



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE**

**COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013

**DECRETO**

N. 37

DATA 03.11.2014

**OGGETTO: Approvazione del Piano Regionale della Riabilitazione 2014-2016.**

Il Direttore del Servizio  
Assistenza Territoriale

Giovanna Rizzotto

Il Direttore Generale per la Salute

Mario P. Di Marco

VISTO : Il Sub Commissario Ad Acta

Luca Lato



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE  
COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei Ministri 21 marzo 2013

**DECRETO**

N. 37

data 03.11.2014

**OGGETTO: Approvazione del Piano Regionale della Riabilitazione 2014-2016.**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE  
COMMISSARIO AD ACTA**

Con i poteri conferitigli con deliberazione 21 marzo 2013 del Consiglio dei Ministri, per la prosecuzione e l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise mediante il Programma operativo 2013-2015, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135;

**Premesso:**

Con i decreti del Commissario ad acta pro tempore 7 novembre 2011, n. 94, 23 novembre 2011, n. 100, e 7 dicembre 2011, n. 104, sono stati approvati il Piano regionale d'indirizzo per la riabilitazione e le Linee guida applicative.

I Ministeri della salute e dell'Economia e Finanze, affiancanti la Regione nell'attuazione del Piano di rientro e dei Programmi operativi, con parere 13 marzo 2012, n. 29-P, reso a norma dell'art. 3, comma 5 e seguenti, dell'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 e ratificato dalla Giunta regionale 30 marzo 2007, n. 362, hanno richiesto integrazioni del Piano per la riabilitazione approvato con i precitati decreti commissariali affinché:

- a) Il Piano regionale, impostato sulle Linee guida ministeriali del 1998, fosse aggiornato, in alcune sue parti, al Piano di indirizzo per la Riabilitazione approvato con Accordo Stato Regioni 10 febbraio 2011, n. 30/CSR, pubblicato in G.U. 2 marzo 2011, n.50, supplemento ordinario n. 60); principalmente
- b) viene richiesta la più accurata definizione delle tipologie di assistenza estensiva ed intermedia, dei criteri generali di accesso e delle procedure di presa in carico dei casi complessi già ex art. 26 della L. 833/1978;
- c) Le Linee guida regionali applicative del Piano fossero ugualmente rese coerenti con il Piano nazionale di indirizzo del 2011 e meglio coordinate, nel loro complesso col Piano regionale;
- d) Il Piano fosse accompagnato da un cronoprogramma delle azioni per conseguire gli obiettivi programmati, per meglio accompagnare la complessa operazione di riorganizzazione dell'assistenza, sia in

ambito ospedaliero che extra ospedaliero, segnalando la necessità prioritaria di una rivalutazione degli assistiti attualmente in carico assistenziale nelle strutture regionali ed extra regionali: ciò allo scopo di verificare le reali necessità assistenziali di ciascun assistito mediante i sistemi di valutazione adottati a livello nazionale e procedere al mantenimento o al ricollocamento nel setting assistenziale appropriato, ovvero al trasferimento in strutture di assistenza sociale quando ne ricorrano le condizioni;

e) La regione proceda alla chiara identificazione delle caratteristiche delle strutture assistenziali, in termini di intensità assistenziale, prestazioni erogate, livelli di assistenza e organizzazione, integrando il Piano con la caratterizzazione delle strutture e relativa dotazione di posti letto destinate ai minori che presentano disabilità plurisensoriale e minori con disturbi neuropsichiatrici;

f) Il Piano chiarisca la rete ospedaliera della riabilitazione (codici 56,60,75);

g) Il Piano, sulla scorta della rilevazione della domanda espressa e potenziale, determini l'offerta congrua e delinea la riconversione necessaria delle strutture operanti.

Dalla data di adozione del DCA n. 104/2011 ad oggi, sono intervenute le modificazioni demografiche registrate nel Censimento generale della popolazione del 2011: la popolazione del Molise si è ridotta da 320 mila a 313 mila abitanti, mentre permane elevato (fonte ISTAT 2009) l'indice di vecchiaia (172) sensibilmente più alto rispetto al contesto meridionale (118) e nazionale (143) con i correlati indici di dipendenza strutturale (53 del Molise contro 49 e 52) e di dipendenza anziani (33 del Molise contro 27 e 31).

Nello stesso tempo, il report SIVEAS giugno 2014 ha messo in luce, per quanto concerne l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per disabili in riabilitazione (ex art. 26 L. 833/1978) un'eccedenza dell'offerta regionale pari a circa il quadruplo nel 2012 rispetto al valore mediano nazionale di 0,21 per mille abitanti (residenziale) e di circa il doppio rispetto al valore mediano nazionale di 0,22 (semiresidenziale).

Il fenomeno è dovuto al mantenimento a carico del SSR di assistiti bisognosi di esclusiva assistenza sociale, come emerge dalle rivalutazioni degli assistiti già avviate per alcune strutture accreditate, e della carenza di strutture socio sanitarie, che sono oggetto di altro programma operativo di cui dà conto il DCA 4 giugno 2014, n. 21 (Programmi operativi 2013-2015).

Anche la rete ospedaliera di riabilitazione, che individua nell'ospedale di Campobasso l'*Hub* e negli stabilimenti ospedalieri di Agnone, Termoli, Larino, oltre che nelle strutture accreditate Fondazione Giovanni Paolo II, IRCCS Neuromed, GEA Medica e Villa Ester, gli *Spokes*, è stata rimodulata con DCA n. 21/2014, rispondendo ai chiarimenti richiesti dai Ministeri affiancanti col Parere n. 29-P del 2012. La rete riabilitativa ospedaliera è comunque riepilogata nel Piano approvato col presente decreto.

#### **Considerato:**

Il Comitato nazionale per la verifica degli adempimenti sui Livelli essenziali di assistenza ha periodicamente rilevato l'inadempimento della regione Molise con riferimento alla rete riabilitativa territoriale (carenza di strutture residenziali e semiresidenziali per disabili) ed ospedaliera, per cui è urgente intervenire al riguardo, attesa la rilevanza del Piano sia al fine di riqualificare un settore preminente del SSR, sia al fine di riqualificare la spesa e ridurre il deficit di gestione attraverso un recupero dell'appropriatezza delle prestazioni che condurrà ad eliminare oneri non di competenza del Fondo sanitario regionale, ma di competenza integrale o parziale dell'assistenza sociale e sociosanitaria.

Il Piano per la riabilitazione, in base all'analisi del fabbisogno, viene dunque adeguato col presente provvedimento alle osservazioni ministeriali e all'evoluzione demografica perseguendo, attraverso le azioni programmate, un'offerta qualificata di servizi e prestazioni, di prevenzione e di assistenza, col coinvolgimento di attori diversi (medici e pediatri di famiglia, strutture pubbliche e private, assistiti e famiglie, servizi sociali degli enti locali, associazioni di volontariato) per la piena erogazione del macro livello essenziale di assistenza di cui si tratta, in condizioni di uniformità per tutti i residenti.

L'efficacia dei risultati attesi è correlata alla gradualità della complessiva riorganizzazione dei servizi, che vede nel Piano di riconversione delle attuali strutture di offerta il suo punto centrale. Riconversione che implica una rimodulazione, da parte della Regione, dell'accreditamento delle strutture di offerta di pari passo, come stabilito nel cronoprogramma attuativo, alla rivalutazione dei Programmi individuali di riabilitazione degli assistiti, a cura dell'Unità di valutazione multidimensionale dell'ASREM.

La sostenibilità del programma è assicurata dal non superamento dei vigenti tetti di spesa per l'assistenza in strutture regionali e in strutture extra regionale. Il recupero degli oneri inappropriati sarà destinato a coprire esigenze oggi in gran parte scoperte, come nel caso dei minori che presentano disabilità plurisensoriale e dei minori con disturbi neuropsichiatrici.

Ciò comporta che, come stabilito dall'art. 8-quater, comma 8, del d. lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, attraverso i contratti con le strutture accreditate, si porranno a carico del SSR soltanto i volumi di attività comunque non superiori al fabbisogno, secondo gli indirizzi della programmazione nazionale recepiti nel Piano regionale. Se necessario, sulla base dei risultati conseguiti, monitorati periodicamente, la Regione procederà alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, se la stabilizzazione della domanda dovesse renderlo necessario.

I contratti, quindi, potranno nella prima fase di attuazione del Piano, non essere correlati alla capacità produttiva accreditata alle singole strutture, specialmente in relazione al programma di riassorbimento della mobilità passiva, che richiederà un impegno di medio termine

Per il programma di riassorbimento della mobilità passiva, la regione – per il tramite dell'ASREM – si avvarrà della clausola (preventiva autorizzazione) dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera b), del d. lgs. 502/1992.

La regione aggiornerà le tariffe ed approverà quelle nuove necessarie per effetto dalla riconversione delle strutture accreditate, specificando – se e quando ne ricorrano le condizioni – la quota della tariffa complessiva a carico del SSR e la quota tariffaria a carico dell'assistito, della sua famiglia o dei servizi sociali del Comune domicilio di soccorso, sulla base di quanto definito dal DPCM 29 novembre 2011, recante definizione dei LEA, e successive modificazioni ed integrazioni, recepito dalla regione Molise con DCA 3 agosto 2010, n. 56, rettificato con DCA 21 marzo 2011, n. 5, in applicazione del parere dei ministeri affiancanti 22 febbraio 2011, n. 28-P.

Per rendere effettiva l'integrazione dell'assistenza sociale con quella sanitaria, la Regione s'impegna a ridisegnare gli ambiti dei Piani di zona di assistenza sociale facendoli coincidere con gli ambiti dei distretti sanitari, che saranno dall'ASREM ridotti da 7 a 4, come previsto dal DCA 20 marzo 2013, n. 7 (direttiva per l'atto aziendale, validata dai Ministeri affiancanti).

Gli obiettivi strategici del Piano si possono sintetizzare come segue:

- 1) Aumentare la consapevolezza di tutti gli attori coinvolti che lunga assistenza e la riabilitazione non hanno importanza minore della cura delle malattie acute e della prevenzione ed, anzi, nel contesto sociale ed economico regionale, assumono un valore prevalente negli interventi e misure di politica sanitaria e sociosanitaria orientata alla tutela di soggetti deboli;
- 2) Implementare interventi per l'appropriatezza delle cure;
- 3) Creare una rete integrata di servizi e di gestione integrata per raggiungere risultati di qualità, ossia la capacità di offrire a chi ne ha bisogno prestazioni efficaci, nel momento e nella modalità giusti in condizioni di efficienza economica e in ambienti caratterizzati dal rispetto ed empatia per la persona.

