le autonomie personali e assistenziali sono elementi intrinseci del processo riabilitativo: il progetto riabilitativo individuale definisce il livello tecnologico appropriato alle caratteristiche della persona, dei suoi bisogni e gli obiettivi dell’utilizzo degli ausili.
In questo contesto è fondamentale la conoscenza degli ausili disponibili e delle tecnologie innovative, avvalendosi del Nomenclatore tariffario delle protesi, delle tecnologie demotiche per l’ambiente domestico, degli ausili personalizzati per l’istruzione, il lavoro e il tempo libero.

Si riportano di seguito gli articoli che riguardano l’assistenza protesica del Decreto del 12.01.2017 sui nuovi LEA, molto esaustivi sull’argomento.

Art. 17 Assistenza protesica

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'art. 18 le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilita' funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilita' residue, nonche' alla promozione dell'autonomia dell'assistito.
2. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'art. 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo, il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle caratteristiche principali, eventuali condizioni o limiti di erogabilita', eventuali indicazioni cliniche prioritarie volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Le prestazioni e i dispositivi sono erogabili nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel nomenclatore.
3. Il nomenclatore contiene:
a) le protesi e le ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi. I dispositivi e le prestazioni di cui alla presente lettera sono indicati nell'elenco 1;
b) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, indicati nell'elenco 2A, che, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;
c) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato, indicati nell'elenco 2B.
4. Nel caso in cui risulti necessario l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione e' prescritta dal medico specialista ed eseguita, a cura dei soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto degli ausili, da professionisti abilitati all'esercizio della professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, nel rispetto dei compiti individuati dai rispettivi profili professionali.
5. Qualora l'assistito, al fine di soddisfare specifiche, apprezzabili, necessita' derivanti dallo stile di vita o dal contesto ambientale, relazionale o sociale richieda, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati, con caratteristiche

strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico effettua la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta, indicando il codice della tipologia cui il dispositivo appartiene e informando l'assistito sulle sue caratteristiche e funzionalita' riabilitative-assistenziali. L'azienda sanitaria locale di competenza autorizza la fornitura. L'eventuale differenza tra la tariffa o il prezzo assunto a carico dall'azienda sanitaria locale per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi ed il prezzo del dispositivo fornito rimane a carico dell'assistito; parimenti, rimane a carico dell'assistito l'onere di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito.

Art. 18 Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica

1. Hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nell'allegato 5 al presente decreto gli assistiti di seguito indicati, in connessione alle menomazioni e disabilita' specificate:

a) le persone con invalidita' civile, di guerra e per servizio, le persone con cecita' totale o parziale o ipovedenti gravi ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138 e le persone sorde di cui all'art. 1, comma 2, della legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione alle menomazioni accertate dalle competenti commissioni mediche;

b) i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidita' grave e permanente;

c) le persone di cui alla lettera a) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento
dell'invalidita', in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista;

d) le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidita' cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacita' lavorativa superiore ad un terzo, in relazione alle suddette menomazioni risultanti dai verbali di cui all'art. 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;

e) le persone in attesa di accertamento dell'invalidita' per i quali il medico specialista prescrittore attesti la necessita' e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidita';

f) le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unita' operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessita' e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidita';

g) le persone amputate di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e le persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, in relazione alle suddette menomazioni;

h) le persone affette da una malattia rara di cui all'allegato 7 al presente decreto, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia.

2. Hanno diritto ai dispositivi provvisori e temporanei le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia, le persone con enucleazione del bulbo oculare. Le persone con amputazione di arto hanno diritto al dispositivo provvisorio in alternativa al dispositivo temporaneo.

3. Le regioni e le province autonome o le aziende sanitarie locali possono fornire dispositivi di serie di cui all'elenco 2B dell'allegato 5 alle persone con grave disabilita' transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente
prorogabile, nei casi in cui le medesime regioni o aziende sanitarie locali abbiano attivato servizi di riutilizzo dei suddetti dispositivi.

