



**Giunta Regionale della Campania
Assessorato alla Sanità**

Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria

**Settore Interventi a Favore di Fasce Socio-Sanitarie Particolarmente Deboli
Servizio Riabilitazione**

LINEE GUIDA PER LE ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE IN REGIONE CAMPANIA

PREMESSA

Obiettivo delle presenti linee guida è fornire indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), adottando quale riferimento un modello di percorso integrato sociosanitario, nell'ambito dell'autonomia riconosciute alle Regioni e, quindi, adottando nella Regione Campania le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione, alle caratteristiche proprie dei bisogni della popolazione e delle risorse esistenti e disponibili, concordando pienamente con quanto contenuto nelle Linee Guida Nazionali (LL.GG.) per quanto attiene alle premesse, si ribadisce quanto segue.

Tale percorso integrato sociosanitario implica una intima connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, amplifica e rinforza l'intervento riabilitativo, consentendo l'inserimento o il reinserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità della vita e della sopravvivenza.

In tale contesto vanno collocate anche le risposte per la "tutela a vita" di soggetti completamente non autosufficienti o a responsività minimale. Tali tipologie di svantaggio e di disabilità pongono problematiche nuove e sono in progressivo aumento, come emerge dai più recenti dati epidemiologici relativi alle gravi disabilità quali quelle derivanti dagli esiti di gravi:

- danni cerebrali, (le lesioni vascolari acquisite di elevata gravità, i traumi cranioencefalici, gli stati di coma, le malformazioni vascolari),
- lesioni midollari,
- cardiopatia ischemica grave complicata,
- scompenso cardiaco,
- insufficienza respiratoria,
- e altre condizioni patologiche di pari gravità.

Obiettivi fondamentali, inizio e termine dell'intervento riabilitativo

L'intervento riabilitativo viene finalizzato verso quattro obiettivi:

- il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- la possibilità di reperire formule facilitanti alternative.

L'intervento riabilitativo ha inizio al momento stesso in cui il danno s'instaura. Il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero. Alcuni criteri relativi a tale valutazione verranno indicati nel corso del testo.

Stadi cronologici della riabilitazione

Il primo stadio della riabilitazione, in senso cronologico, ha luogo al momento stesso in cui si verifica la menomazione e, pertanto, o in fase acuta di malattia o all'accertamento di una patologia congenita o cronica.

Il secondo stadio della riabilitazione prende avvio, in funzione delle disabilità che residuano, non appena superata la fase acuta di malattia; concerne la fase post-acuta e riguarda sia le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione, indipendentemente dal loro stato giuridico (pubblico o privato).

Il terzo stadio richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di disabilità stabilizzata e di restrizione della partecipazione) e, pertanto, praticabili anche in termini di trattamento ambulatoriale, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

I suddetti criteri valgono, in linea generale per ogni età e per ogni patologia invalidante o potenzialmente tale. Per l'età evolutiva verranno formulate specifiche indicazioni nel corso di questo testo.

Si ritiene inoltre di concordare con quanto affermato nelle LL.GG. nazionali e, quindi, in questa elaborazione di attenersi alle raccomandazioni dell'OMS, fatte proprie dal Consiglio d'Europa, di considerare insufficienti in riabilitazione i riferimenti all'ICD (International Classification of Diseases) e, quindi, di integrarli con la classificazione delle conseguenze delle malattie, così come contenute nella ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, nella sua prima versione. Ciò anche in attesa che l'attuale nuova versione denominata ICF venga definitivamente adottata (ad alcuni contenuti di questa si farà comunque riferimento nel testo).

Sempre più frequentemente, infatti, un evento morboso, una malattia o un trauma non si esauriscono nel ciclo danno-terapia-guarigione o morte, ma portano ad una menomazione o ad una disabilità che rischia di trasformarsi in svantaggio esistenziale permanente o disabilità. Queste conseguenze rappresentano il campo proprio di intervento della riabilitazione (vedi allegato "Glossario").

Le presenti linee-guida non affrontano in termini specifici il settore della riabilitazione psichiatrica e della ri/abilitazione dell'età evolutiva, costituiscono, tuttavia, un utile punto di riferimento per entrambe.

1. STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

Definizione della Riabilitazione

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.

Soggetti ed aspetti coinvolti

Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici e sociali.

Molteplicità, programmazione e finalità degli "obiettivi"

Per raggiungere un buon livello di efficacia qualsiasi progetto di riabilitazione, per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l'autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e, comunque, in una migliore qualità della vita della persona.

Necessità dell'inizio immediato dell'intervento riabilitativo

- a. La riabilitazione, in particolare in caso di episodio acuto, ha inizio dal momento dell'intervento terapeutico in fase acuta.
- b. Questo deve essere, da subito, impostato anche attraverso un bilancio attento dei possibili esiti della malattia in corso, assumendo, nell'iter terapeutico della fase acuta, i provvedimenti che possono limitarli e prevedendo le condizioni che possono facilitare il successivo ed immediato passaggio alla fase più propriamente riabilitativa.

In questo momento deve pertanto avvenire, tramite le strutture riabilitative dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera, il primo approccio del sistema riabilitativo con la persona, che presenta un possibile bisogno in questo settore.

Tipologie degli interventi riabilitativi e Reti Integrate dei Servizi

Sul piano operativo è utile distinguere fra interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale, facenti capo a specifiche *reti integrate di servizi e di presidi riabilitativi*, a loro volta necessariamente intimamente connesse (come anche definite nella raccomandazione R (92) 6 del Comitato dei Ministri del Consiglio di Europa) organizzate anche attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali e/o in forma domiciliare, allo scopo di garantire assistenza qualificata.

La legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti della persone handicappate (L. 104/92) e successive modifiche ed integrazioni, nonché la vigente normativa regionale, definiscono in modo chiaro ed articolato gli interventi a sostegno dell'inserimento e dell'integrazione sociale (attività di riabilitazione sociale).

Attività Sanitarie di Riabilitazione: definizione

Si definiscono quali "*attività sanitarie di riabilitazione*" gli interventi valutativi, diagnostici terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto, affetto da menomazioni, a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare lavorativo, scolastico e sociale.

Attività Sociali di Riabilitazione: definizione

Si definiscono "*attività di riabilitazione sociale*" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di disabilità.

Si deve peraltro riconoscere e ricordare che in ciascuno dei due tipi d'intervento, in quel momento prevalenti per la persona assistita, l'altro aspetto è comunque presente e va opportunamente curato al fine di ottimizzare i risultati definitivi e accelerarne i tempi.

Principio della Presa in Carico Globale

Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle rivolte al superamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un *progetto riabilitativo individuale* e la sua realizzazione mediante uno o più *programmi riabilitativi*.

1.1 Progetto riabilitativo individuale

Si definisce *progetto riabilitativo individuale* l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile (di regola il fisiatra al di fuori dell'età evolutiva ed il neuropsichiatra infantile in età evolutiva e l'audiologo foniatra per le competenze specifiche).

Il progetto riabilitativo individuale:

- indica il medico specialista responsabile del progetto stesso;
- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante;
- deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa, dell'insieme delle problematiche del paziente, compresi gli aspetti che non sono oggetto di interventi specifici, e di regola può non prevedere una quantificazione degli aspetti di cui sopra, ma ne dà una descrizione, in termini qualitativi e generali;
- definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari;
- è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso;
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

Il medico coordinatore dell'équipe riabilitativa, d'intesa con la stessa équipe, provvede a garantire un flusso costante di informazioni da e con il medico di famiglia, con il nucleo familiare, e con tutte le strutture coinvolte nel percorso riabilitativo in primis con l'ASL di appartenenza del cittadino interessato.

Il progetto riabilitativo individuale deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori, qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definite.

Il progetto individuale è sempre un prodotto di lavoro d'équipe i cui componenti condividono, per le loro competenze, le responsabilità da esso derivanti, che il coordinatore assume complessivamente su di sé.

All'interno dell'equipe è possibile individuare un "case manager", che ha il compito di facilitare le azioni e comunicazioni interne ed esterne dell'equipe, coadiuvando il coordinatore responsabile.

1.2 Schema di riferimento del Progetto Riabilitativo Individuale

Lo schema di progetto cui fare riferimento con tutti i suoi elementi essenziali è il seguente:

SINTESI DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

PAZIENTE: _____

DATA INGRESSO _____

SITUAZIONE ATTUALE

(patologia/e da cui è affetto il paziente, menomazioni e disabilità situazione socio-ambientale)

•
•
•
•
•

ESITI COMPLESSIVI ATTESI NEL LUNGO TERMINE (OUTCOME GLOBALE)

(sul piano della menomazione, disabilità, livello d'integrazione sociale) in funzione degli elementi indicati nel primo punto, delle risorse disponibili, dei bisogni e delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari quando è opportuno).

<i>Outcome Globale:</i>
<i>Specifiche dell'Outcome Globale:</i>
•
•
•
•

"OUTCOME FUNZIONALE" o ESITO ATTESO AL TERMINE DEL RICOVERO (E TEMPO PREVISTO DI RICOVERO) e ESITI SPECIFICI

<i>Outcome Funzionale:</i>
<i>Outcome Specifici:</i>
•
•
•

•
•

FASI e MODALITA' di intervento del team riabilitativo in funzione degli esiti attesi.

•
•
•
•

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (medico e sociale), strutture e presidi da coinvolgere e modalità del loro inserimento nel progetto riabilitativo.

•
•
•
•

1.3 Progetto riabilitativo di struttura

Va, peraltro, rilevato che la stessa programmazione della disponibilità e dell'organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura per garantire una idonea funzione di supporto, finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti, deve essere concepita in una logica progettuale, configurando così un vero e proprio "progetto riabilitativo di struttura".

Bisogna, quindi, considerare che ciascuna struttura, in relazione alla sua specifica collocazione nell'ambito della rete ed alla sua specifica "mission", deve esserne dotata e comunicarlo alle strutture preposte ed ai cittadini utenti. Potendo ciascuna struttura assumere in carico solo quelle situazioni, le cui esigenze sono soddisfacibili nell'ambito del proprio "progetto di struttura".

1.4 Programma riabilitativo

All'interno del progetto riabilitativo, il *programma riabilitativo ("quadro")* definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

In particolare:

- definisce le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;
- definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo;
- definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce l'impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;

- viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Lo schema generale di programma conterrà, quindi, al suo interno un sottoprogramma per ciascuna area specifica, per la quale sia stata dall'equipe individuata una necessità d'intervento. Il professionista individuato dall'equipe come competente per quell'area d'intervento (medico, logopedista, fisioterapista, infermiere, terapeuta occupazionale, psicologo, assistente sociale) prepara il programma d'area, lo sottopone all'equipe che lo discute e lo approva, ne assume la responsabilità, lo realizza, ne verifica i risultati, secondo le misure d'esito concordate, e riporta il tutto all'equipe per le necessarie verifiche.

Si riporta di seguito lo schema di riferimento per il programma.

1.5 Schema di riferimento per il Programma

Lo schema di riferimento per la corretta formulazione del programma "quadro" contenente gli elementi da considerare necessari per una buona formulazione è il seguente.

SCHEMA PROGRAMMA QUADRO						
Paziente:						
Data:						
Aree	Situazione attuale	Elenco obiettivi (in ordine di priorità)	Metodologie operative	Operatori	Misure d'esito	Risultato
1. Area Stabilità Internistica						
2. Area Funzioni Vitali di base						
3. Area Funzioni Senso-Motorie						
4. Area Mobilità Trasferimenti						
5. Area competenze comunicativorelazionali						
6. Area competenze cognitivo-comportamentali						
7. Area autonomia e cura persona						
8. Area riadattamento e reinserimento sociale						
9. area emotivo-affettiva						

2. INTERVENTI DI RIABILITAZIONE ED ARTICOLAZIONE DEI PRESIDI EROGANTI

2.1 Fasi dell'intervento riabilitativo

Le fasi concettuali e tecnico-operative dell'intervento riabilitativo possono essere così descritte:

▪ Fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni.