Tutto ciò premesso e considerato;

#### **DECRETA**

- 1) È approvato, unitamente alla narrativa che precede e ne costituisce relazione di accompagnamento, il Piano Regionale per la Riabilitazione 2014-2016 che, con le accluse Linee Guida, è allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.
- 2) Sono revocati i decreti commissariali 7 novembre 2011, n. 94, 23 novembre 2011, n. 100, e 7 dicembre 2011, n. 104.
- 3) L'esecuzione del decreto è demandata alla Direzione generale per la salute della Regione Molise e all'ASREM, che riferiranno al Commissario ad acta nei modi e termini stabiliti nel Piano.
- 4) Il presente decreto, composto da n. 4 pagine e da n. 1 allegato, sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

**IL COMMISSARIO ad ACTA**  
**Paolo di Laura Frattura**

Il Presidente della Giunta Regionale - Commissario ad acta





# Regione Molise

## **PIANO REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE 2014-2016**

### **1. FINALITÀ DEL PIANO**

*Il presente documento, con il quale la Regione Molise (Regione) recepisce il nuovo "Piano di indirizzo per la Riabilitazione" del Ministero della Salute (G.U. n° 50 del 2 marzo 2011), si propone di fornire linee guida per realizzare una rete integrata delle attività di riabilitazione del Servizio sanitario regionale. .*

*Il Piano regionale sulla Riabilitazione 2014-2016 (il Piano), mette al centro la persona, i suoi bisogni di salute, declina i principi ispiratori sulla scorta dei quali ridefinire l'organizzazione e la gestione dell'intero sistema regionale ed indica le aree prioritarie che richiedono azioni particolari, di intervento integrato e intersettoriale, in ragione della rilevanza dei problemi di salute delle persone e della complessità delle risposte socio-sanitarie conseguenti, che determinano carichi assistenziali differenziati in base al grado di fragilità della persona.*

*Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie è finalizzato ad introdurre, sostenere e modulare risposte, interventi ed azioni appropriate ed efficaci in ambito preventivo e curativo, coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico e con le disponibilità tecnico-organizzative ed economiche della Regione.*

*I percorsi ed i protocolli clinici saranno, invece, definiti e concordati tra le professionalità interessate e costituiranno oggetto del Piano Attuativo Aziendale, che sarà emanato dall'Azienda sanitaria regionale del Molise (ASREM) entro 90 giorni dalla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise (BURM) del presente Piano e del relativo Decreto Commissariale.*

*È affidato al management aziendale il compito, nel rispetto delle disposizioni regionali già vigenti, di procedere al monitoraggio delle attività svolte all'interno dei Centri di riabilitazione accreditati utilizzando affidabili indicatori di efficienza e di efficacia, utili a misurare l'attività e le prestazioni erogate e conseguentemente adottare ogni opportuna iniziativa al fine di promuovere una complessiva riorganizzazione e riqualificazione del servizio.*

## 2. PREMESSE GENERALI

*Nell'ambito della riqualificazione funzionale delle reti di assistenza ospedaliera e territoriale, i servizi diversificati ed integrati per la riabilitazione e le conseguenti attività di assistenza devono congruamente rispondere all'effettivo fabbisogno della popolazione molisana, quale livello essenziale ed uniforme di assistenza previsto dalla specifica programmazione nazionale.*

*Il Piano regionale adotta, quindi, un modello di percorso integrato sociosanitario, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta alle Regioni e, quindi, adottando nella Regione Molise le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze che scaturiscono dalle caratteristiche proprie dei bisogni della popolazione e delle risorse esistenti e disponibili, fermo restando il rispetto di quanto contenuto nelle Linee guida nazionali.*

*Il percorso integrato sociosanitario implica una 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.*

## 3. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'assenza finora registrata di un riferimento normativo regionale, che consentisse di fissare un fabbisogno reale per le attività riabilitative; la constatazione che attualmente in molti casi la riabilitazione svolge una funzione vicaria rispetto all'esigenza di interventi di tipo prevalentemente o esclusivamente sociale e, infine, la persistenza di alcune criticità, che verranno di seguito evidenziate, ha prodotto l'eccesso inappropriato, sia sotto il profilo assistenziale, sia sotto il profilo degli oneri economici posti a carico del Fondo sanitario regionale, registrato nelle rilevazioni SIVeAS (report giugno 2014).

La Regione, infatti, registra nel 2012 un'offerta di assistenza residenziale per disabili (art. 26 legge 833/1978) di 0,87 posti letto per mille abitanti, a fronte del valore mediano Italia pari a 0,21. L'offerta semiresidenziale per gli stessi disabili si attesta a 0,63 a fronte di 0,22 per mille abitanti.

Il modello organizzativo - funzionale proposto, riparte dall'adozione di **strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno per la presa in carico** della persona e un **monitoraggio dei percorsi riabilitativi** individuali (valutazione *incoming*, intermedia ed *outcome* secondo i punteggi delle scale funzionali) per calibrarli dinamicamente nel tempo, secondo gli indicatori di risultato terapeutico - assistenziale, all'evoluzione delle condizioni personali dell'assistito.

Partendo dalla valutazione appropriata del bisogno, si opera sulla prevenzione e sulla cura, attraverso il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** che garantisce una presa in carico globale, realizzando la centralità dell'assistito rispetto al programma riabilitativo.

Diventa così possibile superare un nodo storico della riabilitazione, ossia la frammentarietà delle cure, costituite spesso da prestazioni e prescrizioni redatte da medici e specialisti diversi, in momenti e strutture differenti, se non addirittura in città diverse, ma sempre per lo stesso problema riabilitativo di uno stesso paziente.

La riorganizzazione “in rete integrata” delle strutture e dei servizi riabilitativi, grazie alla riconversione di alcuni ospedali ed alla valorizzazione del Distretto quale fulcro del sistema socio-sanitario, che assicura, nell’ambito territoriale di competenza, l’erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private accreditate, offre la possibilità di migliorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni.

Un maggior coinvolgimento dei medici e pediatri di famiglia (MMG e PLS) è il complemento necessario di tutto il percorso riabilitativo del paziente, e sarà preceduto e accompagnato da un iter formativo ed informativo adeguato, che la ASREM e la Regione, attraverso l’accordo integrativo regionale per i MMG e i PLS dovranno garantire.

Il governo clinico, definendo “chi, come e quando deve fare che cosa” e utilizzando monitoraggi e controlli sulla qualità delle attività e delle strutture, potrà assicurare un sistema riabilitativo efficiente, efficace, appropriato e relativamente economico, tale da garantire la soddisfazione dell’utente e degli operatori. La “clinical governance” consentirà di gestire meglio due elementi critici, ossia le modalità di accesso ai servizi e l’esito delle prestazioni erogate, con i loro effetti sulla “salute globale” dei pazienti trattati.

L’evoluzione demografica che fa crescere, specialmente nella regione Molise la popolazione anziana (over 65) con una crescente prevalenza delle patologie croniche invalidanti che richiedono lunga assistenza, detta l’esigenza di superare il ruolo di supplenza tuttora esercitata dagli ospedali per acuti, che devono essere parzialmente riconvertiti, per la lungodegenza e riabilitazione ospedaliera e per i servizi extra ospedalieri residenziali, semiresidenziali, a ciclo diurno ambulatoriale o domiciliare secondo il fabbisogno, garantendo efficacia, qualità ed economicità dei trattamenti. Il disequilibrio economico di cui soffre il Servizio sanitario regionale si alimenta, infatti, oltre che dell’improprio sostenimento di esigenze meramente sociali, cui si è fatto cenno in precedenza, anche dall’affidamento ad ospedali orientati al trattamento di patologie in fase acuta dei pazienti che necessitano di trattamenti di lunga assistenza.

La proiezione dei dati più recenti permette di calcolare che l’indice di vecchiaia della regione Molise si colloca a livelli più alti rispetto all’Italia e alle regioni meridionali, come si evince dalla tabella seguente:

**Gli indicatori di struttura della popolazione: confronto Molise, Italia e Mezzogiorno – anno 2009**

Territorio	% Popolazione 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Molise	21,9	53	33	172	44
Italia	20,2	52	31	143	43
Mezzogiorno	18,1	49	27	118	41

(Fonte: *Istat*)

La non autosufficienza, la disabilità, le malattie croniche e la necessità di assistenza protratta, che spesso si associano a fenomeni di emarginazione sociale, rendono necessario il ricorso a nuove forme di assistenza che non possono certamente essere surrogate dai ricoveri ospedalieri o dall’erogazione di prestazioni inappropriate.

Il cambiamento del bisogno assistenziale, nel senso che alla componente sanitaria si va affiancando sempre più prepotentemente quella socio-assistenziale, rende necessaria l’individuazione di percorsi di

cura integrati socio-sanitari e di ambiti di intervento prioritari, come il welfare d'accesso e la valutazione multidimensionale .

### SITUAZIONE DISABILITA' REGIONE MOLISE

<b>FONTE: Programma operativo triennio 2007- 2009 Accordo ai sensi dell'art.1 co.180 della Legge 311/2004</b>	<b>DISABILI</b>	<b>CONFINAMENTO INDIVIDUALE</b>	<b>DISABILITA'NELLE FUNZIONI</b>	<b>DIFFICOLTA'NEL MOVIMENTO</b>	<b>DIFFICOLTA'VISTA UDITO PAROLA</b>
<b>MOLISE</b>	<b>55,1</b>	<b>23,1</b>	<b>32,5</b>	<b>31,5</b>	<b>15,5</b>
<b>ITALIA</b>	<b>48,5</b>	<b>21,4</b>	<b>28,8</b>	<b>22,3</b>	<b>11,1</b>

Raffronto dati ISTAT persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità- anni 1999-2000 (per 1000 persone della stessa zona.

Considerando i diversi livelli di disabilità, quello più grave è rappresentato dal confinamento, che implica la costrizione permanente in un letto, o su una sedia con livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico.

Risulta confinato il 2,1% della popolazione di 6 anni e più e tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 25% (19% maschi e 28% femmine).

In merito alle altre tipologie di disabilità, si rileva che il 2,2% delle persone nella fascia di età innanzi considerata presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni: nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,5% (con uno scarto di circa 7 punti percentuali tra maschi e femmine, a svantaggio di queste ultime: 17,6% per i maschi contro 24,8% per le femmine).

Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali il vestirsi o spogliarsi; il lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.). Le persone che presentano questo tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste elementari esigenze è tra i 75 ed i 79 anni circa il 12% mentre sale al 35,34% in quelle di 80 e più anni.

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1% di tale popolazione e sale al 12,89% in quelle di 80 e più anni.

Ben il 33% delle persone con disabilità è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali, per cui la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili.

Di questi il 33% è rappresentato dal sesso maschile e il restante 67% da quello femminile. Questa differenza è ancora spiegata in gran parte dalla differente distribuzione della popolazione maschile e femminile per età: più dell'80% delle persone con più tipologie di disabilità ha infatti un'età superiore ai 65 anni.

Ipotizzando un trend costante nel tempo nell'andamento della prevalenza di disabilità nella popolazione di 6 anni e più, dall'analisi dei dati, nel prossimo decennio il numero dei disabili nella Regione Molise si attesterà sul 5.8 – 6.3% della popolazione totale, con una numerosità di circa 31mila disabili per anno.

<b>Stima del numero dei disabili per tipo di disabilità in soggetti in 6 e più anni nella Regione Molise</b>					
<b>Anno</b>	<b>Confinamento individuale</b>	<b>Difficoltà nel movimento</b>	<b>Difficoltà nelle funzioni</b>	<b>Difficoltà visto udito, parola</b>	<b>Totale</b>
2005	7114,89	10010,13	9702,13	4774,06	31601,21
2006	7099,05	9987,84	9680,52	4763,43	31530,83
2007	7086,04	9969,54	9662,78	4754,70	31473,06
2008	7074,38	9953,13	9646,88	4746,88	31421,25
2009	7064,65	9939,44	9633,61	4740,35	31378,06
2010	7055,94	9927,19	9621,74	4734,51	31339,38
2011	7047,58	9915,43	9610,34	4728,90	31302,23
2012	7038,71	9902,95	9598,24	4722,94	31262,84
2013	7028,22	9888,19	9583,94	4715,91	31216,26
2014	7016,23	9871,32	9567,59	4707,86	31163,01
2015	7002,97	9852,67	9549,51	4698,96	31104,11

Stime elaborate su base dati ISTAT anno 2000 (Tab011) e contenute nel Piano di Rientro 2007/2009 Regione Molise

La classe di disabilità più numerosa sarà rappresentata dai disabili con difficoltà nel movimento e nelle funzioni (9 mila e 500 unità), seguita dai disabili con problemi di confinamento (7 mila unità), mentre a distanza ritroviamo le disabilità sensoriali (4 mila e 600 unità).

Con il presente piano si intende pertanto pervenire a una pianificazione delle attività finalizzate al recupero funzionale dei pazienti attraverso un modello organizzativo in rete che consideri i diversi livelli e specificità (fase acuta, fase post-acuta, fase degli esiti) in una visione organica integrata del sistema sanitario e sociale.

Nell'ambito della rete ospedali-territorio, con il presente documento si intende creare le basi per lo sviluppo dei seguenti aspetti::

- **pianificazione dei percorsi di cura e quindi:**
  - *rispetto dei criteri di accesso ai servizi* riabilitativi sul territorio regionale ed extraregionale;
  - *condivisione dei principi fondamentali* di una corretta presa in carico riabilitativa;
  - *condivisione di percorsi di cura "tipo"*, pur nella necessità di garantire il pieno soddisfacimento dei bisogni di ogni singola persona;
- **rispetto, nella presa in carico dei pazienti, dei seguenti principi di base:**
  - *accessibilità e copertura della rete*: garanzia che il percorso di presa in carico sia attivato per tutte le persone che ne hanno necessità;
  - *tempestività della presa in carico*: garanzia dell'effettuazione degli interventi in tempi adeguati al tipo di bisogno;
  - *continuità della presa in carico*: garanzia della coerente successione ed integrazione dei diversi interventi in funzione delle fasi del processo morboso, della condizione clinica della persona, della situazione familiare ed ambientale;
  - *presa in carico omnicomprensiva*: ogni intervento della presa in carico riabilitativa dovrà far parte del progetto riabilitativo individuale e sarà conseguentemente orientato all'outcome globale della persona disabile e della sua famiglia;
  - *adozione, in tutto il percorso di presa in carico, di strumenti documentali/protocolli* di valutazione, monitoraggio, trattamento etc. condivisi da tutti gli operatori coinvolti, secondo un'ottica di lavoro in team interdisciplinare e multidimensionale;
  - *efficacia/essenzialità degli interventi*: effettuazione di interventi di validità riconosciuta e condivisa, evitando di alimentare aspettative verso interventi di efficacia dubbia o di alimentare una domanda impropria verso interventi che non hanno ragionevoli probabilità di avere effetti positivi sulle condizioni del paziente o della famiglia;
  - *coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi della presa in carico*, intesa come facilitazione alla partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura, da perseguire con azioni

di educazione, supporto, informazione durante tutto il periodo della presa in carico (*empowerment* del paziente).

La finalità è quella di fornire una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità attraverso la disponibilità di un setting riabilitativo completo di tutte le fasi ospedaliere e territoriali per la realizzazione del progetto riabilitativo individuale. Infatti, l'integrazione delle risorse e delle competenze disponibili nell'ambito dell'offerta dei servizi riabilitativi sia da parte delle strutture pubbliche sia da parte di quelle private accreditate può essere realizzata attraverso un governo clinico complessivo del sistema di rete con l'adozione di Linee Guida condivise, la definizione e condivisione dei percorsi clinico - assistenziali, la raccolta sistematica di indicatori di performance.

#### **4. LA REGOLAMENTAZIONE ATTUALE**

L'attività riabilitativa molisana è stata finora disciplinata da tre fondamentali provvedimenti adottati in esecuzione del Piano di rientro 2007-2009 (Deliberazione Giunta regionale n. 362 del 30 marzo 2007 (obiettivi 13.1, 14.2, 6.2):

- Deliberazione Giunta regionale n. 102 del 4 febbraio 2008, recante linee guida e definizione di criteri ed indicatori per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri per la riabilitazione ospedaliera;
- Deliberazione Giunta regionale n. 1356 del 15 dicembre 2008, che costituisce il primo documento di programmazione dei servizi di riabilitazione e dei criteri generali per l'assistenza riabilitativa;
- Deliberazione Giunta regionale n. 284 del 20 marzo 2009, che provvede in ordine al riequilibrio economico-finanziario in base al rapporto tra domanda ed offerta riabilitativa regionale.

Le criticità che il presente piano si propone di superare sono:

- Disomogeneità nella distribuzione territoriale dei centri di riabilitazione extraospedalieri e nell'erogazione delle varie tipologie di prestazioni;
- Inadeguatezza del numero dei posti letto per strutture residenziali e di posti per le strutture semiresidenziali;
- Inadeguatezza dell'attuale rete riabilitativa extraospedaliera: manca una diversificazione per tipologia dei posti letto dei Presidi di Riabilitazione extraospedaliera, RSA, carenza di RSD, USAP, Cure Intermedie. L'assistenza domiciliare, pur se in aumento, non risulta soddisfare ancora le richieste.

La presenza di tali criticità provoca il protrarsi dei numerosi ricoveri inappropriati nei reparti di riabilitazione, il ricorso a ricoveri "di sollievo", a ricoveri ripetuti nelle medesime strutture o in strutture con lo stesso codice, migrazione fuori regione.

Costruire una rete di servizi, anche ad alta specializzazione, sia territoriale che a domicilio è l'obiettivo della Regione. Una rete articolata, tale da affrontare le fasi acuta, intensiva ed estensiva ed assicurare una serie complessa di interventi, dalla prevenzione alla diagnosi, alla riabilitazione precoce, agli interventi di mantenimento, integrata nel distretto con gli altri servizi sociali, educativi e formativi del territorio e con i servizi per l'accertamento dell'handicap, al fine di evitare volumi di attività e distribuzione dei servizi sbilanciata sul territorio regionale, con risposte prevalenti in regime di ricovero o in regime ambulatoriale.

Il rafforzamento della rete territoriale e il potenziamento della riabilitazione domiciliare rappresentano elementi cruciali per ricondurre le prestazioni ospedaliere al reale fabbisogno.

Come previsto dal Piano di Intervento per la Riabilitazione 2011 del Ministero della Salute, il processo riabilitativo deve interessare sia l'aspetto sanitario che quello sociale e ricondurre il prima possibile il paziente nel suo contesto familiare ed ambientale. Il ricorso al ricovero va riservato a casi particolari e solo per determinate fasi della malattia.

La Rete Integrata Regionale della Riabilitazione prevede la massima integrazione tra ospedale e territorio, tra pubblico e privato, nell'ottica del miglior utilizzo possibile delle risorse disponibili e del progressivo spostamento dell'asse ospedale-territorio a favore di quest'ultimo.

## 5. IL PIANO DELLA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

In Regione, la riabilitazione ospedaliera è assicurata attraverso l'erogazione, all'interno di strutture ospedaliere pubbliche e private, di prestazioni di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (Cod.75), riabilitazione intensiva (Cod.56) e Lungodegenza (Cod.60).