4. Qualora i dispositivi siano prescritti, per motivi di necessita' e urgenza, nel corso di ricovero presso strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ubicate fuori del territorio della azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, la prescrizione e' inoltrata dalla unita' operativa di ricovero all'azienda sanitaria locale di residenza, che rilascia l'autorizzazione tempestivamente, anche per via telematica. Limitatamente ai dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in caso di silenzio dell'azienda sanitaria locale, trascorsi cinque giorni dal ricevimento della prescrizione, l'autorizzazione si intende concessa. In caso di autorizzazione tacita il corrispettivo riconosciuto al fornitore e' pari alla tariffa o al prezzo fissati dalla regione di residenza dell'assistito.

5. L'azienda sanitaria locale puo' autorizzare la fornitura di una protesi di riserva per le persone con amputazione di arto. Nei confronti di altri soggetti per i quali la mancanza del dispositivo impedisce lo svolgimento delle attivita' essenziali della vita, l'azienda sanitaria locale e' tenuta a provvedere immediatamente alla sua eventuale riparazione o sostituzione.

6. Agli invalidi del lavoro, i dispositivi dovuti ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) con spesa a carico dell'Istituto, secondo le indicazioni e le modalita' stabilite dall'Istituto stesso.

7. Sono fatti salvi i benefici gia' previsti dalle norme in vigore in favore degli invalidi di guerra e categorie assimiliate.

8. In casi eccezionali, per i soggetti affetti da gravissime disabilita', le aziende sanitarie locali possono garantire l'erogazione di protesi, ortesi o ausili non appartenenti ad una delle tipologie riportate nel nomenclatore allegato, nel rispetto delle procedure fissate dalla regione e sulla base di criteri e linee guida.

9. I dispositivi inclusi nell'allegato 5 sono ceduti in proprieta' all'assistito, fatta salva la facolta' delle regioni e delle province autonome di disciplinare modalita' di cessione in comodato dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B dell'allegato 5 per i quali le regioni, le province autonome o le aziende abbiano attivato servizi di riutilizzo dei dispositivi stessi. L'assistito e' responsabile della custodia e della buona tenuta della protesi, dell'ortesi o dell'ausilio tecnologico.

10. L'azienda sanitaria locale autorizza la fornitura di nuovi dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in favore dei propri assistiti di eta' superiore a 18 anni, quando siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo riportati, per ciascuna classe, nel medesimo elenco e in ogni caso quando sussistono le condizioni di cui alle lettere a) e b) e con le procedure ivi indicate. Per i dispositivi per i quali non sono indicati tempi minimi di rinnovo si applicano le previsioni di cui alle lettere a) e b). Per i dispositivi forniti agli assistiti di eta' inferiore a 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'azienda sanitaria locale autorizza le sostituzioni o modificazioni dei dispositivi erogati in base ai controlli clinici prescritti e secondo il piano riabilitativo-assistenziale. La fornitura di nuovi dispositivi puo' essere autorizzata nei casi di:

a) particolari necessita' terapeutiche o riabilitative o modifica dello stato psicofisico dell'assistito, sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore allegata alla prescrizione che attesti, con adeguata motivazione, l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessita' del rinnovo per il mantenimento delle autonomie della persona nel suo contesto di vita;

b) rottura accidentale o usura, non attribuibili all'uso improprio del dispositivo, a grave incuria o a dolo, cui consegue l'impossibilita' tecnica o la non convenienza della riparazione ovvero la non perfetta funzionalita' del dispositivo riparato, valutate dall'azienda sanitaria locale anche con l'ausilio di tecnici di fiducia.

Art. 19 Modalita' di erogazione dell'assistenza protesica

Le modalita' di erogazione dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori sono definiti dall'allegato 12.

BIBLIOGRAFIA

1) Bollettino Ufficiale della regione Abruzzo n° 62 del 21 novembre 2012. Deliberazione 29.08.2012, n. 539: “Piano d'indirizzo per la riabilitazione” - recepimento accordo Stato regioni del 10-2-2011.
2) Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza – LEA
3) Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n° 1 dell’8 gennaio 2014. Decreto 20.12.2013, n. 107/2013 Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali .
4) Percorsi riabilitativi. Indirizzo diagnostico terapeutico. Consiglio Sanitario Regionale Regione Toscana. Secondo aggiornamento 2015