In ogni patologia, con maggiore o minore rischio si può sviluppare una condizione di disabilità e quindi, l'intervento riabilitativo deve essere inserito (con modalità ed impegno diverso a seconda delle diverse situazioni) già nella fase acuta all'interno di un protocollo terapeutico concordato tra UU.OO. per acuti e U.O. di Riabilitazione. In questo momento acuto, quando sia presente una lesione potenzialmente disabilitante, va comunque attivata la funzione riabilitativa presente nel nosocomio (U.O. di Riabilitazione o di Recupero e Rieducazione Funzionale - R.R.F. - o U.O. con corrispondente denominazione). La struttura riabilitativa ospedaliera attiva tutti i provvedimenti immediatamente necessari alla 1ª fase riabilitativa e, quando è presumibile l'instaurarsi di una disabilità non minimale e/o non transitoria, coinvolge l' **Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.)** dell'A.O. o dell'A.S.L.

▪ Fase della riabilitazione intensiva.

E' caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi ed è abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;

▪ Fase di completamento.

a) del processo di recupero

b) del progetto di riabilitazione (riabilitazione estensiva o intermedia).

Si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità ed è comunque tale da non richiedere interventi intensivi;

▪ Fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità

Si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari abitualmente integrati con l'attività di riabilitazione sociale.

Tali fasi possono non coincidere sempre del tutto con gli stadi cronologici dell'intervento riabilitativo. Nello stadio cronologico immediatamente postacuto, ad esempio, il paziente può essere correttamente indirizzato sia ad un'attività di fase estensiva, sia ad una di fase intensiva, in relazione alle sue condizioni generali, al suo potenziale di recupero ed alla capacità di affrontare un trattamento più o meno impegnativo.

La scelta dell'indirizzo da seguire può, quindi, solo essere determinata da competenze tecniche interdisciplinari, quali quelle necessariamente presenti nelle UU.OO. di Riabilitazione e nelle UU.VV.BB.RR. delle AA.SS.LL., delle AA.OO e delle AA.UU.PP. e IRCCS.

2.2 Tipologia degli interventi di riabilitazione

In relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite le stesse si distinguono in:

A) Attività di riabilitazione estensiva o intermedia

Sono caratterizzate da un moderato-medio impegno terapeutico a fronte di un adeguato intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche riabilitative sono valutabili tra una e tre ore giornaliere.

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono rivolti al trattamento di:

1. disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22 luglio 1996 (delibera di Giunta Regione Campania n. 377/98) "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe" e successive modifiche ed integrazioni
2. disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una in carico in presa nel lungo termine richiedenti un "progetto riabilitativo".

Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per:

- i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, laddove le loro esigenze non vengano soddisfatte dalle potenzialità delle RRSSAA; i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3[^]-4[^] classe NYHA, insufficienza respiratoria)
- i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento), laddove le loro esigenze non possano essere soddisfatte dalle RSA.

B) Attività di riabilitazione intensiva

Sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico-specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata quotidiana dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale delle professioni sanitarie della riabilitazione quali, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere per quegli atti finalizzati al miglioramento delle BADL (attività di base della vita quotidiana). Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 60 giorni.

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono rivolti al trattamento:

- di patologie complesse, che richiedono la permanenza in ambiente specialistico riabilitativo dedicato e con concreta possibilità di interazione con altre discipline specialistiche,
- delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse,
- nonché di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzatura particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

2.3 Livelli organizzativi

In generale le attività di riabilitazione sono erogate mediante *una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri* appositamente dimensionati. Possono essere erogate in regime:

- di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
- residenziale a ciclo continuativo e/o diurno;
- ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

2.4 Criteri generali di accesso

Alle prestazioni riabilitative erogate dalla rete dei servizi riabilitativi ospedalieri ed extraospedalieri si accede 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 ed integrazioni.

I presidi extraospedalieri provvedono ad eseguire le visite specialistiche finalizzate alla presa in carico del paziente e sono tenuti a garantire tutte le procedure necessarie a definire il profilo funzionale del soggetto ai fini della predisposizione del piano individualizzato d'intervento, comprensivo del progetto riabilitativo individuale, in stretta relazione con la diagnosi clinica e funzionale dello stesso, nonché ad erogare prestazioni finalizzate al massimo recupero delle disabilità rilevate e a verificarne i relativi esiti. Ove le prestazioni, a ciclo continuativo o diurno, siano rivolte a soggetti in età evolutiva e/o giovane-adulta devono essere integrate da adeguati interventi pedagogico-didattici e di formazione o riqualificazione professionale. Tali interventi sono finanziariamente a carico degli Enti preposti all'istruzione scolastica ed alla formazione professionale.

I presidi di riabilitazione extraospedalieri sono tenuti, per ogni modalità di trattamento, alla compilazione e conservazione della cartella clinica su cui risultino: la generalità dell'assistito, la diagnosi clinica, le disabilità rilevate (con riferimento alla ICD integrata dalla ICF) il progetto riabilitativo individuale, la tipologia e la frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici praticati nel corso del trattamento, il diario delle riunioni di equipe/team ed i relativi verbali, ed inoltre le valutazioni psicologiche, pedagogiche e sociali, le informazioni di carattere anamnestico e/o clinico,

ritenute rilevanti ai fini di una corretta impostazione del trattamento riabilitativo, nonché le valutazioni intermedie e quelle finali, relative agli esiti.

2.5 Riabilitazione Estensiva: Strutture erogatrici

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private, ospedaliere e territoriali, ad hoc accreditate:

1. le strutture ospedaliere di lungodegenza;
2. i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;
3. i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;
4. i centri ambulatoriali di riabilitazione;
5. le Residenze Sanitarie Assistenziali;
6. i centri socio-riabilitativi, ex art. 8 della legge 104 del 5 febbraio 1992, nonché il domicilio dell'utente;

Per quanto riguarda le aree operative di cui sopra, per garantire la continuità terapeutica può essere presente nella medesima struttura più di una tipologia.

Di seguito vengono così descritte:

- 1) Le strutture ospedaliere di lungodegenza, in generale, assistono in regime di ricovero pazienti, provenienti abitualmente dalle diverse aree assistenziali mediche e chirurgiche, non autosufficienti, affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche, non stabilizzate, o in fase terminale, abissognevoli di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore nonché di nursing infermieristico non erogabile in forme alternative.

La fase di assistenza post-acuzie è resa in Unità o aree di degenza specificatamente organizzate per garantire la continuità terapeutica con l'équipe che li ha avuti in carico nella fase acuta dell'episodio di malattia. Esse sono funzionalmente organizzate per garantire il "progetto riabilitativo di struttura".

Nei casi in cui il nursing infermieristico riveste caratteri di particolare complessità, con un consumo di risorse particolarmente accentuato in relazione a questo elemento, a queste strutture si dà il nome di "Lungodegenza ad alta intensità d'assistenza".

Le strutture ospedaliere di lungodegenza assistono altresì, in regime di ricovero, soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore, per i quali è da prevedersi un progetto riabilitativo individuale.

Queste strutture costituiscono la "Lungodegenza Riabilitativa" ed entrano a far parte dei Dipartimenti di Riabilitazione; le aree di degenza che le accolgono, sono in relazione, dove possibile con quelle della Riabilitazione Intensiva Postacuta.

- 2) I presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale possono essere ospedalieri o territoriali. Essi svolgono attività, specialistiche ambulatoriali (di cui al D.M. 22.7.96 e la DGRC n. 377/98) nei confronti dei soggetti esterni, anche al domicilio.

I servizi collocati all'interno dell'ospedale assistono, altresì, individui di tutte le età ricoverati nelle diverse Unità Operative degli ospedali per acuti, nel recupero funzionale, di menomazioni e disabilità. Nei confronti dei pazienti in carico alle diverse Unità Operative per acuti svolgono attività di prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità. Questi servizi fanno parte delle U.O. di Riabilitazione.

- 3) I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo dei soggetti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali erogano prestazioni a ciclo diurno e/o continuativo per il recupero funzionale e sociale di soggetti con disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo.

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo svolgono, quindi, funzioni di

tipo estensivo anche per il completamento del processo di recupero, in armonia con la programmazione nazionale e regionale.

I Presidi extraospedalieri possono specializzarsi anche solo per una tipologia di cura e/o una o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile). Solo in quest'ultimo caso il medico responsabile del Progetto può essere individuato nello specialista competente dello specifico settore, ma nell'equipe è comunque necessaria la presenza di un medico fisiatra.

Si ritiene opportuno affidare a questi presidi la quota di degenze a ciclo diurno o continuo, ove risulta necessaria una notevole continuità di assistenza generica e di vigilanza sull'autonomia ed autosufficienza delle persone affidate all'istituzione.

4) I centri ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità, che, per l'età evolutiva, richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico psicologico e pedagogico.

Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche, di cui al D.M. 22 luglio 1996 e successive modifiche ed integrazioni, per la presa in carico globale interdisciplinare del soggetto disabile tramite il progetto riabilitativo individuale.

5) Le Residenze Sanitarie Assistenziali sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio, un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di tutela assistenziale ed alberghiera generica sulla base dei modelli assistenziali adottati dalla Regione. Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

- soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali, o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;

- soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena.

In relazione alla tipologia dei soggetti assistiti la durata del trattamento può essere anche "permanente".

Per quanto ulteriormente attiene a queste strutture si rinvia alla normativa della Regione Campania.

In questo ambito rientrano anche le "strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale".

6) I centri socio-riabilitativi.

7) Il domicilio dell'utente

L'offerta di servizi integrati sociali e sanitari può essere organizzata in forma domiciliare e/o attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali allo scopo di garantire assistenza qualificata che soddisfi sia i bisogni primari che quelli psichici ed affettivi; di potenziare o mantenere il livello di autonomia acquisito per la miglior conservazione possibile del benessere psico-fisico; di perseguire l'integrazione sociale degli utenti favorendo costanti collegamenti con l'ambiente esterno. In questo ambito vanno presi in considerazione i pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che hanno bisogno di intervento riabilitativo.

Nell'ambito degli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia vanno garantite, inoltre, le seguenti funzioni:

- 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, collaudo e addestramento all'uso degli ausili, delle protesi e delle ortesi forniti nell'ambito del nomenclatore tariffario e verifica della efficacia e dell'efficienza del servizio di fornitura;
- offerta di assistenza tecnica ai servizi deputati alla qualificazione ed alla riqualificazione professionale ed al servizio sociale per reinserimento sociale e professionale del disabile e le

problematiche correlate (barriere architettoniche, attestazioni di idoneità relativa, e quant'altro previsto dalla L. 104/92).

I presidi deputati all'erogazione degli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia costituiscono l'interfaccia propria e privilegiata tra gli interventi sanitari e le attività di riabilitazione sociale, quale condizione indispensabile per l'ottimizzazione degli interventi ed il raggiungimento dei risultati, specie nelle disabilità più gravi secondarie a danni neurologici.

2.6 Riabilitazione Intensiva: Strutture erogatrici

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono erogati presso:

Presidi ospedalieri -plurispecialistici e monospecialistici

dove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale, nei quali sia costituita una specifica unità operativa in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità recuperabili, il cui trattamento è indifferibile. Tali soggetti richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore o nelle ore diurne, non erogabili in forma extra ospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero).

Le attività di riabilitazione ospedaliera sono prevalentemente effettuate nelle unità operative di: "Riabilitazione Intensiva Postacuta" (già di Recupero e Riabilitazione funzionale). In particolare, tali presidi svolgono attività in regime di ricovero ordinario o in regime di Day Hospital.