La distribuzione dei P.L. è stata oggetto di rimodulazione contenuta nei Programmi Operativi 2013-2015. Pertanto, la previsione di posti letto dislocati presso le strutture ospedaliere nel rispetto degli standard dei posti letto per la riabilitazione dello 0,7 p.l. per mille abitanti quale proposta di riorganizzazione della rete riabilitativa sono illustrate nel grafico sottostante:

Ospedale Cardarelli di Campobasso				
Discipline	codice	Posti letto		
		DO	DH-DS	totale
Riabilitazione	56	10	2	12
Neuroriabilitazione	75	5		5
Lungodegenza	60			
<b>Totale lungodegenza e riabilitazione</b>		<b>15</b>	<b>2</b>	<b>17</b>

  

Ospedale Termoli e Larino								
Discipline	codice	TERMOLI			LARINO			TOTALE
		Posti letto			Posti letto			PL
		DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	
Riabilitazione	56				16	2	18	18
Neuroriabilitazione	75							
Lungodegenza	60				16		16	16
<b>Totale lungodegenza e riabilitazione</b>		-	-	-	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>34</b>

  

Ospedale Isernia, Venafro e Agnone											
Discipline	codice	ISERNIA			VENAFRO			AGNONE			TOTALE
		Posti letto			Posti letto			Posti letto			PL
		DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	
Riabilitazione	56				17	1	18	12	1	13	31
Neuroriabilitazione	75									-	-
Lungodegenza	60				12		12	10		10	22
<b>Totale lungodegenza e riabilitazione</b>		-	-	-	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>53</b>

  

Strutture private accreditate SSR Molise																	
Discipline	codice	Fazione Giovanni Paj			Neuronic			S.M. V. V.			S. Maria			S. Maria			TOTALE
		Posti letto			Posti letto			Posti letto			Posti letto			Posti letto			PL
		DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	DO	DH-DS	totale	
Riabilitazione	56	8	1	9	8	2	10				19	1	20	30	2	32	71
Neuroriabilitazione	75				45		45										45
Lungodegenza	60																
<b>Totale lungodegenza e riabilitazione</b>		<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	<b>55</b>	-	-	-	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>116</b>

  

Riepilogo dotazione PL post acuzie SSR Molise				
Discipline	codice	Posti letto		
		DO	DH-DS	totale
Riabilitazione	56	120	12	132
Neuroriabilitazione	75	50	-	50
Lungodegenza	60	38	-	38
<b>Totale lungodegenza e riabilitazione</b>		<b>208</b>	<b>12</b>	<b>220</b>

PL per Post Acuzie riepilogo da PO 2013-2015 (Ex. DCA 21/2014)

La proposta di rete riabilitativa ospedaliera è in grado di coprire il territorio regionale in modo tale da offrire agli utenti assistenza il più vicino possibile al proprio domicilio, evitando disagi alla famiglia e consentendo di interfacciarsi meglio con il distretto sanitario per il reinserimento socio-familiare.

La conformazione del territorio regionale, l'attuale organizzazione degli ospedali, la densità della popolazione, rendono ragione di una tale ripartizione. Infatti, non è possibile concentrare le attività riabilitative in pochi presidi, dotandoli di un maggior numero di posti letto; questa scelta comporterebbe penose migrazioni da parte dell'utenza, tenendo conto tra l'altro che i ricoveri in riabilitazione spesso si protraggono nel tempo.

Per il funzionamento della rete assume un'importanza strategica il coordinamento tra le varie strutture, pubbliche e convenzionate, al fine di evitare il prolungarsi delle degenze nelle unità operative (UO) per acuti, garantire la precoce presa in carico e l'attuazione del progetto riabilitativo per ogni paziente, garantendo equità ed uniformità: allacciare i fili della rete riabilitativa, ospedaliera, territoriale e sociale, rappresenta probabilmente la sfida più difficile. A tale proposito assume un'importanza cruciale l'introduzione di indicatori di struttura, processo ed esito.

## 6. DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Elemento cruciale, nel percorso di continuità delle cure riabilitative e' il **piano di dimissione ospedaliera** per l'affidamento dell'assistito ai servizi extra ospedalieri. Lo stesso impegno necessario a garantire continuità e tempestività nell'organizzazione e gestione della fase acuta e post acuta precoce deve essere garantito anche nelle fasi successive: chiarezza ed attenzione sono indispensabili anche per assicurare l'integrazione tra la riabilitazione medica e sociale. Entrambe le componenti, sanitarie e sociali, sono infatti necessarie per soddisfare i bisogni del paziente e garantire il miglior *outcome* globale possibile.

Il percorso di restituzione al territorio/ambiente di vita risulta spesso difficoltoso, specie se il paziente presenta importanti compromissioni residue delle funzioni e limitazioni di attività.

Nel percorso di cura, il piano di dimissione deve costituire parte integrante del progetto riabilitativo.

Compito del riabilitatore e del team multidisciplinare è infatti anche quello di guidare /supportare le scelte relative alla destinazione post-dimissione per il paziente, in un'ottica di forte collaborazione e interazione con la famiglia.

Nel processo di restituzione al territorio si dovrà definire con precisione non solo la destinazione successiva alla dimissione, ma anche la tipologia degli interventi e l'offerta dei servizi necessari, i quali per le caratteristiche proprie della fase di reinserimento, risultano molto diversificati e non sempre chiaramente identificabili nelle fasi precoci del percorso assistenziale.

Nell'affrontare la fase di restituzione al territorio e la presa in carico successiva, va rispettato il sistema organizzativo in rete, con un coinvolgimento precoce degli interlocutori, la previsione e adozione di incontri formali, documentati, in cui è indispensabile definire quali siano le richieste da fare al territorio per far fronte alle esigenze del paziente e della sua famiglia, tenendo comunque conto di quali siano le offerte territoriali per il continuum di cura di quel tipo di paziente.

Il tutto in un'integrazione forte e condivisa di obiettivi e modalità operative.

A livello territoriale, l'efficacia dell'intervento si misura sempre più spesso con la capacità di fornire risposte *integrate e unitarie* a bisogni *multipli*, grazie ad un approccio multidimensionale e multidisciplinare nell'elaborazione di un progetto assistenziale efficace ed adeguato alla persona (*appropriatezza della presa in carico*), dal momento che il bisogno assistenziale non può più essere affrontato con una logica monodimensionale.

I presidi di Riabilitazione territoriale accolgono i pazienti dimessi dai Presidi Ospedalieri o provenienti direttamente dal territorio (ambiente di vita), spesso per episodi di riacutizzazione di patologie croniche. Per i pazienti dimessi dai Presidi Ospedalieri l'accesso ai presidi territoriali deve essere prioritario e predisposto con accordi tra il medico responsabile dell'U.O. di provenienza e l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) del distretto.

La riorganizzazione delle attività di Riabilitazione Territoriale procede parallelamente a quella ospedaliera e si integra con essa.

La direttiva per l'atto aziendale (DCA 20 marzo 2013, n. 7, validato dai Ministeri affiancanti) e il Programma operativo 2013-2015 (DCA 4 giugno 2014, n. 21) stabiliscono una riduzione da 7 a 4 dei distretti sanitari dell'ASREM. A tale statuizione dovranno allinearsi gli Ambiti di zona per l'assistenza sociale, come prescritto dalla legge n. 328 del 2000, in modo che la coincidenza dei distretti sanitari con gli ambiti per i Piani di zona di assistenza sociale faciliti il processo di programmazione dell'integrazione degli interventi sanitari e sociali. In tal senso la Regione adotta le iniziative normative necessarie.

Il presente Piano individua nel distretto il centro di riferimento per la programmazione nel Piano attuativo territoriale (PAT), per il controllo dell'appropriatezza, dell'efficacia dei PRI e nella gestione economica delle risorse del percorso riabilitativo territoriale.

Come rilevato da una recente indagine nazionale dell'AGENAS, il ruolo dei distretti per la medicina Fisica e Riabilitativa è rilevante: molte attività riabilitative si svolgono in ambito extraospedaliero (territoriale, domiciliare, ambulatoriale, di residenza protetta) e molti sono i settori in cui l'assistenza distrettuale interseca percorsi riabilitativi. Valgono ad esempio il settore dell'assistenza protesica, le attività riabilitative erogate in regime domiciliare integrato, i servizi per le persone con disabilità, sia per l'età evolutiva che per gli anziani.

Le Strutture territoriali della rete, accreditate dalla Regione, devono garantire in modo omogeneo tutte le attività previste dal Piano sul territorio regionale, diversificando le loro attività in relazione alla richiesta dell'utenza.

Sul piano operativo, i percorsi sono promossi e supportati dal Distretto, che diventa *trait d'union* tra le Strutture ospedaliere di degenza da un lato e i Medici di Medicina Generale ed i presidi extraospedalieri dall'altro, attraverso le sue funzioni di sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione dell'*outcome* e di programmazione rispetto ai problemi/bisogni ed ai risultati progressivamente raggiunti.

La presa in carico globale del paziente sul territorio, implica l'applicazione del PRI, strumento specifico, unico per ciascun paziente, definito dal medico specialista in riabilitazione con l'ausilio di altri specialisti ed altre professionalità (UVM).

Il programma individualizzato di riabilitazione deve prevedere, quando necessario, interventi finalizzati alla formazione professionale e al reinserimento o inserimento scolastico. Vanno pertanto promossi incontri congiunti tra operatori sociosanitari e scolastici per definire percorsi di integrazione e di orientamento scolastico, nonché rapporti con centri di formazione professionale, per l'inserimento o il reinserimento nel mondo del lavoro. L'esercizio del diritto all'istruzione e al lavoro costruisce infatti il primo passo verso quella piena integrazione sociale, che insieme al raggiungimento e al mantenimento della massima autonomia, costituisce l'obiettivo a cui tutti gli interventi di riabilitazione sono finalizzati. Le spese relative all'orientamento scolastico ed alla formazione professionale sono a carico degli Enti preposti a queste attività.

In favore dei disabili gravi, in sinergia con i servizi sociali, è opportuno promuovere la realizzazione delle condizioni che permettano una vita quanto più indipendente, che non deve essere necessariamente legata al venir meno del supporto familiare, ma può e deve essere preparata con la partecipazione propositiva della famiglia.

## **7. RISTRUTTURAZIONE DELLA RETE RIABILITATIVA TERRITORIALE**

La riabilitazione costituisce un settore di intervento per il quale è importante garantire una pianificazione delle attività finalizzate al recupero funzionale dei pazienti in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità che tenga in considerazione la necessità di una visione organica e integrata tra sistema sanitario e sociale, tra ospedale e territorio.

La programmazione secondo il concetto di rete è una logica di organizzazione che presuppone specifici sistemi di coordinamento tra servizi di riabilitazione e servizi territoriali in grado di garantire la continuità assistenziale nella fase degli esiti.

Nell'ambito della rete riabilitativa territoriale si sviluppa l'accompagnamento della Persona, comprendendo anche il domicilio, verso la restituzione della stessa al proprio ambiente di vita ed in tal senso vanno attivati i trattamenti riabilitativi non solo quale proseguimento delle fasi precedenti caratterizzate da eventuale ricovero ospedaliero intensivo ma anche per interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono il ricorso a riabilitazione estensiva extraospedaliera, in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale o domiciliare, in favore di pazienti, con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo ma che devono essere sottoposti a un regime residenziale a ciclo continuativo in quanto affetti da instabilità clinica.

L'ambito territoriale rappresenta inoltre il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF).

Infatti a completamento dei progetti riabilitativi è indispensabile la realizzazione dell'integrazione e dell'inclusione sociale.

Il sistema dei servizi di riabilitazione si è sviluppato nel Molise in fasi successive attraverso un percorso non programmato.

Convivono, in modo non sempre integrato e con forti squilibri sul territorio, servizi pubblici di tipo ospedaliero e centri privati accreditati territoriali, diversi dei quali già denominati ex art.26 legge 833/78, che assistono generalmente disabili con bisogni riabilitativi complessi.

Particolari problemi sono costituiti dalla non sempre adeguata qualità delle prestazioni riabilitative con servizi in cui è presente e in alcuni casi prevale l'aspetto assistenziale, se non di mera custodia e la esistenza di strutture riabilitative eroganti uguali attività o di strutture con stessa denominazione che erogano attività riabilitative diverse.

I trattamenti riabilitativi erogabili sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei LEA e esplicitati dettagliatamente nelle Linee Guida allegate al presente documento.

La Regione si propone col Piano di costruire una rete di servizi, anche ad alta specializzazione, sia territoriale che a domicilio, in modo articolato tale da affrontare le fasi acute, intensive ed estensive e assicurare una serie complessa di interventi, dalla diagnosi alla riabilitazione precoce, agli interventi di mantenimento, e integrata nel distretto con gli altri servizi sociali, educativi e formativi del territorio e con i servizi per l'accertamento dell'handicap, al fine di evitare volumi di attività e distribuzione dei

servizi sbilanciata sul territorio regionale , con risposte prevalenti in regime di ricovero o in regime ambulatoriale.

La riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale prevede di riprogettare la rete di assistenza residenziale e semiresidenziale attraverso la ridefinizione delle diverse tipologie di strutture sulla base della complessità assistenziale, definita in modo coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito.

La metodologia per ricollocare nei LEA le attività svolte dalle strutture residenziali e semiresidenziali tiene conto, oltre che dei principi, degli standard, delle indicazioni normativa statale e negoziale tra le regioni, nonché delle pratiche migliori applicate in altre regioni che possono essere assunte a *benchmark*, del fabbisogno reale espresso dal territorio, della rivalutazione dei vari setting assistenziali e della verifica dell'appropriatezza al fine di una eventuale diversa classificazione per classi di bisogno.

Pertanto, a tal fine, sarà indispensabile la rivalutazione di tutti gli ospiti attualmente assistiti in regime residenziale e semiresidenziale secondo criteri che valutino le esigenze riabilitative assistenziali e socio assistenziali, in modo da rientrare dei costi sostenuti per prestazioni inappropriate sotto il profilo sanitario e, con le economie, allargare l'offerta a quella domanda oggi insoddisfatta o che si rivolge a regioni limitrofe.

Nel ridefinire il fabbisogno di residenzialità, alla luce dei LEA del DPCM 2001 e successive integrazioni e modificazioni, vengono stabiliti principi fondamentali alla base della riprogettazione dell'organizzazione.

Risulta prioritaria la diversificazione dell'offerta con riequilibrio tra servizi di alta, media e bassa complessità, distribuiti in maniera omogenea in tutto il territorio e nell'ASReM per garantire contiguità rispetto alla residenza, uniformità ed equità di accesso.

Tutte le strutture residenziali devono essere organizzate attraverso moduli omogenei, secondo l'intensità del trattamento proposto:

- Per le strutture sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e nelle strutture socio sanitarie di mantenimento di norma 20 persone per modulo, con diminuzione di tale numero per le condizioni di particolare gravità;
- Per le strutture a carattere protetto con moduli fino ad un massimo di 30 persone;
- Per i centri diurni il numero massimo di persone inseribili non può superare del 20% quello per il quale il Centro è autorizzato.

Si prevede che i percorsi di riabilitazione intensiva possano essere integrati con percorsi di dimissione protetta in semiresidenzialità o assistenza domiciliare, propedeutici ad un passaggio graduale verso la dimissione definitiva e finalizzati al reingresso negli spazi abituali di vita.

La ricollocazione nei Lea delle strutture residenziali e semiresidenziali della Regione Molise, secondo le indicazioni definite in questo documento, si svolgerà nel biennio durante il quale saranno formulate, attraverso norme transitorie successive, le indicazioni in termini di attribuzione e tempi di adeguamento ai nuovi setting assistenziali, di criteri di accesso, requisiti, tetti di spesa, per giungere alla messa a regime del nuovo sistema della rete di strutture e funzioni residenziali e semiresidenziali.

Il DPCM 2001 prevede in alcune tipologie di struttura la compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza a seconda del reddito, con percentuali che variano rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura.

La compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, laddove richiesto, si prevede con una gradualità nel prossimo biennio attraverso il versamento dell'assistito, ospite in residenza, dell'indennità di

accompagnamento e/o pensione di invalidità, ovvero attraverso il finanziamento familiare o del Comune domicilio di soccorso.

La presa in carico della persona e la necessità di un percorso riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa territoriale deve avvenire a livello:

- ambulatoriale
- domiciliare
- presidi di riabilitazione extraospedaliera in regime di internato o seminternato
- residenze sanitarie disabili
- residenze minorazioni plurisensoriali di età evolutiva
- Centri diurni
- Residenze protette disabili adulti
- Comunità socio-riabilitative per disabili

## **8. LA RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA**

Costituisce una specificità di cui tenere conto la riabilitazione in età evolutiva dovendo la stessa essere mantenuta nell'ambito di servizi che integrino competenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per i disturbi dello sviluppo neuromotorio, cognitivo, neuropsicologico e psicologico per l'età tra 0-18 anni.

A tal fine è indispensabile:

- dare centralità all'intervento territoriale, in modo da garantire il mantenimento del bambino nel suo ambiente naturale di vita,
- limitare, con obiettivi e tempi definiti, il ricorso a strutture di ricovero,
- assumere la presa in carico anche prolungata per le patologie a maggiore complessità clinica in età evolutiva, nelle quali prevalgono condizioni di disabilità di origine congenita o neonatale e per le quali siano meno definibili le delimitazioni temporali delle diverse fasi dell'intervento,
- riconvertire le strutture già presenti con caratteristiche logistiche e operative in grado di garantire la peculiarità dei bisogni dei soggetti in età evolutiva,
- definire il progetto riabilitativo individualizzato per tipologia di patologia, al quale concorrono le diverse figure dell'équipe multiprofessionale, con il coinvolgimento della famiglia, con l'indicazione degli obiettivi e dei tempi dell'intervento, con l'integrazione negli aspetti educativi e socio-assistenziali e la verifica a breve, medio e lungo termine, previa classificazione secondo le categorie ICF.

L'interconnessione tra riabilitazione funzionale e psicosociale è fondamentale in età evolutiva dovendo tutti gli interventi avere come obiettivo la globalità dello sviluppo.

Nella Regione Molise, allo stato attuale, mancano strutture di accoglienza per il recupero funzionale e psico-sociale di tale fascia di utenti e, nell'ambito della riconversione delle strutture esistenti, viene data particolare attenzione alla relativa previsione delle stesse nell'offerta riabilitativa di Residenze e semiresidenze per minorazioni plurisensoriali dell'età evolutiva, Residenze disturbi del comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva, Centri diurni spettro autistico.

## **9. LA RIABILITAZIONE ADULTA**

Le azioni da porre in essere e la diversa tipologia assistenziale riabilitativa sono esplicitate nelle Linee Guida allegate al presente documento. Si sottolinea l'esigenza di garantire la presa in carico e gli interventi necessari agli utenti residenti nella area territoriale di appartenenza, ove possibile, al fine di assicurare il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, con la minor restrizione possibile delle loro scelte di vita.

Per le gravi disabilità prodotte da lesioni acquisite, quali gli eventi traumatici vertebro-midollari, tenuto conto dei costi sociali e dell'incidenza dei casi, va promossa una rete sovra regionale tra le strutture di ricovero pubbliche regionali (dipartimenti emergenza e di riabilitazione) e le Unità Spinali Unipolari, attraverso accordi interregionali, per il necessario coordinamento dell'attività riabilitativa di tutti i pazienti mielolesi residenti nella regione, attraverso l'elaborazione e l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

#### **Modalità di accesso**

L'accesso alle prestazioni riabilitative territoriali si differenzia a seconda della tipologia delle stesse.

Alle prestazioni ambulatoriali di terapia fisica si accede su proposta del MMG o del PLS effettuata sul ricettario nazionale, di "richiesta di visita fisiatrica" tramite accesso al CUP con la quale viene valutata la erogabilità del trattamento riabilitativo ambulatoriale dopo formulazione di un programma terapeutico riabilitativo.

I trattamenti autorizzati dall'ASREM potranno essere erogati tramite struttura pubblica o privata accreditata per la terapia fisica, di libera scelta dell'assistito, fermo restando per le strutture accreditate il tetto di spesa contrattualizzato a norma di legge.

Alle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera (già ex art. 26 L.833/78) si accederà attraverso l'ingresso nel circuito della Porta Unica di Accesso e valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale.

### **10. AZIONI PROGRAMMATE PER LO SVILUPPO DELLA RETE SUL TERRITORIO**

I principali interventi per la riorganizzazione della rete riabilitativa territoriale devono essere orientati:

- alla definizione dei parametri uniformi di fabbisogno di assistenza riabilitativa nel territorio regionale,
- alla riclassificazione delle strutture,
- alla classificazione delle tipologie di prestazione, per regime e livello assistenziale,
- alla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per assicurare una adeguata qualità delle prestazioni nonché la standardizzazione dei metodi per la valutazione dei bisogni riabilitativi espressi dagli assistiti con disabilità.

Il recente Piano Nazionale di indirizzo per la Riabilitazione sottolinea che il percorso riabilitativo dipartimentale trova continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'*outcome* in termini di attività e partecipazione. La presenza nei distretti delle Porte Uniche di accesso (PUA), di organismi di valutazione multidimensionale (UVM) l'utilizzo di strumenti e codifiche di valutazione disabilità e anziani (ICF – SVAMA - SVAMDI) conferma che tali strutture sono luoghi privilegiati per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali.

La **Porta Unica d'accesso (PUA)** presente in tutti i Distretti socio sanitari, costituisce il primo e fondamentale anello di un più ampio percorso di presa in carico della persona che va delineato in tutti i suoi passaggi, che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso a tutti i servizi sociosanitari per le prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza e alla domiciliarità.