L'episodio di ricovero ordinario in riabilitazione intensiva è da ritenere appropriato se:

- il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero, cioè si attende il risultato di far tornare il paziente nella comunità (con o senza supporto) o di farlo progredire ad un altro livello di cure riabilitative (ambulatoriale, domiciliare, ecc.).
- Le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nell'arco delle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative ad elevata intensità (da parte di personale medico e delle altre professioni sanitarie) ed un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi. La necessità di tutela medica continuativa è legata ad un alto rischio di potenziale instabilità clinica, e prevede un contatto diretto regolare individuale tra paziente e specialista. La necessità di assistenza infermieristica è legata al bisogno (o al rischio di dover disporre) di un nursing riabilitativo multiplo o complesso.
- Le condizioni cliniche del paziente sono tali da permettere un trattamento riabilitativo da somministrarsi con l'approccio interdisciplinare più adeguato.

L'episodio di ricovero in Day Hospital in riabilitazione intensiva è da ritenersi appropriato se il paziente:

- è suscettibile di significativi miglioramenti funzionali e della qualità di vita in un ragionevole lasso di tempo;
- ha indicazione per un intervento riabilitativo di elevata intensità o, comunque, prolungato nell'ambito della stessa giornata, da somministrarsi con l'approccio interprofessionale più adeguato, spesso anche plurispecialistico;
- presenta condizioni cliniche generali che gli permettono di tollerare sia tale intervento che i trasferimenti quotidiani da e per il proprio domicilio;
- è clinicamente stabile in misura tale da non aver bisogno di assistenza sanitaria continuativa per 24 ore al giorno

Ulteriore e preferenziale criterio di appropriatezza è da considerare la condizione di dimissione da una degenza di tipo intensivo a tempo pieno con indicazione alla prosecuzione, in questa forma, del trattamento intrapreso .

Presidi di riabilitazione extraospedalieri a ciclo diurno e/o continuativo, in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 14.1.97 e nei limiti di quanto previsto dalla DGRC n. 3958 del 7/8/2001 e successive integrazioni, destinati alla presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi indifferibili, di tipo valutativo e terapeutico intensivo (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero), di tutela medica e di nursing dedicato, realizzabili in ambiente non ospedaliero, articolati nell'arco delle ore diurne della giornata o delle 24 ore (continuativo), in base al grado di non autosufficienza e di necessità di interventi assistenziali di base degli utenti.

I Presidi di riabilitazione ospedalieri ed extraospedalieri erogano interventi di riabilitazione intensiva finalizzati a:

- completamento del percorso riabilitativo avviato, in fase acuta, in sede ospedaliera o territoriale;
- inquadramento diagnostico e diagnostico funzionale, nonché alla conseguente definizione del piano integrato di trattamento individuale per soggetti affetti da disabilità congenite e, comunque, non conseguenti ad eventi patologici acuti.

Nell'ambito della programmazione regionale saranno inoltre previste Sezioni (all'interno delle UU.OO. di Medicina Riabilitativa) o Unità di Riabilitazione intensiva ad orientamento specialistico, che per la loro peculiarità necessitano di una specifica organizzazione.

In particolare saranno previste nell'ambito della riabilitazione intensiva ospedaliera unità operative dedicate per:

- la riabilitazione cardiologica che ha il compito di mettere in atto tutti gli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o postacuta, in particolare in relazione a trattamenti di specifica chirurgia, possano conservare o riprendere il proprio posto nella società;
- la riabilitazione respiratoria che ha il compito di mettere in atto tutti gli interventi diretti a persone con malattie polmonari, di solito da parte di un team interdisciplinare di specialisti, con lo scopo di far loro raggiungere e mantenere il massimo livello di indipendenza e di attività nella comunità.

Queste UU.OO. sono da intendere come strutture interdipartimentali tra i Dipartimenti di Riabilitazione e i Dipartimenti di Specialità d'organo corrispondente.

La riabilitazione cardiologica e respiratoria, superata la fase acuta della malattia, può essere svolta anche in sede ospedaliera (lungodegenza) o extraospedaliera in regime di degenza a ciclo continuativo, a ciclo diurno o ambulatoriale, anche in strutture monospecialistiche (vedi Capitolo Tipologia delle strutture di riabilitazione estensiva).

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo possono svolgere anche funzioni di tipo estensivo per il completamento del processo di recupero. In armonia con la programmazione nazionale e regionale, i Presidi extraospedalieri possono specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e/o una o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile).

I servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva hanno come elemento caratterizzante e/o "risorsa guida" la specifica dotazione di personale ed una propria, assegnazione ed articolazione degli spazi, rapportata alle finalità proprie e della organizzazione del lavoro, tale da essere funzionale alla realizzazione del progetto riabilitativo dei singoli utenti mediante l'associazione di un "progetto riabilitativo di struttura" con i "progetti riabilitativi individuali".

I servizi che erogano interventi di riabilitazione intensiva assolvono, oltre a quelle già citate per le strutture di riabilitazione estensiva o intermedia, funzioni di supporto e consulenza alle attività dei servizi di riabilitazione estensiva o intermedia. Inoltre possono costituire punti di riferimento, secondo gli indirizzi della programmazione regionale, per:

- l'assistenza tecnica alle diverse strutture sociali che partecipano al progetto riabilitativo (centri di riqualificazione professionale, centri di formazione e perfezionamento degli operatori sanitari e sociali, strutture di accoglienze);
- la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento professionale degli operatori;
- l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi ed ortesi;

- la prescrizione, il collaudo e l'addestramento all'uso, nella fase del trattamento, degli ausili, delle protesi e delle ortesi previsti dal Nomenclatore tariffario delle protesi di cui al D.M. 27.08.1999 n. 332;
- la promozione, l'informazione e il supporto ad associazioni di disabili e di volontariato.

3. 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 D.M. 29.01.1992. Nell'ambito del territorio nazionale va 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 costituiscono punti di riferimento per lo svolgimento delle 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 predisposizione di protocolli valutativi e terapeutici di base per l'omogeneizzazione e l'elevazione degli standard di trattamento in relazione alle più comuni disabilità;
- la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento professionale degli operatori;
- l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi ed ortesi;
- la prescrizione, il collaudo e l'adattamento, nella fase del trattamento, degli ausili, delle protesi e delle ortesi previsti dal vigente Nomenclatore tariffario delle protesi.

La Regione Campania sta procedendo nel definire ulteriormente i requisiti e le procedure di accreditamento per le strutture ad alta specializzazione, nonché la loro allocazione sul territorio in coerenza con la programmazione regionale e nazionale.

A tale proposito si richiamano i contenuti essenziali dell'accordo fra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee guida per le unità spinali unipolari" di cui al testo definitivo concordato nel corso della riunione del 26.01.2004. Per le altre Unità si farà comunque riferimento a quanto indicato nelle "Linee Guida Nazionali per la riabilitazione" del 31.05.1998.

Le suddette strutture comprendono:

1. Unità Spinali Unipolare
2. Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici
3. Unità per le disabilità gravi in età evolutiva
4. Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite

4. PERCORSO RIABILITATIVO ED U.V.B.R.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà impegnarsi a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione, nonché l'integrazione tra i Servizi Sanitari di Riabilitazione e quelli di Riabilitazione Sociale attraverso l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale.

4.1 L' Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (U.V.B.R.)

Il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall' **Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR)**.

Questa è struttura propria delle AA.SS.LL. con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti all'Azienda Sanitaria cui appartiene, facente capo all'unità operativa fisiatrica competente per territorio o al Dipartimento di Riabilitazione Aziendale, ove esistente.

Le UU.VV.BB.RR. si coordinano a livello regionale attraverso i Dipartimenti di Riabilitazione, contribuendo, con gli altri soggetti istituzionali a ciò deputati, mediante la trasmissione periodica dei dati da essi raccolti e delle soluzioni studiate per il soddisfacimento del bisogno riabilitativo, ad una integrazione degli interventi ed alla programmazione per il settore della riabilitazione

Nelle AA.SS.LL., l'U.V.B.R. è costituita da un team di professionisti, costituito dai Medici Prescrittori in carico alle UU.OO. della Riabilitazione distrettuale (fisiatra e/o neuropsichiatra infantile e/o audiologo-foniatra e/o oculista e/o neurologo e/o pneumologo e/o cardiologo), psicologo, professionista della riabilitazione coordinatore, assistente sociale, dai professionisti della riabilitazione e/o dell'assistenza (fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o ortottista/assistente in oftalmologia e/o terapeuta occupazionale e/o terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva e/o educatore professionale), sociologo, animatore di comunità. Nel caso in cui i Presidi ospedalieri dell'A.S.L. siano dotati di U.O.C. di riabilitazione, l'U.V.B.R. integrerà queste professionalità con le altre già citate all'interno delle Unità di valutazione.

Nelle AA.OO. nelle AA.OO.UU.PP. e negli IRCCS, l'U.V.B.R. utilizza di base le professionalità dell'U.O. di Riabilitazione opportunamente integrata.

Essa include, ove aziendalmente presente la figura professionale:

- per le disabilità derivanti da gravi patologie e menomazioni cardiologiche o respiratorie, rispettivamente del cardiologo e dello pneumologo;
- per le disabilità in età infantile e dello sviluppo il neuropsichiatra infantile.

A questo nucleo di base si possono aggiungere in consulenza, l'ortopedico, l'urologo, lo psichiatra, il chirurgo plastico o altri specialisti, competenti per la fase acuta, lo psicologo clinico, il dietista, il tecnico ortopedico e il bioingegnere: in relazione alle specifiche necessità individuali e del momento.

L'UVBR provvede all'individuazione e alla quantificazione dei bisogni e all'individuazione delle modalità gestionali dei soggetti disabili nell'ambito dei servizi sanitari intra ed extraospedalieri, ispirandosi ai tipici principi della valutazione funzionale globale e multidimensionale.

4.2 Il Percorso Riabilitativo integrato socio-sanitario

L'organizzazione di un piano integrato d'intervento riabilitativo prevede accanto alle cure ospedaliere e specialistiche, anche strutture di prevenzione, di cure ambulatoriali e/o domiciliari, di lungodegenza e d'assistenza.

I presidi ad alta tecnologia e le stesse cure ospedaliere non possono essere considerati da soli i fondamenti né del sistema sanitario in senso lato, né della medicina riabilitativa.

La medicina riabilitativa è una pratica medica che più di altre deve garantire la continuità di trattamento, da prevedere in luoghi con caratteristiche operative diverse in base alla necessità dei pazienti.

Non vi è, infatti, un'unica struttura valida per tutti i pazienti, ma opzioni multiple integrate, a vari livelli di complessità e di risorse investite, concepite in una corretta programmazione regionale.

Le strutture ospedaliere (di 2° e 3° livello) devono far parte di una rete integrata ospedaliera e territoriale, il che presuppone anche la contemporanea crescita dei servizi sociali e delle strutture di supporto e di accoglienza. Il mancato sviluppo della rete integrata porterà inevitabilmente ad un utilizzo improprio, con inutile e gravoso dispendio economico, ed anche danno all'utenza, alimentando vane speranze e ritardando il raggiungimento di una delle tappe fondamentali del processo di riabilitazione: l'accettazione della disabilità.

Il "progetto riabilitativo" presuppone un percorso terapeutico ed una pianificazione degli interventi che chiaramente ha un inizio, un obiettivo e, necessariamente, deve avere una fine; in altre parole, il paziente restituito nella misura maggiore e nelle condizioni migliori possibili al suo precedente tessuto sociale ed ambientale.

Questa problematica va, quindi, affrontata pur considerando che è certamente molto più semplice pensare all'accesso ad un presidio di medicina riabilitativa che non all'uscita dal trattamento.

Nell'ambito di questo percorso possono, dunque, essere riconosciuti alcuni momenti costanti, anche nella variabilità individuale delle singole storie. Tra questi sono riconoscibili:

- A. Accesso al Sistema di Riabilitazione
- B. Passaggi intermedi dell'intervento sanitario
- C. Passaggio all'intervento sociale
- D. Eventuale uscita dal percorso

Uno dei momenti più importanti è quello dell'Accesso al Percorso Riabilitativo in occasione di un evento acuto, che interrompe lo stato di benessere, innescando la catena danno, menomazione, disabilità, che il "percorso" deve modificare in senso positivo.

4.3 Accesso

La necessità di accedere alle prestazioni del sistema riabilitativo può intervenire nella fase acuta dell'evento morboso (fase 1), nella fase immediatamente postacuta di questo (fase 2) ovvero in fase postacuta avanzata (fase 3) o in fase postacuta tardiva (fase 4).

In relazione a quanto già ampiamente ricordato in precedenza circa l'importanza rivestita dalla precocità dell'intervento, in questo punto si ribadisce come l'ingresso in fase 1 o in fase 2 garantisca un percorso decisamente più adeguato e più efficace al raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione, mentre gli ingressi in fase 3 o 4, avvengono in un momento troppo avanzato per garantire (in genere) un importante vantaggio funzionale, di autonomia e di ottimizzazione della qualità di vita in tutti i suoi aspetti, compresi quelli psicologici e sociali.

Pertanto gli ingressi diretti in fase 3 e 4 garantiscono solo un percorso riabilitativo molto parziale, in cui le possibilità di soluzione a problemi funzionali ed esistenziali, avviene con una scelta di soluzioni molto più limitata e quindi con effetti molto meno soddisfacenti.

Si raccomanda pertanto a tutti gli operatori sanitari sociali di favorire al massimo l'ingresso nel percorso riabilitativo nella fase 1 o 2 al fine di non compromettere l'outcome globale del processo riabilitativo.

4.4 Modalità d'accesso in Fase 1 (acuta) e Fase 2 (postacuta)

L'accesso in fase 1 (fase acuta) e in Fase 2 (fase postacuta) può avvenire secondo le seguenti modalità:

- In degenza ospedaliera: il responsabile del caso dell'U.O. (o corrispondente struttura) è tenuto a richiedere, nei casi in cui egli preveda o rilevi menomazioni e/o disabilità, l'intervento dell'U.V.B.R. aziendale che interverrà entro un massimo di 48 ore, provvedendo a delineare, insieme al Responsabile medico della fase acuta, un abbozzo iniziale di percorso riabilitativo, che consisterà, oltre che nell'indicare, all'U.O. di Riabilitazione, i primi immediati interventi, nell'indicare il più proficuo successivo passaggio nella rete del sistema riabilitativo: Riabilitazione Intensiva o Estensiva e Tipologia della Struttura Intensiva o Estensiva.
- In carico al Medico di Medicina Generale: il Medico responsabile del caso è ugualmente tenuto a richiedere tempestivamente, nei casi in cui egli preveda o rilevi menomazioni e/o disabilità, l'intervento dell'U.V.B.R. dell'A.S.L., che interverrà entro un massimo di 72 ore, provvedendo a delineare, insieme al medico responsabile della fase acuta, un abbozzo iniziale di percorso riabilitativo, che consisterà, oltre che nell'indicare i primi immediati interventi, quale sia il più proficuo successivo passaggio nella rete del sistema riabilitativo: Riabilitazione Intensiva o Estensiva e Tipologia della Struttura Intensiva o Estensiva.

4.5 Modalità d'accesso in Fase 3 (postacuta estensiva di completamento) ed in Fase 4 (estensiva di mantenimento)

L'accesso in fase 3 (fase estensiva di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione; riabilitazione estensiva o intermedia) ed in fase 4 (fase postacuta tardiva o di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità) potrà avvenire con le modalità seguenti.

Il paziente per il soddisfacimento di un suo avvertito bisogno riabilitativo può rivolgersi:

- Al proprio Medico di Medicina Generale
- Al medico prescrittore della riabilitazione del S.S.R.;
- Alla U.V.B.R. dell'ASL di appartenenza

Come risposta alla richiesta la UVBR:

- Effettua la presa in carico con riferimento alla condizione clinico-funzionale
- Elabora il progetto riabilitativo che può essere messo in atto o direttamente da strutture erogatrici a gestione diretta oppure da una struttura accreditata salvaguardando la libertà di scelta del cittadino. Nell'eventualità che il soggetto scelga di rivolgersi ad una struttura accreditata non a diretta gestione pubblica, sarà il Direttore Tecnico della stessa, congiuntamente al team riabilitativo ed all'UVBR, a concordare i termini definitivi del contratto terapeutico

5. ITER BUROCRATICI ED AUTORIZZAZIONI

5.1 Procedure ex art. 26

Si individua, pertanto, il seguente modello procedurale per le tipologie di trattamento afferenti alla L.R. 11/84:

- 1) i cittadini, che intendono richiedere assistenza riabilitativa, dovranno essere indirizzati ad effettuare la prima visita specialistica presso l'U.O. di Riabilitazione del Distretto di residenza, dove ci sarà una valutazione clinico-diagnostica da parte dell' U.V.B.R., che elaborerà un progetto riabilitativo come stabilito al punto 4 nel rispetto delle vigenti normative relativamente al pagamento del ticket;
- 2) nel caso in cui la residenza non coincide con il domicilio dell'utente, il carico assistenziale del paziente resta comunque di competenza dell'U.O. di residenza;
- 3) il contratto terapeutico è da intendersi a termine rispetto all'obiettivo ed al suo programma specifico. Nel caso di contratti di lunga durata (superiori a sei mesi) dovranno comunque essere previsti controlli clinici ed eventuali revisioni.
Nel caso in cui sia evidenziata una nuova necessità nell'ambito del progetto, questo è sottoposto alla revisione con aggiornamento dei programmi garantendo all'utente la continuità terapeutica durante la revisione. Tale revisione viene concordata con l'U.O. Distrettuale, coinvolta con congruo preavviso.
- 4) sulle stesse prescrizioni lo specialista prescrittore richiederà alla struttura erogatrice della prestazione tutte le informazioni ritenute utili a valutare l'andamento del trattamento e la cadenza di trasmissione (tale procedura è tesa a modulare e finalizzare l'istituto delle relazioni trimestrali previsto dalla L.R. 11/84). Pertanto, mensilmente, la struttura erogatrice è tenuta all'invio dei dati relativi al pattern di valutazione, concordato con l'A.S.L.. Si ritiene necessario procedere alle dimissioni dei pazienti qualora due controlli mensili successivi non rilevino significative variazioni in linea con gli outcome previsti. Le UU.VV.BB.RR. delle AA.SS.LL. provvederanno a controlli casuali sul pool dei soggetti in carico alla struttura.
- 5) il progetto, così compilato ed autorizzato, sarà consegnato all'utente, che sceglierà liberamente dove effettuare il trattamento;
- 6) nel caso di interventi che prevedono un periodo di tempo prestabilito da dedicare all'osservazione del paziente, la struttura, che ha in carico il paziente, potrà formulare, se necessario, proposte di variazioni e/o integrazioni al programma, nonché provvedere affinché sia sottoscritto il progetto terapeutico-riabilitativo concordato, che diventerà sostanzialmente "contratto terapeutico". In caso di discordanza con le eventuali variazioni e/o integrazioni proposte dall'équipe del centro erogatore della prestazione, lo specialista prescrittore dovrà formalizzare per iscritto, e comunque prima dell'incontro congiunto con il paziente, eventuali dissensi;
- 7) tale contratto terapeutico dovrà essere inviato all'U.O. di appartenenza della struttura (se diversa da quella di residenza del paziente).
Esso dovrà specificare le modalità e tipologie di trattamento in caso di prestazioni multiple e/o complesse, ed essere siglato dal medico specialista prescrittore, come garante dell'A.S.L., dal paziente o da un suo familiare delegato e dal direttore tecnico della struttura. Restano valide, anche ai fini del controllo, le modalità di formulazione della presa in carico iniziale del paziente e di presentazione delle schede firma-presenza, che dovranno contenere: i dati anagrafici del paziente, la diagnosi, il nome dell'operatore che effettua il trattamento, i giorni e gli orari di trattamento; ogni singolo trattamento dovrà essere firmato dal paziente o familiare e controfirmato dall'operatore.
Per i trattamenti domiciliari, copia delle suddette schede firmate devono essere lasciate a casa dei pazienti per tutta la durata del ciclo terapeutico. Gli originali dovranno essere depositati presso la struttura che eroga le prestazioni. Sia gli originali che le copie dovranno essere esibiti in caso di controlli effettuati dal personale formalmente incaricato;
- 8) ogni mese le strutture invieranno la fatturazione e la documentazione relativa, incluso quella necessaria per l'Istituto della compensazione alle UU.OO. competenti.
- 9) Le strutture riabilitative, la cui casistica rilevi un numero di insuccessi, nel raggiungimento degli obiettivi previsti dai progetti, superiore al 5% della media delle singole AA.SS.LL. e/o della media regionale, verranno sottoposte a revisione dei processi di autorizzazione e di accreditamento.

5.2 Tipologie prestazionali e Modalità prescrittive ex art. 26

Le tipologie di trattamento previste dalla L.R. 11/84 per prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 sono:

- Domiciliare;
- Ambulatoriale;
- Ambulatoriale di gruppo;
- Attività diurne;
- Tempo pieno.

La **terapia domiciliare** è prescritta, in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente.

La **tipologia ambulatoriale** è prescritta nelle fasi che prevedono un rapporto terapeuta-paziente pari 1/1 ovvero che il terapeuta svolga una parte attiva nell'intervento terapeutico (es. mobilizzazione, lavoro controresistenza, massaggio, psicomotricità individuale, logopedia individuale ecc.) riservando, invece, la **tipologia dell'ambulatoriale di gruppo** alle fasi del trattamento in cui non sia più indispensabile questo rapporto ed il pz. abbia raggiunto una sufficiente autonomia e che abbia bisogno di più ore di terapia a minore intensità.

L'ambulatoriale di gruppo (distribuita su più ore) deve essere utilizzata, inoltre, in tutte quelle patologie progressivamente ingravescenti in cui si prevede una facile affaticabilità del paziente (sclerosi multipla, distrofia muscolare, S.L.A. m. di Parkinson ecc.), nelle fasi in cui è presente una sufficiente autonomia residua ed in cui un'ora di terapia continua (ambulatoriale individuale) possa rappresentare un eccessivo carico o, comunque non essere utile alla condizione terapeutica.

Le **attività diurne (semiconvitto)** sono state fino ad oggi utilizzate nella grande maggioranza dei casi per l'assistenza di pazienti in fase cronico-stabilizzata, e, soprattutto, di soggetti affetti da ritardi mentali diversamente non assistibili; con l'emanazione della Legge Regionale sulle R.S.A. e le Semiresidenze, il semiconvitto deve ritornare al ruolo che gli è consono assumendo quelle caratteristiche di ricovero diurno sue proprie.

In realtà questa tipologia di trattamento è prescritta per tutti quei pazienti che si possono giovare di un intervento di ricovero diurno e non hanno bisogno di ospitalità di tipo alberghiero sulle 24 ore.

Anche questa tipologia è indicata per le patologie progressivamente ingravescenti che non possono essere assistite con interventi brevi ed intensi e che, a differenza dell'ambulatoriale di gruppo, prevedono una presa in carico multidimensionale del paziente con interventi che consentano allo stesso di poter essere sostenuto nel momento di ritorno nella società con interventi di tipo psico-sociale o per quegli interventi terapeutici che prevedano di tenere sotto controllo anche le abitudini di vita come ad esempio la dieta.