In particolare, il processo si sviluppa dalla segnalazione del problema, alla prima risposta dell'operatore come avvio della presa in carico, fino alla valutazione multidimensionale e alla costruzione di un piano personalizzato di assistenza, ed infine al processo di verifica dei risultati conseguiti.

La PUA consente anche di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e ripetuti, soprattutto per i soggetti più fragili, consentendo una più facile accessibilità ed un più efficace coordinamento nel percorso delle cure domiciliari.

La caratterizzazione della riabilitazione alla presa in carico longitudinale del paziente in tutte le fasi del percorso riabilitativo, in una prospettiva trasmurale di integrazione ospedale-territorio, la visione delle attività riabilitative come rete di servizi integrati, l'attenzione ai molteplici determinanti di salute che possono condizionare la situazione di disabilità e il conseguente bisogno riabilitativo, secondo una prospettiva bio-psico-sociale, portano all'affermazione del ruolo importante distrettuale nella cornice organizzativa unitaria di tutti i percorsi e gli interventi gestiti dalla rete locale dei servizi.

Ne sono un esempio, oltre alla valutazione multidimensionale dei disabili, i percorsi di continuità ospedale-territorio per alcune patologie disabilitanti, quali l'ictus, la frattura di femore, le patologie dell'età evolutiva, la residenzialità protetta, il domicilio.

Altra esigenza è quella della adozione di un nuovo regime di remunerazione tariffaria, modulato sulla base delle tipologie di attività e sulle componenti essenziali di costo ordinariamente sostenute da un erogatore standard.

Quanto innanzi nella finalità di realizzare l'incontro tra bisogni rilevati e offerta di prestazioni riabilitative adeguate sotto il profilo quantitativo e qualitativo in modo da garantire la qualificazione dei processi di contrattazione tra la ASREM e gli erogatori pubblici e privati orientata al soddisfacimento del bisogno con la rimodulazione dell'offerta, nel rispetto della relativa sostenibilità economica.

Azioni da implementare a livello territoriale riguardano:

- indagine conoscitiva, tramite studi epidemiologici e rilevazione produzione strutture riabilitative, sull'incidenza e prevalenza delle diverse disabilità, sull'entità della domanda e dell'offerta riabilitativa, per avere gli elementi di base per una programmazione dinamica dei servizi;
- applicazione sul territorio regionale delle aggiornate Linee guida del Piano d'indirizzo per la riabilitazione del Ministero della Salute, con riguardo al ruolo della stessa e al modello bio-psico-sociale, all'interdisciplinarietà, al governo clinico, al percorso riabilitativo unico;
- collegamenti in rete tra strutture di riabilitazione ospedaliera e territorio e raccordo sovra regionale con Unità spinali unipolari, previa definizione dei vari setting riabilitativi, definendo i criteri e i requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione, attraverso la definizione chiara e precisa dei criteri di accesso;
- potenziamento servizi di riabilitazione in età evolutiva e quindi di neuropsichiatria infantile per la presa in carico e la riabilitazione precoce, in integrazione con le unità operative di riabilitazione territoriale;
- individuazione strutture per presa in carico disabilità stabilizzata;
- integrazione rete dei servizi pubblici e quelli privati accreditati, con obbligo all'adozione di cartella riabilitativa, preferibilmente informatizzata su piattaforma web, che indichi il percorso riabilitativo unico;
- rimodulazione dell'offerta per far fronte ai fabbisogni di assistenza riabilitativa territoriale con individuazione dei presidi di riabilitazione extraospedaliera in regime di internato e seminternato, centri per trattamenti ambulatoriali di recupero e riabilitazione, RSA disabili adulti, (art. 26 e 44 L.833/78), fermo restando la previsione di trattamenti domiciliari in assistenza domiciliare integrata;
- particolare attenzione va riservata alla presa in carico delle persone con disabilità dello sviluppo, secondo la prospettiva di durata della vita (*life span*) in un'ottica che tenga conto, degli intrecci positivi e negativi che si possono determinare e delle attenzioni mirate necessarie, nonché delle conseguenze e dell'impatto delle disabilità di sviluppo nel tempo;
- potenziamento della capacità da parte delle equipe multi professionali distrettuali a condurre con

tempestività la rivalutazione dei bisogni di assistenza riabilitativa nel rispetto dei progetti riabilitativi individuali;

- partecipazione attiva dei servizi sociali dei comuni alla definizione dei percorsi di riabilitazione socio sanitaria e compartecipazione al costo delle prestazioni;
- revisione e differenziazione tariffaria per le diverse tipologie di assistenza;

## 11. INDICATORI DELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE TERRITORIALE

Sono adottati i seguenti principali indicatori di monitoraggio e valutazione dell'organizzazione e delle attività delle strutture riabilitative territoriali:

- n. ore per settimana di attività dei centri di riabilitazione extraospedaliera x 1000  
n. di utenti per centri di riabilitazione extraospedaliera
- n. ore per settimana di attività dei centri di riabilitazione per età evolutiva x 1000  
n. di utenti per centri di riabilitazione per età evolutiva
- n. di operatori dei centri di riabilitazione extraospedaliera  
n. di utenti dei centri di riabilitazione extraospedaliera
- n. di operatori dei centri di riabilitazione per età evolutiva  
n. di utenti dei centri di riabilitazione per età evolutiva
- n. di dimessi dai centri di riabilitazione extraospedaliera x 100  
n. di utenti dei centri di riabilitazione extraospedaliera
- n. di dimessi dai centri di riabilitazione per età evolutiva x 100  
n. di utenti dei centri di riabilitazione per età evolutiva
- n. giornate residenziali ex art. 26 x 1000 abitanti  
popolazione residente
- n. giornate semiresidenziali ex art. 26 x 1000 abitanti  
popolazione residente
- costo assistenza residenziale e semiresidenziale disabili ex art. 26  
popolazione residente

## 12. FABBISOGNO ASSISTENZIALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE RIABILITAZIONE DELLA REGIONE MOLISE

### Metodologia per la determinazione del fabbisogno

Il sistema residenziale e semiresidenziale riabilitativo trova i propri presupposti nei seguenti riferimenti normativi nazionali :

- Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998,
- DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza,
- Progetto AGENAS "Mattone 12" sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali
- Documenti tecnici redatti dalla Commissione Nazionale per la definizione e aggiornamento dei LEA
- Accordo Stato Regione del 10 febbraio 2011 "Piano di indirizzo per la Riabilitazione"

La popolazione di riferimento per la elaborazione è quella al 1° gennaio 2012 ISTAT (313.145).

Il fabbisogno è determinato dai seguenti standard:

Setting	Tasso x 1.000 abitanti
Residenze Riabilitazione Intensiva	0,15
Residenze Riabilitazione Estensiva	0.35
RSA Disabili	0.15
RP Disabili	0.22
USAP	0.05
<b>TOTALE</b>	<b>0.92</b>
Residenze minorazioni plurisensoriali	10 p.l.
Residenze disturbi del comportamento	15 p.l.

Per le attività semiresidenziali si prevedono due Setting assistenziali: uno relativo alla presa in carico di soggetti con lo spettro autistico (indice di prevalenza 10/10.000 abitanti secondo le Linee Guida del Ministero della Salute) e l'altro per la presa in carico di soggetti affetti da disabilità.

Più in particolare in relazione a una contenuta offerta riabilitativa residenziale, nel prossimo biennio l'intento è quello di diversificare la stessa nelle seguenti tipologie :

**a. Residenze Riabilitazione Intensiva** (0,15/1000 abitanti) (Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale nella fase di post-acuzie a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva).

**b. Residenze Riabilitazione Estensiva** (0,35/1000 abitanti) (Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva).

**c. USAP (Unità Speciali di Accoglienza Prolungata)** (0,05/1000 abitanti) (Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, socio-riabilitative in regime residenziale, dedicate a persone in stato vegetativo, con responsività minimale, o con gravissime insufficienze respiratorie, che necessitano di cure complesse per il supporto a funzioni vitali).

**d. RSA disabili adulti** (0,15/1000 abitanti) (**Gravità medio bassa** - Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone a medio grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (*DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi* ; **Gravità alta** - Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (*DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi* ) e **totalmente non autosufficienti in almeno 3 ADL con disturbi del comportamento non assistibili a domicilio**).

**e. RP disabili adulti** (0,22/1000 abitanti) (Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti privi di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia (*DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare*), non assistibili a domicilio).

**f. Residenze minorazioni plurisensoriali in età evolutiva.**

**g. Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche in età evolutiva.**

**h. Comunità socio-riabilitative familiari per disabili.**

Queste ultime strutture, indicate sotto la lettera h, conformemente a quanto stabilito dal PSN 2006-2008, riconducibili al cosiddetto modello del "dopo di noi", di cui alcune in fase di avanzata realizzazione nella regione Molise, sono caratterizzate da un alto livello di integrazione socio-sanitaria e di

personalizzazione degli interventi.

Tali comunità, oltre a favorire il diritto alle cure sanitarie, sono le più idonee per garantire il diritto delle persone disabili a vivere in strutture di tipo familiare (massimo 10 posti letto), favorendo la partecipazione sociale attiva. Esse erogano prestazioni di assistenza residenziale permanente, riabilitazione e socializzazione per persone non autosufficienti che conservano parziali ambiti di autonomia, ma privi di supporto familiare (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c).

Le comunità "dopo di noi" prevedono un complesso di interventi multidimensionali ed integrati, commisurati agli specifici bisogni delle persone disabili accolte e secondo un progetto personalizzato globale, che comprende cure sanitarie, percorsi di inserimento lavorativo assistito, partecipazione attiva alla vita sociale, formazione, alloggio etc., secondo quanto previsto dall'ICF. La caratterizzazione di tali strutture è in corso di definizione da parte del competente Assessorato regionale ai servizi sociali ed è auspicabile che per il loro sostentamento si prenda in considerazione l'affiancamento di Fondazioni promosse dalle famiglie degli assistiti.

I percorsi che portano alle prestazioni delle strutture residenziali possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post- acuzie o dal domicilio.

L'ammissione alle strutture avviene attraverso l'UVM, con le modalità esplicitate in precedenza.

### 13. PIANO DI RICONVERSIONE ATTUALE OFFERTA RIABILITATIVA

In Regione le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera sono erogate esclusivamente da strutture private accreditate.