Il **ricovero a tempo pieno (convitto)**, infine, è prescritto nelle condizioni patologiche che abbiano superato la fase intensiva e per pazienti che presentino parametri vitali stabili ma che abbiano ancora bisogno di interventi in ambiente protetto o di allontanamento terapeutico dalla propria famiglia.

5.3 Fase di mantenimento

Può essere espletata attraverso un percorso che preveda trattamenti ambulatoriali o domiciliari per cicli annuali che non superino le 80 prestazioni per le condizioni di cui al punto 2 del paragrafo 2.2.

La fase di mantenimento può essere parimenti espletata in regime residenziale o semiresidenziale in RSA o a domicilio del paziente attraverso le modalità dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

Tanto si applica anche alle patologie protette dalle Linee Guida del 7 maggio 1998. Per queste categorie persiste il diritto a tutte le altre prestazioni riabilitative di tipo socio-assistenziale.

5.4 Inquadramento terapeutico ex art. 26

Sulla base delle attuali conoscenze non è agevole ordinare in modo esaustivo con metodologie accettabili la tipologia delle diverse prestazioni, fra cui la valutazione indiretta delle prestazioni mediante la tipizzazione dei soggetti che ne fruiscono, nell'assunto che soggetti con patologie gravi e/o multiple necessitano di prestazioni complesse e impegnative.

La tipologia dei soggetti trattati ai fini riabilitativi può essere convenientemente rappresentata dai seguenti indicatori:

- la menomazione;
- la patologia;

- la presenza di una o più disabilità;
- la gravità delle disabilità;
- il livello prognostico;
- l'età, come condizione che modifica qualitativamente il bisogno di riabilitazione sia nell'età evolutiva sia, seppure in modo diverso, nell'età anziana.

Per l'identificazione delle patologie si può far riferimento all'elenco delle classi di menomazioni (tabella A), mentre per l'individuazione delle disabilità si può utilizzare la International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps facendo riferimento - allo scopo di renderla gestibile senza particolari difficoltà - alle sole categorie e alle sottoclassi di disabilità (tabella B).

Tuttavia l'individuazione delle sole patologie e della/e disabilità non è sufficiente a differenziare le due tipologie di intervento riabilitativo (ex art. 26 ed ex art. 44 - D.G.R.C. n. 377/98), occorre l'istanza per il riconoscimento dell'handicap ai sensi della Legge 104/92, in quanto l'outcome atteso è di tipo globale e non solo funzionale.

Si possono infatti evidenziare, in presenza di una stessa menomazione, quadri clinici complessi origine di gravi disabilità, che richiedono trattamenti riabilitativi intensi e prolungati oppure quadri clinici lievi che possono essere recuperati mediante trattamenti di minore durata e intensità.

In presenza di queste patologie si rende quindi necessario, in particolare per stabilire la necessità di trattamenti ex art. 26 L. 833/78, integrare la loro denominazione con una indicazione che metta in chiara evidenza il grado di gravità della disabilità del soggetto e il livello prognostico, utilizzando in simultanea e congiuntamente gli altri due indicatori ICIDH (tabelle C e D).

Di norma si ritiene che possano essere ammesse alle prestazioni riabilitative ex art. 26 pazienti che, oltre alle menomazioni comprese nella suddetta classificazione (Tabella A), presentino almeno due delle situazioni di disabilità (Tabella B) di cui si è detto sopra ed un livello di gravità non inferiore al grado 3° (Tabella C) e un livello prognostico non inferiore a 2 (valutazione ICIDH della disabilità medio - grave).

5.5 Inquadramento terapeutico ex art. 44

Le tipologie di trattamento dei presidi di recupero e rieducazione funzionali sono:

- 1 ambulatoriale
- 2 domiciliare

esse corrispondono a quelle comprese nel D.M. 22/07/96 e succ. mod. e int., nella D.G.R.C. 1874/98.

Ritenendo, tuttavia, necessario razionalizzare e riqualificare le modalità di erogazione delle prestazioni mediante opportuni meccanismi di governo della prescrizione, preso atto dell'art. 35 della Legge 449 del 27/01/97 e del D.L. 20/10/98 (G.U. 05/01/99), sulla base delle attuali conoscenze scientifiche si individuano i percorsi terapeutici di cui alla Tabella E.

Persorso riabilitativo: qualora il paziente non abbia una precisa diagnosi, è necessaria la visita dello specialista fisiatra. Questi dovrà formulare un progetto riabilitativo individualizzato, indicando il grado di disabilità rilevata, l'entità di dolore e la diminuzione funzionale in gradi, la previsione di miglioramento di esse. Il MMG, presa visione del protocollo riabilitativo, invia l'utente al presidio ambulatoriale, pubblico o privato accreditato.

Una volta preso in carico il paziente, il medico fisiatra della struttura deve descrivere su apposita cartella clinica ambulatoriale la valutazione fisiatrica iniziale, il progetto riabilitativo e il percorso terapeutico, il diario clinico e la scheda di dimissioni, a trattamento riabilitativo ultimato, con valutazione fisiatrica finale deve essere conservata presso la struttura.

Sono esclusi dal protocollo riabilitativo eventuali test ed esami diagnostici.

Almeno il 50% del tempo indicato nel riquadro riepilogativo (Tab. E) deve essere dedicato a terapia motoria eccetto il percorso 5 per il quale il terapeuta è impiegato per il tempo complessivo. Per il percorso 1, nell'eventualità dell'utilizzo della terapia fisica, al tempo globale va sottratto il tempo dedicato alla terapia strumentale.

5.6 Procedure ex art. 44 delibera di Giunta Regionale n. 377/98

Le tipologie afferenti alle prestazioni ex art. 44 L. 833/78, nell'ambito dei limiti imposti dalla normativa nazionale, sono:

1. Gestione disabilità minore da patologia cronica (Tipologia A);
2. Gestione disabilità minore postacuto immediato. (Tipologia A);
3. Gestione disabilità importante da patologia cronica - mantenimento - (Tipologia B-C);
4. Gestione disabilità importante postacuto immediato. (Tipologia B-C)

- La condizione di cui al punto 1. è affidata alla gestione di strutture di tipo A. Nell'arco di un anno il MMG può prescrivere un limite massimo di 3 cicli terapeutici di 30 sedute multiprestazionali, monosegmentarie o plurisegmentarie. In deroga a quanto suddetto si fa riferimento al D.M. 20.10.1998. Per le prime 10 sedute la prescrizione è libera. Per le ulteriori 20 sedute è necessaria una visita specialistica fisiatrica di struttura pubblica con determinazione degli obiettivi.
- La condizione di cui al punto 2. è affidata alla gestione di strutture di tipo A. Nell'arco di un anno il MMG può prescrivere non oltre un limite massimo di 60 sedute. Le prime 10 potranno essere prescritte liberamente in presenza di chiara diagnosi e prognosi. Le ulteriori 50 prestazioni richiedono obbligatoriamente una visita specialistica fisiatrica di struttura pubblica per la definizione dello specifico programma.
- La condizione di cui al punto 3. è affidata alla gestione di strutture di tipo B-C. Nell'arco di un anno il Medico prescrittore può prescrivere non oltre un limite massimo di 80 trattamenti, per qualsiasi caso. L'accesso è regolato tramite intervento del medico prescrittore che, in riferimento al progetto riabilitativo individuale preesistente, provvederà alla necessaria prescrizione attenendosi ai limiti contenuti nella tabella E. ed alla rispettiva fascia di percorso.
- La condizione di cui al punto 4. è affidata alla gestione di strutture di tipo B-C. La gestione avviene, come da delibera 377/98, mediante l'attivazione di un'equipe riabilitativa. L'equipe avrà il compito di elaborare il progetto riabilitativo di persona ed il programma entrambi orientati esclusivamente all'outcome funzionale. L'attivazione è soggetta a prescrizione da parte del medico prescrittore. Nell'arco di un anno il Medico prescrittore può prescrivere non oltre un limite massimo di 80 trattamenti, per qualsiasi caso (a conclusione del processo di completamento del recupero funzionale).
- Per le attività ambulatoriali B e C sarà il medico prescrittore, congiuntamente al team, ad elaborare il progetto riabilitativo con gli outcome "funzionali" prefissati (Delib. 377/98). Le prestazioni domiciliari A-B e C fanno già capo al medico prescrittore (Del. 377/98).

Per tutte e 4 le condizioni su esposte sono da prevedere le seguenti deroghe:

- a) malattie ingravescenti in età evolutiva, quali la scoliosi in cui è possibile protrarre il trattamento fino al limite massimo di 120 sedute annue, ove esistano condizioni di strutturazione importante e rischi di coinvolgimento funzionale posturale, motorio e respiratorio rilevante;
- b) riacutizzazione in corso di normale evoluzione di patologie croniche minori. In questo caso la quota di 30 trattamenti è eccedibile per massimo di ulteriori 30.

Si riportano di seguito uno schema esemplificativo delle fasi, livelli di assistenza e delle modalità di accesso e le tabelle A - B - C - D - E.

SCHEMA DELLE FASI E I LIVELLI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA E DELLE MODALITA' D'ACCESSO

FASI DELLA RIABILITAZIONE

- A FASE OSPEDALIERA DELLA PREVENZIONE DEL DANNO SECONDARIO**
- B FASE DELLA RIABILITAZIONE INTENSIVA POSTACUTA**
- C FASE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA**
- D FASE DI MANTENIMENTO**

A FASE OSPEDALIERA DELLA PREVENZIONE DEL DANNO SECONDARIO (INTERVENTO RIABILITATIVO IN FASE ACUTA)

Accesso	=	Ricovero per acuti (compresa emergenza-urgenza)
Struttura	=	Ospedaliera
Riabilitazione	=	in fase acuta (Drg)
Intervento		Attivazione della Rete: comunicazione alla ASL, di residenza del paziente, del caso e delle possibilità di sviluppo di disabilità
		Presenza in carico con trattamento specifico immediato sulle competenze caratterizzanti questa fase
		Programmazione preventiva di successiva idonea collocazione
Dimissioni	=	Predisposizione del foglio di dimissioni con indicazioni della struttura (setting) e delle modalità, di massima, adeguate alla prosecuzione del trattamento. L'Ospedale provvede a programmare il trasferimento del paziente alla struttura degenziale successiva. Contemporaneamente invia comunicazione alla U.O. distrettuale di residenza del paziente.

B FASE DELLA Riabilitazione INTENSIVA POSTACUTA (COD.56, 28, 75)

Accesso		da A tramite trasferimento e trasporto dall'Ospedale
		a seguito di prescrizione del Medico di libera scelta su indicazione delle dimissioni ospedaliere e/o dello specialista. In tutti i casi va attivata la U.V.B.R.
Struttura		- Ospedaliera o extraospedaliera degenziale intensiva di media specialità multidisciplinare (Cod. 56) in tempo pieno (F.T.) o in ricovero diurno (DH); - Ospedaliera per degenze di 3° livello (alta specialità) Cod. 28 (US) e Cod. 75 (UGTCE)
Riabilitazione	=	Intensiva (codici: 2° livello 56 FT o DH, 3° livello 28, 75)
Intervento		Il MMG comunica alla ASL di residenza del paziente l'avvenuta prescrizione, ove la produca
		La struttura che accoglie il paziente predispone il progetto riabilitativo e gli specifici programmi, indicando l'outcome atteso, lo invia alla ASL ed eventualmente richiede l'intervento del sistema territoriale per gli aspetti socio-assistenziali.
		La ASL controlla l'appropriatezza del ricovero e della degenza (anche tramite specifici indicatori)
Pre Dimissioni	=	la U.V.B.R. verifica l'outcome, ne dà comunicazione al Distretto di residenza dell'A.S.L. oppure predispone un'ipotesi di prosecuzione indicando l'eventuale setting idoneo. Vengono concordate, con il MMG o il PLS, le procedure per il proseguimento delle attività riabilitative.

Dimissioni	=	Sono programmate e concordate con la U.V.B.R. . Avvengono tramite lettera di dimissione, contenente tutte le informazioni sulle condizioni biologiche e funzionali del paziente, indirizzata al MMG o PLS
------------	---	--

C FASE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA (Fase DEL COMPLETAMENTO DEL PROCESSO DI RECUPERO E DEL PROGETTO RIABILITATIVO E FASE DEL TRATTAMENTO TERRITORIALE ED AMBULATORIALE)

C1 = FASE ESTENSIVA POSTACUTA

(COD. 60 "Lungodegenza riabilitativa" C_{1a} o alternative non ospedaliere C_{1b})

Accesso		da A tramite trasferimento e trasporto dall'Ospedale: in condizioni cliniche che richiedono ospedalizzazione in strutture (Cod. 60)
		in condizioni cliniche ottimali in strutture extraospedaliere (DGRC 7301/01)
		su prescrizione del Medico di libera scelta su indicazione delle dimissioni e/o dello specialista: diretta per il Cod. 60, tramite Medico prescrittore per le altre. In tutti i casi viene attivata la U.V.B.R.
Strutture	=	Ospedaliere o extraospedaliere degenziale (Lungodegenza Riabilitativa: cod.60) Strutture Extraospedaliere (DGRC 7301/01)
Riabilitazione	=	Estensiva Degenziale (vedi "Strutture")
Intervento		Il MMG comunica alla ASL di residenza del paziente l'avvenuta prescrizione, ove la produca
		La struttura che accoglie il paziente predispone il progetto riabilitativo e gli specifici programmi, indicando l'outcome atteso, lo invia alla ASL ed eventualmente richiede l'intervento del sistema territoriale per gli aspetti socio - assistenziali.
		La ASL controlla l'appropriatezza del ricovero e della degenza (anche tramite specifici indicatori)
Pre Dimissioni	=	la U.V.B.R. verifica l'outcome, ne dà comunicazione al Distretto di residenza dell'A.S.L. oppure predispone un'ipotesi di prosecuzione indicando l'eventuale setting idoneo. Vengono concordate, con il MMG o il PLS, le procedure per il proseguimento delle attività riabilitative
Dimissioni	=	Sono programmate e concordate con la U.V.B.R. . Avvengono tramite lettera di dimissione, contenente tutte le informazioni sulle condizioni biologiche e funzionali del paziente, indirizzata al MMG o PLS

C2 = FASE ESTENSIVA Completamento e STABILIZZAZIONE

<u>Accesso</u>	Unità Operative Riabilitative (tramite Medico prescrittore e/o UVBR)	
	Medici di Medicina Generale - Pediatri di Libera Scelta	
Strutture e tipologie 1) Presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo (Ex art. 26) - accesso tramite medico prescrittore; 2) Centri ambulatoriali di riabilitazione (ex art.26) - accesso tramite medico prescrittore 3) Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri (tipologia A,B,C delibera 377/98 - Nomenclatore Tariffario del 14/4/98). L'accesso a tutti i trattamenti domiciliari e alle tipologie B e C avviene tramite il MP. L'accesso, invece, alla tipologia A ambulatoriale avviene tramite il MMG e/o PLS. 4) Assistenza Riabilitativa presso le Strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio assistenziale ed i centri socio-riabilitativi, comprese le RRSSAA, nonché il domicilio dell'utente. L'accesso avviene tramite Unità di Valutazione Integrata		
Riabilitazione	=	Estensiva residenziale, territoriale, domiciliare
Intervento	U.O.R.: Attivazione Rete: collegamenti con altre U.O territoriali ed altre agenzie sociali; Definizione del progetto e dei programmi in collegamento con i MMG e i PLS; Predisposizione di cartella unica Verifica gli outcome	
	Le strutture: <ul style="list-style-type: none"> • attuano gli interventi specifici previsti dal Progetto e dai programmi; • comunicano l'outcome raggiunto e/o eventuali variazioni delle condizioni terapeutiche riabilitative 	
Dimissioni	=	Programmate. Comunicazione al MMG e PLS

D FASE DI MANTENIMENTO (E/O DI PREVENZIONE DELLA PROGRESSIONE DELLA DISABILITA')

Accesso	=	attraverso il MMG/P.L.S. - U.V.B.R. - U.V.I.
Struttura	=	RSA - domicilio del paziente attraverso l'ADI e gli ambulatori
Riabilitazione	=	mantenimento delle abilità acquisite e prevenzione del decadimento
Intervento	=	attraverso la rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari
Dimissioni	=	programmate e concordate tra il MMG, il responsabile della struttura e l'utente o suoi familiari.

CLASSI DI MENOMAZIONI

<p>01. Ictus cerebrale (str) emisoma sinistro (ictus destro) emisoma destro (ictus sinistro) ictus bilaterale ictus senza paresi altro tipo di ictus cerebrale</p> <p>02. cerebropatia (BDN/BDT) non traumatica traumatica trauma cranico esposto trauma cranico chiuso altra cerebropatia</p> <p>03. malattia neurologica (NEU) sclerosi multipla parkinsonismo polineuropatia sindrome di Guillain-Barrè altra malattia neurologica</p> <p>04. mielopatia (SCN/SCT) non traumatica paraplegia incompleta paraplegia completa tetraplegia incompleta C1-4 tetraplegia incompleta C5-8 tetraplegia completa C1-4 tetraplegia completa C5-8 altra mielopatia non traumatica</p> <p>05. amputazione di arto (AM2/AM1)</p> <p>06. artropatia (AR2/AR1) artrite reumatoide</p> <p>07. patologia ortopedico-traumatologica postumi/esiti di protesizzazione d'anca postumi/esiti di protesizzazione ginocchio</p> <p>08. Pneumopatie (PUL) Broncopneumopatia cronica ostruttiva altra pneumopatia</p> <p>09. Cardiopatie (CAR) Postumi di cardiopatia ischemica postumi di chirurgia valvolare postumi di trapianto cuore e/o polmoni arteriopatia obliterante periferica altre cardiopatie</p> <p>10. Ustioni (OTH)</p> <p>11. deformità congenite (OTH) Spina bifida altra deformità congenita altre menomazioni disabilitanti (OTH)</p> <p>12. politraumi (MMT) encefalo e midollo spinale encefalo e polifrattura e/o amputazione</p>	<p>mielopatia traumatica più polifrattura e/o amputazione altro politrauma</p> <p>13. oncologia</p> <p>14. menomazioni disabilitanti età evolutiva (MEE) sindromi di sofferenza cerebrale pre o perinatale leocodistrofie sindromi cromosomiche genetiche sindromi malformative del SNC disfunzioni pratto-gnosiche miopatie disturbi dello sviluppo psicomotorio e relazionale disturbi evolutivi della comunicazione disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento disturbi evolutivi della funzione motoria disturbi dell'attenzione con iperattività disturbi della condotta disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico dell'infanzia e dell'adolescenza sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia altri disturbi comportamentali ed emozionali patologie metaboliche ritardo mentale deficit sensoriali esiti postchirurgici di malformazioni congenite</p>
--	--

CLASSIFICAZIONE DELLE DISABILITA' (ICIDH - OMS)

I - DISABILITA' NEL COMPORTEMENTO**Disabilità nella consapevolezza**

- 10. disabilità nella consapevolezza di sé
- 11. disabilità relativa all'orientamento nello spazio e nel tempo
- 12. altre disabilità di identificazione
- 13. disabilità nel salvaguardare la propria incolumità
- 14. disabilità legata al comportamento in determinate situazioni
- 15. disabilità nell'acquisizione di conoscenze
- 16. altre disabilità nell'istruzione

Disabilità nelle relazioni

- 17. disabilità nel ruolo familiare
- 18. disabilità nel ruolo lavorativo
- 19. altre disabilità nel comportamento

II - DISABILITA' NELLA COMUNICAZIONE**Disabilità nel parlare**

- 20. disabilità nella comprensione del discorso
- 21. disabilità nel discorrere
- 22. altre disabilità nel parlare

Disabilità nell'ascoltare

- 23. disabilità nell'ascoltare il discorso
- 24. altre disabilità nell'ascoltare

Disabilità nel vedere

- 25. disabilità nelle prove visive macroscopiche
- 26. disabilità nelle prove visive di individuazione dei dettagli
- 27. altre disabilità nel vedere e nelle prove correlate

Altre disabilità nella comunicazione

- 28. disabilità nello scrivere
- 29. altre disabilità nella comunicazione

III - DISABILITA' NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA**Disabilità escretorie**

- 30. difficoltà controllata dell'escrezione
- 31. difficoltà non controllata dell'escrezione
- 32. altre disabilità escretorie

Disabilità nell'igiene personale

- 33. disabilità nel farsi il bagno
- 34. altre disabilità nell'igiene personale

Disabilità nel vestirsi

- 35. disabilità nell'indossare gli abiti
- 36. altre disabilità nel vestirsi

Disabilità nell'alimentarsi e in altri aspetti della cura della persona

- 37. disabilità nei preliminari del pranzo
- 38. altre disabilità nell'alimentarsi
- 39. altre disabilità nella cura della persona

IV - DISABILITA' LOCOMOTORIE**Disabilità della deambulazione**

- 40. disabilità nel camminare
- 41. disabilità nell'attraversare
- 42. disabilità nel salire le scale
- 43. altre disabilità nel salire

- 44. disabilità nel correre

- 45. altre disabilità della deambulazione

Disabilità da relazione

- 46. disabilità nel trasferimento
- 47. disabilità nel trasporto

Altre disabilità locomotorie

- 48. disabilità nel sollevarsi
- 49. altre disabilità locomotorie

V - DISABILITA' DOVUTE ALL'ASSETTO CORPOREO

- 50. disabilità nel procurarsi i mezzi per la sussistenza

- 51. disabilità nell'ambiente familiare

Disabilità nella mobilità del corpo

- 52. disabilità nel recuperare
- 53. disabilità nel raggiungere
- 54. altre disabilità nella funzione delle braccia

- 55. disabilità nell'inginocchiarsi

- 56. disabilità nel rannicchiarsi

- 57. altre disabilità nella mobilità del corpo

Altre disabilità nell'assetto di parti del corpo

- 58. disabilità posturali

VI - DISABILITA' NELLA DESTREZZA

- 59. disabilità nell'adattamento ambientale

- 60. altre disabilità nelle attività quotidiane

Disabilità nelle attività manuali

- 61. disabilità nel tastare
- 62. disabilità nell'afferrare

- 63. disabilità nel tenere gli oggetti

- 64. disabilità nell'uso delle mani

- 65. altre disabilità nell'attività manuale

Altre disabilità nella destrezza

- 66. disabilità nel controllo del movimento dei piedi

- 67. altre disabilità nel controllo del corpo

- 68. altre disabilità nella destrezza

VII - DISABILITA' CIRCOSTANZIALI**Disabilità da dipendenza e nelle capacità di resistenza**

- 69. dipendenza da determinate circostanze

- 70. disabilità nelle capacità di resistenza

- 71. disabilità ambientali

- 72. disabilità relativa alla tolleranza verso la temperatura

- 73. disabilità relativa alla tolleranza verso altri fattori climatici

- 74. disabilità relativa alla tolleranza verso il rumore

- 75. disabilità relativa alla tolleranza verso l'illuminazione

- 76. disabilità relativa alla tolleranza verso la tensione da lavoro

- 77. disabilità relativa alla tolleranza verso altri fattori ambientali

Altre disabilità circostanziali

- 78. Altre disabilità relative a particolari situazioni

VIII - DISABILITA' IN PARTICOLARI ATTITUDINI

IX - ALTRE LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA'

GRAVITA' DELLA DISABILITA'