Le stesse non risultano distribuite in maniera omogenea né dal punto di vista numerico (cinque nel distretto di Campobasso, sei in quello di Termoli, due a Larino, una a Bojano - Riccia, Isernia e Venafro; non sono presenti strutture nell'attuale distretto di Agnone), né dal punto di vista della diversificazione assistenziale. A tal proposito si sottolinea che i distretti di Termoli e Larino si caratterizzano per l'assenza di strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o semiresidenziale e per l'elevato livello di migrazione passiva verso altre regioni.

L'analisi della domanda di prestazioni riabilitative regionali ed extraregionali relative all'anno 2013 mostra la seguente diversificazione di attività:

PRESTAZIONI REGIONALI							ANNO 2013						
TIPOLOGIA	AMBULAT. INDIVIDUALE	AMBULAT. DI GRUPPO	EXTRAM.	DOMICILIARE	SEMINTERN.	INTERNATI	COMA PROLUNGATO	GIORNATE DI RICOVERO	TOTALE PRESTAZIONI REGIONALI				
PRESTAZIONI	74.905	1.991	1.870	39.854	14.750	0	0	53.406	186.776				
PRESTAZIONI EXTRAREGIONALI							ANNO 2013						
TIPOLOGIA	AMBULAT. INDIVIDUALE	AMBULAT. DI GRUPPO	EXTRAM.	DOMICILIARE	SEMINTERN. MEDIO	INTERNATI MEDI	COMA PROLUNGATO	GIORNATE DI RICOVERO	INTERNATI INTENS. FASCIA "A"	INTERNATI INTENS. FASCIA "B"	INTERNATI GRAVE	SEMINTERN. GRAVE	TOTALE PRESTAZIONI EXTRAREGIONALI
PRESTAZIONI	6.652	0	45	5.547	1.197	3.720	1.087	1.225	2.295	3.795	2.387	1.273	29.223
NUMERO DI PRESTAZIONI REGIONALI + EXTRAREGIONALI							ANNO 2013						
TIPOLOGIA	AMBULAT. INDIVIDUALE	AMBULAT. DI GRUPPO	EXTRAM.	DOMICILIARE	SEMINTERN. MEDIO	INTERNATI MEDI	COMA PROLUNGATO	GIORNATE DI RICOVERO	INTERNATI INTENS. FASCIA "A"	INTERNATI INTENS. FASCIA "B"	INTERNATI GRAVE	SEMINTERN. GRAVE	TOTALE PRESTAZIONI EXTRAREGIONALI
PRESTAZIONI	81.557	1.991	1.915	45.401	15.947	3.720	1.087	54.631	2.295	3.795	2.387	1.273	215.999

Dalla nomenclatura della tipologia di prestazioni rese da centri extraregionali emerge in tutta evidenza che la mobilità passiva, oltre ad essere una mobilità cosiddetta "di confine", è dettata anche dalla carenza in regione di strutture di riabilitazione extraospedaliera intensiva che nelle altre regioni, (nel caso più

frequente, quello della Regione Abruzzo) è stata classificata in Fascia A e Fascia B con tariffe regionali particolarmente elevate.

Gli assistiti in strutture extra regionali saranno ugualmente valutati sotto il profilo dell'appropriatezza clinica e la Regione, in attesa di definire gli accordi bilaterali a norma del Patto per la salute 2014-2016 (Accordo Stato Regioni 10 luglio 2014 n. 82/CSR), conferma la facoltà di condizionare la mobilità in strutture extra regionali a preventiva autorizzazione dell'ASREM, a norma dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera b) del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni, così come da regolamentazione già adottata ed applicata dall'ASREM.

Le finalità della riorganizzazione delle attività riabilitative nel territorio regionale, presuppongono una gradualità degli interventi.

Nella fase di avvio e, quindi, durante il processo di transizione, sarà adottata una rimodulazione dell'offerta con l'obiettivo di porre le basi alla riqualificazione dell'intera rete riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera al fine di realizzare un modello di integrazione tra i reparti per acuti della rete ospedaliera regionale e le strutture riabilitative territoriali tramite percorsi appropriati per le principali patologie.

Ciò implica che siano adottati strumenti di comunicazione e di integrazione operativa tra i punti della rete in modo da avere come risultato il massimo recupero clinico e funzionale dei pazienti, la massima limitazione del trasferimento degli stessi verso strutture extraregionali e l'attivazione di ulteriori percorsi condivisi tra la ASREM e strutture riabilitative extraregionali per la sola offerta residua eventualmente non disponibile in ambito regionale.

La rimodulazione prospettata esige che il Servizio sanitario regionale abbia una classificazione appropriata delle singole strutture (riconosciuta a livello nazionale), ognuna delle quali definita a seconda dello specifico livello di intensità assistenziale che è chiamata a sostenere oppure che una stessa struttura possa essere articolata in moduli terapeutici, tra loro complementari, che assicurino diversi livelli di intensità assistenziale a favore di particolari categorie di soggetti (anziani, disabili, età evolutiva, ecc..) oppure all'interno di medesimi servizi e prestazioni (riabilitazione, specialistica, ecc.).

Si hanno così Strutture che sono organizzate in sistemi di assistenza integrata che permettono qualità dell'assistenza ed economie di scala, per contenere i costi del servizio.

Per la organizzazione è necessario pervenire alla determinazione quali - quantitativa delle risorse umane tenendo nella dovuta considerazione:

- i livelli di intensità assistenziale della struttura e/o del "modulo" del sistema di assistenza integrata; la tipologia di prestazioni che tali livelli esigono e le relative figure professionali;
- i minuti di assistenza medi che ogni figura professionale deve assicurare giornalmente e/o periodicamente;
- la tipologia della organizzazione clinica, igienico - organizzativa ed amministrativa;
- la definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici.

**Il Piano di riconversione è il seguente:**

ATTUALE SITUAZIONE CENTRI ACCREDITATI E PIANO RICONVERSIONE										
Struttura	codice	Accreditamento vigente		Piano di riconversione						Note
		Tipologia di assistenza	Posti letto	Tipologia di assistenza	Internato	H	RSD	Nucleo alzheimer	Seminternato	
Fisiomedica Loretana	140/602	art. 26 L. 833/78 internato	73	Riabilitazione estensiva extra ospedaliera a ciclo continuativo: Internato	50					
				RSA disabili: internato			20			
CARSIC	140/601	art. 26 L. 833/78 Internato	120	Riabilitazione estensiva extra ospedaliera a ciclo continuativo: Internato	40					
				RSA disabili: internato			30			
			Riabilitazione estensiva extra ospedaliera a ciclo diurno					S		
			Idem per età evolutiva					S		
GEA Medica	140/006	Riabilitazione ospedaliera	40	Riabilitazione ospedaliera		32				inclusi in rete ospedaliera
	codice da attribuire per prestazioni art. 26 L.			Riabilitazione estensiva extra ospedaliera a ciclo continuativo: Internato	20					Ad indirizzo cardiologico, pneumologico e neuromotorio
				Nucleo per Alzheimer					10	
Centro Padre Pio	140/606, 140/607, 140/608, 140/610	art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva ambulatoriale		Riabilitazione estensiva extra ospedaliera a ciclo continuativo: seminternato					S	codici da unificare
				Riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare						
Centro Potito	140/623	art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare		Riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare						accreditamento confermato
Padre Alberto Mileno	140/605 140/919	art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare		art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare					S	accreditamento confermato; codici da unificare
Centro Riabilis	140/400	art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare		art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare					S	accreditamento confermato; codice da riassegnare
L'Incontro	140/624	art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare		art. 26 L. 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare					S	accreditamento confermato
Logopedia Niro Urania	140/621	art. 26 L. 833/78 estensiva ambulatoriale		art. 26 L. 833/78 estensiva ambulatoriale						accreditamento confermato
pag.1 Totali parziali					110	32	50	10		

ATTUALE SITUAZIONE CENTRI ACCREDITATI E PIANO RICONVERSIONE										
Struttura	codice	Accreditamento vigente		Piano di riconversione					Note	
		Tipologia di assistenza	Posti letto	Tipologia di assistenza	internato	H	RSD	Nucleo Alzheimer		Seminternato
Istituto Molisano di Riabilitazione	140/622	art. 26 L: 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare		art. 26 L: 833/78 riabilitazione estensiva diurna, ambulatoriale e domiciliare					S	accreditamento confermato
Fisioter di Bonifacio	140/905	art. 26 L: 833/78 riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare		art. 26 L: 833/78 riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare						accreditamento confermato codice da riassegnare
SANSTEFAR	140/604 140/609	art. 26 L: 833/78 riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare		art. 26 L: 833/78 riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare						accreditamento confermato codice da riassegnare
Centro Pavone Neuromed				art. 26 L. 833/1978 riabilitazione extraospedaliera Intensiva	30					Nuovo accreditamento; codice da assegnare
				art. 26 L. 833/1978 riabilitazione extraospedaliera estensiva	15					
				art. 26 L. 833/1978 Unità speciale di accoglienza prolungata	15					
Altri 17 accreditati		Prestazioni art. 44 L. 833/1978 - terapia fisica		Prestazioni art. 44 L. 833/1978 - terapia fisica						accreditamenti confermati
pag. 2 totali parziali					60					
Parziali pag. 1					110	32	50	10		
TOTALE GENERALE					170	32	50	10		

Per quanto concerne le Residenze Protette Disabili e quelle rivolte alla cura dell'autismo e delle minorazioni sensoriali dell'età evolutiva, le stesse saranno oggetto di nuova attivazione nell'ambito del biennio 2014-2016 sulla base dello studio epidemiologico e dell'analisi dei fabbisogni. I posti letto previsti per il Nucleo Alzheimer rientrano nella previsione del fabbisogno della rete socio-sanitaria in via di riorganizzazione.