SCALA	DESCRIZIONE
0. Non disabile	Assenza di disabilità - Il soggetto può effettuare un'attività o adottare il necessario comportamento senza aiuto, da solo e senza difficoltà
1. Difficoltà di esecuzione	Presenza di difficoltà - Il soggetto può effettuare un'attività o adottare il necessario comportamento senza supporti tecnici e/o psicoeducativi e da solo, ma con difficoltà
2. Prestazioni con aiuto	Necessità di supporti tecnici e/o psicoeducativi per l'esecuzione del compito - il soggetto può eseguire un'attività solo grazie a supporti tecnici e/o psicoeducativi.
3. Prestazioni con affiancamento costante	Il soggetto non può eseguire un'attività o adottare la condotta richiesta - che essa con affiancamento costante sia migliorata o meno da supporti tecnici e/o psicoeducativi - se non è affiancato costantemente.
4. Dipendenza	Dipendenza completa dalla presenza di un'altra persona - il soggetto può effettuare la sua attività o adottare la condotta richiesta, soltanto se qualcuno è con lui per la maggior parte del tempo.
5. Disabilità rilevante	Impossibilità ad effettuare l'attività senza l'intervento di una persona che, a sua volta, possa agire soltanto con supporti tecnici e/o psicoeducativi - la condotta corretta può essere ottenuta soltanto in presenza di un'altra persona e in un ambiente protetto.
6. Disabilità totale	Impossibilità di condurre a termine un'attività o un comportamento
7. Non classificabile	
8. Non precisata	

LIVELLO PROGNOSTICO

SCALA	DESCRIZIONE
0. Non disabile	Assenza di disabilità
1. Possibilità di recupero	Presenza di disabilità, ma in diminuzione; è previsto un recupero senza limitazioni definitive delle capacità funzionali
2. Possibilità di miglioramento	Vi è una disabilità ma in diminuzione, sebbene sia probabile una limitazione residua delle capacità funzionali del soggetto.
3. Possibilità di miglioramento con affiancamento costante	Disabilità stabilizzata, ma le capacità funzionali possono essere migliorate per mezzo di supporti tecnici e/o psicoeducativi o altre forme.
4. Disabilità stabilizzata	Disabilità stabilizzata senza prospettive di miglioramento delle capacità funzionali
5. Possibilità di contenimento della regressione	Disabilità progressive, ma le prestazioni potrebbero essere migliorate per mezzo di supporti tecnici e/o psicoeducativi o altre forme.
6. Disabilità con deterioramento	Disabilità progressiva con salvaguardia del livello prestazionale progressivo.
7. Non determinabile	
8. Non specificata	

TABELLA E					
PERCORSO TERAPEUTICO	DURATA	NUMERO MASSIMO DI SEDUTE	POSSIBILI PRESTAZIONI	STRUTTURA	COSTO
PR1: Disabilità conseguenti a patologie del sistema nervoso centrale e periferico in fase cronica e/o stabilizzata -Monodistrettuali -Polidistrettuali	30 minuti 60 minuti	Max. 80 trattamenti annuali. Per l'ex art. 26 il numero di sedute è determinato dal progetto riabilitativo.	1.Ried.neuromotoria con metodica scientificamente validata 2.Mobilizzazioni articolari 3.Terapia occupazionale 4.Terapia fisica 5.Addestramento e messa a punto di apparecchi ortesici 6.Training per disturbi del linguaggio 7.Esercizi respiratori 8.Psicoterapia	B - C	
PR2: Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari post-traumatiche: -Monodistrettuali -Polidistrettuali	30 min. 60 min.	Max 60 sedute annue Max 60 sedute annue	1.Mobilizzazioni articolari 2.Rieducazione Funzionale 3.P.N.F. 4.Esercizi propriocettivi 5.Risoluzione manuale di aderenze articolari 6.Training deambulatorio e del passo 7.Meccanoterapia 8.Terapia fisica 9.Messa a punto di apparecchi ortesici	A - B - C	
PR3: Disabilità conseguenti a patologie osteomioarticolari degenerative: -Monodistrettuali -Polidistrettuali	30 min. 60 min.	Max 60 sedute annue Max 60 sedute annue	Come sopra per i punti da 1 a 9. 10.Manipolazione vertebrale 11.Mobilizzazione colonna 12.Tecniche manipolative	A - B - C	
PR4: Disabilità conseguenti ad esiti di gravi ustioni e interventi chirurgici di tipo demolitivo	30 minuti	Max 60 sedute annue dalla data di dimissione ospedaliera.	1.Mobilizzazioni articolari 2.Rieducazione Funzionale 3.P.N.F. 4.Esercizi propriocettivi 5.Risoluzione manuale di aderenze articolari 6.Training deambulatorio e del passo 7.Meccanoterapia 8.Terapia fisica 9.Messa a punto di apparecchi ortesici	A - B - C	
PR5: Disabilità conseguenti a Patologie internistiche: <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> </div>	60 minuti 30 minuti	Max 120 sedute annue per patologie cardiologiche Max 60 sedute annue per patologie respiratorie	1.Riabilitazione cardiologia 2.Riabilitazione respiratoria	B - C B - C	
PR6: Trattamento paramorfismi e dimorfismi nell'età Evolutiva <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> </div>	30 min. 60 min.	Max 90 sedute annue Max 180 sedute annue	1. Esercizi posturali 2. Esercizi respiratori 3. Elongazione 4. Trazione 5. Meccanoterapia 6. Presa coscienza a mezzo specchi quadrettati	A-B-C	

6. ASSISTENZA PROTESICA

L'assistenza protesica prevede l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili ai soggetti aventi diritto di cui al D.M. 27/08/99 n. 332.

Le fasi per l'ottenimento di quanto richiesto sono le seguenti:

- richiesta di visita dello specialista competente per menomazione e disabilità (medico prescrittore) da parte del medico di medicina generale. Alla visita dovrà essere esibita copia del verbale di invalidità civile specifica per il tipo di ausilio richiesto (nelle condizioni di accertamento dovrà essere esibita copia della domanda di invalidità, devono comunque sussistere le condizioni della L. 18/80 per avere diritto ai presidi). Per i minori di aa. 18 non è richiesta l'invalidità civile;
- il medico specialista effettua la visita e, se del caso, prescrive l'ausilio e compila in ogni sua parte lo specifico modulo;
- in base a tale prescrizione la ditta scelta dal paziente, tra quelle iscritte nell'Elenco regionale, dovrà stilare un preventivo. Gli ausili dell'allegato 2 e 3 del Decreto Ministeriale n. 332/99 (letti ortopedici, carrozzine etc., ventilatori, aspiratori, microinfusori, nutripompa) vengono acquistati con gara centralizzata da parte dell'ASL.
- L'U.O. di riabilitazione di residenza dell'assistito, previa verifica della conformità del preventivo, autorizza in caso di esito positivo la fornitura dell'ausilio"
- La ditta prescelta procede all'erogazione dell'ausilio, che successivamente, a cura dell'assistito, dovrà essere sottoposto a collaudo da parte del medico prescrittore"

6.1 Centro Informazione Ausili

Il Centro Informazione Ausili, almeno uno per A.S.L., offre ai cittadini disabili nonché agli enti pubblici e privati questo servizio:

- Consulenze sugli ausili più idonei in base al tipo di disabilità per il raggiungimento della autosufficienza;
- Consulenza per l'abbattimento delle barriere architettoniche e per l'integrazione sociale e lavorativa;
- Consulenza dei medici prescrittori sugli ausili più idonei in rapporto alla patologia;
- Informazione sulle normative vigenti in favore dei cittadini disabili e dei centri specializzati esistenti sul territorio comunitario.

7. PASSAGGIO ALL'INTERVENTO SOCIALE

Il passaggio dal centro di riabilitazione alla struttura socio sanitaria si verifica quando il soggetto, per permanere proficuamente nel contesto sociale, necessita di un elevato grado di assistenza tutelare unitamente al permanere di una forma di riabilitazione che mira ad impedire gli effetti involutivi del danno. L'UVBR dell'ASL trasmette il progetto ed indica gli obiettivi previsti all'UVI per eventuali modificazioni del progetto e dei programmi. Anche in questo caso sono previsti controlli periodici per la verifica della persistenza della necessità e/o del raggiungimento degli obiettivi.

7.1 Eventuale uscita dal percorso

Il raggiungimento dell'obiettivo fondamentale di un buon reinserimento sociale e di un individuale soddisfacimento delle proprie esigenze personali porta all'uscita dal sistema.

Il raggiungimento di questo punto d'arrivo viene sempre verificato dall'U.V.I. con il soggetto interessato e con la struttura, che lo ha in carico.

8. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E DIPARTIMENTALIZZAZIONE

Presupposti, necessari e indispensabili, alla realizzazione di interventi riabilitativi efficaci sono, quindi:

- definizione dei livelli operativi di diversa intensità (riabilitazione intensiva ed estensiva) in base alla complessità dell'assistenza richiesta e al momento in cui si interviene;
- costituzione di una rete integrata di presidi e servizi riabilitativi;
- inserimento degli interventi di medicina riabilitativa nel più generale contesto di prevenzione e contrasto della disabilità.

Solo il contestuale intervento sui tre aspetti sopra richiamati, permette un corretto utilizzo delle risorse e l'inserimento del paziente disabile in un processo di trattamento correttamente graduato e senza soluzione di continuità e un massimo grado di inserimento sociale.

La definizione dei livelli d'intervento e la costituzione di una rete integrata, sono conseguibili con una dipartimentalizzazione dei servizi e dei presidi riabilitativi; l'inserimento degli interventi di medicina riabilitativa nel più generale contesto della prevenzione e contrasto della disabilità è conseguibile con un approccio programmatico complessivo e supportato anche gli interventi sociali (Piano socio-assistenziale).

L'approccio dipartimentale, integrazione di tutti i servizi e presidi riabilitativi, costituisce il presupposto organizzativo essenziale per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e delle attività sanitarie e sociali della riabilitazione.

Mettere in rete la pluralità delle funzioni assistenziali riabilitative ivi comprese quelle di lungodegenza post acuzie (riabilitazione estensiva) e forme complementari, attraverso una gestione coordinata è indispensabile per integrare le competenze presenti, ottimizzando la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle risorse complessivamente assegnate.

Nel dipartimento si integrano le attività di riabilitazione, ospedaliere ed territoriale e si creano le condizioni per la ulteriore integrazione con gli interventi sociali riabilitativi. in un'ottica di programmazione tesa a favorire e perfezionare la logica di continuità del processo assistenziale per il cittadino utente disabile. L'organizzazione dei presidi ospedalieri deve considerare anche le modalità e le forme delle interazioni funzionali alla necessaria integrazione ospedale-territorio del singolo distretto o fra i presidi situati in diversi distretti dell'Azienda o fra aziende che servono lo stesso territorio.

Nell'ambito del processo organizzativo del Dipartimento di riabilitazione si rende necessario prevedere l'articolazione funzionale attraverso l'integrazione dei dirigenti dei servizi della riabilitazione previsti dalla L.R. n. 4/2001.

8.1 Area Dipartimentale di Riabilitazione nell'Azienda A.S.L.

E' un modello di dipartimento transmurale, nel quale confluiscono tutte le UU.OO.AA.RR. distrettuali le UU.OO.RR. dei presidi ospedalieri, le strutture erogatrici pubbliche, i centri e le strutture di riabilitazione presenti in sedi ospedaliere e territoriali nell'ambito aziendale, i centri di riabilitazione accreditati e le officine ortopediche accreditate in un'ottica di programmazione unificata e di utilizzo delle risorse specifiche omogenee, volte a garantire continuità e la necessaria integrazione del percorso riabilitativo del singolo utente.

Tale integrazione deve prevedere modalità di integrazione operativa anche con i presidi privati accreditati di riabilitazione esistenti nell'ambito territoriale dell'Azienda A.S.L.

8.2 Dipartimento di riabilitazione nell'Azienda Ospedaliera e IRCCS

In queste aziende vanno garantite le attività di medicina riabilitativa con le modalità e modelli organizzativi previsti dal Piano Ospedaliero Regionale

8.3 Funzioni del Dipartimento di Riabilitazione

Il Dipartimento deve assolvere principalmente alle seguenti funzioni:

- collaborare con la direzione strategica dell'Azienda all'individuazione degli obiettivi relativi alla propria area di competenza; approvarne il piano di attività, risorse ed obiettivi;
- gestire le risorse assegnate in modo integrato con l'identificazione delle risorse comuni di Dipartimento, previa definizione dei livelli di attività, garantendo l'unitarietà della programmazione e della gestione delle attività di riabilitazione e della lungodegenza postacuzie al fine di migliorare l'efficacia degli interventi e l'efficienza dei servizi;
- favorire l'integrazione delle funzioni ospedaliere con le relative attività extraospedaliere e l'eventuale proiezione sul territorio per assicurare la continuità assistenziale ed il completamento del progetto riabilitativo della singola persona, attraverso un corretto utilizzo dei vari presidi che costituiscono la rete integrata sociosanitaria;
- garantire un corretto e coerente utilizzo e funzionamento delle attività di lungodegenza postacuzie;
- organizzare attività di monitoraggio epidemiologico per la raccolta dei dati relativi ai bisogni conseguenti alle disabilità della popolazione di riferimento, al fine di ottimizzare l'impiego

delle risorse disponibili. Strumento utile pare essere l'attivazione e la gestione di un'anagrafe informatizzata della popolazione disabile del territorio di competenza;

- predisporre protocolli valutativi e terapeutici di base per l'omogeneizzazione e l'elevazione degli standards di erogazione di prestazioni riabilitative;
- programmare e coordinare iniziative di ricerca ed esperienze controllate di nuovi approcci riabilitativi;
- garantire il corretto svolgimento dei Programmi Operativo-Funzionali intra e interdipartimentali nei diversi momenti assistenziali e nelle diverse fasi del processo riabilitativo. Lo strumento appropriato a questo scopo è individuato nell'elaborazione di linee guida aziendali e di procedure omogenee di coordinamento tecnico-funzionale dei diversi settori operativi che intervengono nella predisposizione, sviluppo e controllo del progetto riabilitativo. Si deve evitare la sovrapposizione di interventi rieducativi e/o fisioterapici non inseriti nel contesto di un progetto definito e non organizzati in un articolato percorso diagnostico-terapeutico e socio-assistenziale;
- sviluppare e coordinare le attività di formazione, aggiornamento e didattica;
- individuare e promuovere nuove attività e/o modelli di assistenza;
- predisporre un sistema omogeneo di indicatori per il controllo e la verifica della qualità dell'assistenza e del corretto utilizzo delle risorse impiegate in aderenza agli obiettivi programmati, compresa la verifica della appropriatezza della collocazione dell'utente disabile all'interno della rete dei servizi disponibili in funzione della "fase" terapeutica individuata e delle finalità indicate nel progetto riabilitativo;
- controllare la gestione dell'attività di assistenza protesica ed ortesica (consulenza ausili, prescrizione, collaudo ed addestramento) garantendo l'ottimizzazione dell'uso delle risorse specificatamente assegnate con l'obiettivo del contenimento della spesa e della facilitazione di una razionale ed economica utilizzazione del patrimonio protesico in dotazione all'Azienda;
- promuovere una integrazione tra sanitario e sociale ed il coordinamento con le attività di volontariato e gestione dei rapporti con le associazioni dei disabili.
- promuovere le iniziative per l'educazione e l'informazione sanitaria rivolte alla popolazione.

8.4 Dipartimento di riabilitazione interaziendale

E' previsto un ulteriore modello dipartimentale che integra in continuità assistenziale il processo riabilitativo della riabilitazione intensiva con la riabilitazione estensiva. E' realizzabile con specifiche modalità di integrazione gestionale ed organizzative delle reciproche responsabilità e competenze aziendali e con opportune modalità di verifica e di controllo delle attività. La costituzione e le funzioni dei dipartimenti interaziendali sono approvate dall'Assessorato alla Sanità su proposta delle ASL interessate.

Allegato 1

ESTRATTO DALLA CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE MENOMAZIONI, DISABILITA' ED HANDICAP (ICIDH) O.M.S. (1980)

Definizioni:

menomazione: qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione, sul piano anatomico, fisiologico e psicologico. La menomazione è caratterizzata dall'esistenza od occorrenza di anomalia, difetto o perdita (che può essere temporanea o permanente) di un arto, organo o tessuto od altra struttura, del corpo, o di un difetto di un sistema, funzione o meccanismo del corpo, compreso il sistema delle funzioni mentali. La menomazione rappresenta la deviazione dalla norma sul piano biomedico dell'individuo e rappresenta la esteriorizzazione una condizione patologica.

disabilità: limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di effettuare una attività nel modo o nei limiti considerati normali per un essere umano. La disabilità è caratterizzata da eccessi o difetti nelle abituali attività prestazioni e comportamenti, che possono essere temporanei o permanenti, reversibili od irreversibili, progressivi o regressivi. Le disabilità possono insorgere come diretta conseguenza di menomazioni o come risposte dell'individuo, particolarmente di tipo psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura. La disabilità riguarda le capacità, intese come attività e comportamenti compositi, che sono generalmente accettate come componenti essenziali della vita quotidiana. La disabilità rappresenta la oggettivazione di una menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona.

handicap: situazione di svantaggio sociale, conseguente a menomazione e/o disabilità, che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale per un dato individuo in funzione di età, sesso e fattori culturali e sociali. L'handicap riguarda il valore attribuito ad una situazione od esperienza individuale quando essa si allontana dalla norma. E' caratterizzato da una discordanza fra la prestazione e la condizione dell'individuo e le aspettative dell'individuo stesso o del particolare gruppo di cui fa parte.

L'handicap rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e, come tale, riflette le conseguenze per l'individuo - sul piano culturale, sociale, economico ed ambientale - che nascono dalla presenza di menomazioni e disabilità.

GLOSSARIO

Attività sanitarie di riabilitazione: complesso di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzati a portare il soggetto affetto da menomazioni a limitare o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente ed a ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

ICIDH: (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap, elaborata dall'O.M.S.

Interventi di riabilitazione sociale: complesso delle azioni, attività ed interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale, ed economica con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità inemendabili, al fine di contenere la condizione di svantaggio sociale.

Progetto riabilitativo di struttura: programmazione della disponibilità e dell'organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura allo scopo di garantire una idonea funzione di supporto finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti.

Progetto riabilitativo individuale: insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa per un determinato paziente, che: tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue e recuperabili; definisce quali siano gli esiti desiderati; definisce nelle linee generali i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti; costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

Programma riabilitativo: collocato all'interno del progetto riabilitativo, definisce aree di intervento specifiche, obiettivi immediati e a breve termine, operatori coinvolti, tempi e modalità di erogazione degli interventi, verifica degli interventi.

Reparto di recupero e riabilitazione funzionale: tipologia analoga ai reparti di medicina fisica e riabilitativa. Reparti prevalentemente dedicati alla riabilitazione intensiva.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1) Legge 23 dicembre 1978, n. 833
"Istituzione del servizio sanitario nazionale"
- 2) Decreto Ministero della sanità 29 gennaio 1992
"Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità"
- 3) Legge 5 febbraio 1992, n. 104
"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e diritti delle persone handicappate"
- 4) Raccomandazione R (92) 6 Comitato dei Ministri del Consiglio di Europa
- 5) Decreto Ministeriale 28.02.93
Approvazione del Nomenclatore Tariffario delle protesi...ai sensi dell'art. 34 della legge 5 febbraio 1992 n. 104
- 6) Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27.3.92
- 7) Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche
"Riordino della disciplina in materia sanitaria"
- 8) Decreto del Presidente della Repubblica 1 marzo 1994
"Approvazione del Piano Sanitario nazionale per il triennio 1994/1996"
- 9) Ministero della sanità: Linee guida n. 2/1994 del 5 aprile 1994
"Linee guida sugli istituti e centri per il recupero e la riabilitazione funzionale"
- 10) Decreto Ministero della sanità 22 luglio 1996
"Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe"
- 11) D.G.R.C. n. 6757 del 31 luglio 1996
Centri di riabilitazione - Recepimento protocollo d'intesa
- 12) D.G.R.C. n. 9266 del 22 novembre 1996
Scheda di rilevazione della connotazione di gravità
- 13) Legge 23 dicembre 1996 n. 662
"Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"
- 14) Decreto Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997
"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- 15) Linee Guida Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione 7 maggio 1998
- 16) Decreto Ministero della Sanità 27 agosto 1999, n. 332
"Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe."
- 17) D.G.R.C. n. 315 dell'1 febbraio 2000
Disposizioni attuative del D.M. 332799
- 18) D.G.R.C. n. 3094 dell'11 aprile 2000
Prestazioni Riabilitative specifiche - Determinazione delle tariffe
- 19) D.G.R.C. n. 5742 del 28 novembre 2000
Assistenza protesica D.M. 332/99
- 20) D.P.C.M. 14 febbraio 2001
Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie

- 21) Documento O.M.S. - I.C.F. approvato il 22 maggio 2001
- 22) D.P.C.M. 29 novembre 2001
Definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.)
- 23) D.G.R.C. n. 6467 del 30 dicembre 2002
Indirizzi regionali (Linee Guida) in relazione al D.P.C.M. 29.11.2001

INDICE

Premessa ed obiettivi

Titolo 1 - Strategia dell'intervento riabilitativo

- 1.1 a 1.3 Progetto riabilitativo - schema di riferimento
- 1.4 - 1.5 Programma riabilitativo - schema di riferimento

Titolo 2 - Interventi Riabilitazione ed Articolazione di Presidi Eroganti

- 2.1 Fasi dell'intervento riabilitativo
- 2.2 Tipologia degli interventi di riabilitazione
- 2.3 Livelli organizzativi
- 2.4 Criteri generali di accesso
- 2.5 Riabilitazione Estensiva: Strutture erogatrici
- 2.6 Riabilitazione Intensiva: Strutture erogatrici

Titolo 3 - Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione

Titolo 4 - Percorso riabilitativo - U.V.B.R.

- 4.1 L' Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (U.V.B.R.)
- 4.2 Il Percorso Riabilitativo integrato socio-sanitario
- 4.3 Accesso
- 4.4 Modalità d'accesso in Fase 1 e Fase 2
- 4.5 Modalità d'accesso in Fase 3 ed in fase 4

Titolo 5 - Iter burocratici ed autorizzazioni

- 5.1 Procedure l'ex art. 26
 - 5.2 Tipologie prestazionali e Modalità prescrittive ex art. 26
 - 5.3 Fase di mantenimento
 - 5.4 Inquadramento terapeutico ex art. 26
 - 5.5 Inquadramento terapeutico ex art. 44
 - 5.6 Procedure ex art. 44 Del. Giunta Regionale n. 377/98
- Fasi della Riabilitazione
Tabelle A - B - C - D di riferimento per ex art. 26
Tabella E di riferimento ex art. 44

Titolo 6 - Assistenza protesica

- 6.1 Centro Informazione Ausili

Titolo 7 - Passaggi intermedi dell'intervento sanitario

- 7.1 Eventuale uscita dal percorso

Titolo 8 - Considerazioni conclusive e dipartimentalizzazione

- 8.1 Area Dipartimentale di Riabilitazione nell'A.S.L.
- 8.2 Dipartimento di riabilitazione nell'AO e IRCCS
- 8.3 Funzioni del Dipartimento di Riabilitazione
- 8.4 Dipartimento di riabilitazione interaziendale

Allegato 1 - ICDH

Allegato 2 - Glossario

Allegato 3 - Riferimenti normativi