#### 14. SETTING OPERATIVI DELLA RIABILITAZIONE

In attesa della definizione, a livello nazionale, dei setting riabilitativi previsti nel Nuovo Patto per la Salute, si riportano di seguito i setting assistenziali desunti dal Piano Sanitario Regionale dell'Abruzzo 2008/2010 che si ritiene di poter condividere e fare propri nell'ambito della riconversione delle strutture poiché attualmente è verso la regione Abruzzo che – soprattutto – si muovono i flussi di mobilità dalla regione Molise:

TIPOLOGIA DI SETTING E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI RIFERIMENTO	CRITERI GENERALI DI SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI SETTING
<b>Residenze di riabilitazione Intensiva</b>	I pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e permangono a rischio potenziale di instabilità clinica tale da rendere necessaria una tutela medica specialistica riabilitativa e necessitano di interventi di nursing specificatamente dedicato ed articolato nell'arco delle 24 ore. I pazienti possono giovare, inoltre, di un intervento riabilitativo intensivo ( <b>almeno tre ore di trattamento</b> nell'arco dell'intera giornata), e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione), nonché di un supporto multi specialistico e tecnologico <b>adeguato</b> .
<b>Residenze di Riabilitazione Estensiva e Semiresidenziale</b>	I pazienti, affetti da disabilità modificabile di varia origine, che hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e sono a basso rischio potenziale di instabilità medica oppure si trovano in condizione di non autosufficienza con disabilità croniche, bisognevoli nell'arco delle 24 ore (6/12 ore per le semiresidenziali) di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprendivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione).
<b>RSA disabili adulti ed RA disabili adulti</b>	Destinata a soggetti non autosufficienti con scarse prospettive di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo di struttura finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali.
<b>Ricovero/soggiorno in Comunità socio-riabilitative familiari per disabili, riconducibili al cosiddetto modello del "dopo di noi", per disabili adulti</b>	Destinata a disabili gravi (disabilità certificata ai sensi della L. 104/1992, art. 3, comma 3) che conservano parziali ambiti di autonomia, ma privi di supporto familiare (DPCM 29.11.2001, Allegato I.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare) finalizzate a garantire il diritto del disabile a vivere in strutture a dimensione familiare e a consentire – per quanto possibile – il suo inserimento sociale e lavorativo.
<b>Intervento ambulatoriale</b>	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulanti, che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite, nonché per coloro che sono affetti da menomazioni e disabilità di modesta entità e gravità, abitualmente segmentarie, transitorie e/o croniche. L'erogazione degli interventi riabilitativi ambulatoriali si caratterizza in due ben distinte tipologie generali di intervento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Attività ambulatoriali</b> finalizzate alla realizzazione di <b>programmi riabilitativi nell'ambito di progetti riabilitativi individuali</b>, relativi a soggetti affetti da disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine da parte di un team riabilitativo multiprofessionale quali, ad esempio, i pazienti affetti da paralisi motorie, deficit di coordinazione, disturbi del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, amputazioni, ecc.</li> <li>• <b>Attività ambulatoriali</b> finalizzate all'erogazione di <b>semplici prestazioni</b> valutative e terapeutiche nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali quali le artropatie degenerative segmentali, esiti di fratture scheletriche, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, ecc. che richiedono l'esecuzione di brevi programmi terapeutico-riabilitativi e sono orientate ad un largo numero di utenti (Prestazione specialistica Fisica-Riabilitativa).</li> </ul>
<b>Intervento domiciliare</b>	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita che debbono acquisire abilità specifiche nell'ambiente in cui vivono, nonché per soggetti con difficoltà di trasporto e che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite.

## 15. SISTEMA DI TARIFFAZIONE DELLE PRESTAZIONI GIÀ' EX ART. 26 L. 833/1978

Con Decreto del Commissario ad Acta n.32/2014, sono state aggiornate provvisoriamente, secondo gli indici ISTAT anni 2006/2013, nelle more della ridefinizione complessiva delle stesse adeguata alla nuova offerta sanitaria riabilitativa regionale, le tariffe per la remunerazione delle prestazioni già definite ex art.26 della legge 833/1978.

Il seguente schema illustra le tariffe adottate per ogni regime di erogazione:

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>TARIFFA</b>
Internato	€ 128.57
Seminternato	€ 78.07
Ambulatoriale ed extramurale (individuale)	€ 47.55
Ambulatoriale ed extramurale (piccolo gruppo)	€ 16.77
Domiciliare	€ 61.25

Per l'attuazione del piano si procederà ad approvare le tariffe, come previsto nel successivo capitolo sul cronoprogramma.

## **16. LA FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE**

La formazione e la continua valorizzazione e promozione dello sviluppo professionale delle risorse umane del Sistema Riabilitazione dovranno richiamarsi al modello del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM). Gli argomenti saranno inizialmente di carattere trasversale, tesi ad omogeneizzare le conoscenze e sinergizzare le categorie di professionisti coinvolti nell'approccio multidisciplinare ai disabili. Successivamente saranno sviluppati argomenti tematici specifici di ogni professionalità coinvolta nei vari setting riabilitativi.

Verranno rafforzate le competenze di capacità relazionale e di comunicazione degli operatori, soprattutto per far fronte a domande di intervento socio sanitario complesse. Nell'ottica dell'integrazione, verranno valorizzate e sviluppate le competenze del personale che opera in ambito sociale e socio sanitario allo scopo di garantire la gestione di percorsi assistenziali complessi (famiglie, anziani, minori e disabili) superando la frammentarietà delle prestazioni.

La formazione e la specializzazione del personale andranno potenziate anche con opportune iniziative in collaborazione con l'Università e con il Ministero della Salute, vista la presenza in Regione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scienze del Benessere, Scienze Motorie, che in futuro potranno garantire il fabbisogno di personale medico e di altre figure professionali previste nel Sistema Riabilitazione.

I corsi di formazione dovranno interessare anche i MMG che costituiscono un importante anello della catena della presa in carico globale dei Pazienti.

Tra i criteri per l'accreditamento dei centri di riabilitazione privati dovranno essere previsti obblighi formativi per tutto il personale.

Alla formazione dovrà affiancarsi anche una corretta informazione dell'utenza, con i modi ed i metodi che la ASREM riterrà più opportuni, sulle prestazioni erogabili e sul corretto uso dei servizi che la Sanità Regionale metterà a disposizione del cittadino.

## **17. CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE DEL PIANO.**

Le azioni pianificate, per la loro complessità organizzativa e per evitare repentini scompensi dei trattamenti assistenziali in essere, si svilupperanno con gradualità nell'arco del biennio 2015-2016, sebbene saranno avviate già a decorrere dall'ultimo bimestre del 2014.

L'ASREM, soggetto attuatore del Piano col supporto della struttura tecnica commissariale, procederà ad un monitoraggio bimestrale dei progressivi risultati, riferendo al Commissario ad acta, che potrà procedere alle modificazioni ed integrazioni del Piano per superare le eventuali criticità che si dovessero presentare.

Entro novembre 2014 l'ASREM, assistita dalla struttura tecnica di supporto al Commissario, illustrerà alle strutture accreditate, regionali ed extra regionali, le finalità strategiche del Piano e le azioni programmate per realizzarle, indicando la tempistica. L'indicatore di risultato è costituito dalla chiusura dell'informativa, con la raccolta di eventuali osservazioni delle strutture entro la data stabilita.

Azione prioritaria è la rivalutazione tramite UVM, con l'utilizzazione delle scale SVAMA e SVAMDI, degli assistiti attualmente in carico alle strutture regionali ed extra regionali. L'azione si svilupperà da dicembre 2014 a febbraio 2015. L'indicatore di risultato è dato dal numero mensile delle rivalutazioni sul totale degli assistiti in carico.

Entro dicembre 2014 la struttura tecnica di supporto al Commissario avvierà le procedure di rimodulazione degli accreditamenti, in coerenza col Piano di riconversione individuato per soddisfare il fabbisogno assistenziale. Gli accreditamenti definitivi dovranno essere conclusi entro maggio 2015, salvo per i casi che dovessero richiedere interventi strutturali. Il termine per l'adempimento sarà stabilito caso per caso, ritenendo congruo – in linea di massima – sulla base delle informazioni attualmente disponibili, il termine del 31 dicembre 2015 per i procedimenti concernenti tali ultimi casi. L'indicatore di risultato è costituito dalla chiusura nel termine stabilito della rimodulazione dell'accredimento.

La struttura tecnica di supporto al Commissario ad acta definisce entro maggio 2015 il complessivo sistema tariffario, a norma dell'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. A tal fine le strutture accreditate devono fornire le informazioni utili al calcolo tariffario, basato sui costi delle risorse impegnate per regolamento di accreditamento e sui costi di esercizio. Le tariffe dovranno specificare, quando ricorrano le condizioni, la quota a carico del SSR e la quota a carico dell'assistito, della famiglia o dei servizi sociali del Comune domicilio di soccorso. L'indicatore di risultato è l'istruttoria completa per il decreto commissariale di approvazione delle tariffe nel termine stabilito. Nello stesso termine vengono definiti gli schemi contrattuali per regolare i rapporti con le strutture private accreditate.

Da giugno 2015, l'ASREM procederà alla graduale ricollocazione degli assistiti nel setting assistenziale appropriato. L'indicatore di risultato è costituito dal numero di assistiti ricollocati mensilmente nei setting assistenziali appropriati sul totale degli assistiti in carico.

Entro gennaio 2015 l'ASREM definisce gli ambiti territoriali dei distretti sanitari, riducendone il numero come stabilito dalle Linee di indirizzo per l'atto aziendale approvate con DCA n. 7/2013, validato dai Ministeri affiancanti, per consentire alla regione di adeguare gli ambiti per i Piani di zona dell'assistenza sociale. L'indicatore di risultato è costituito dalla deliberazione ASREM, nel termine stabilito, che definisce i nuovi ambiti distrettuali.

Il Piano sarà a regime da gennaio 2016, salvo quelle integrazioni e modificazioni rese necessarie da situazioni che risultassero non adeguatamente considerate nel Piano, che saranno realizzate in termini di volta in volta stabiliti e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2016.

## **18. LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL PIANO**

La sostenibilità economica del piano si realizza col mantenimento dei tetti di spesa regionale ed extra regionale attualmente in essere.

## 19. CONSIDERAZIONI FINALI

Il lavoro condotto per la stesura del presente Piano, sviluppato con il contributo allargato della Regione e della Azienda Sanitaria Regionale unica del Molise e, quindi, condiviso, è il risultato di valutazioni e previsioni elaborate sulla considerazione della riabilitazione quale strategia di salute che punta a rendere i soggetti con problemi di salute e in condizioni di disabilità a raggiungere uno stato funzionale ottimale, in relazione all'ambiente, in quanto storicamente considerata il terzo elemento del percorso sanitario insieme alla prevenzione e alla terapia, connotata da ambiti di attività e competenze di integrazione con le altre due componenti per la valorizzazione dell'attività fisica e motoria, cognitiva e motivazionale, avuto riguardo a limitazioni funzionali e disabilità associate alle condizioni di salute e a complessa interazione fra fattori personali e ambiente.

Le diverse parti del Piano, unitamente alle Linee Guida allegate, conducono e coordinano programmi di intervento atti a rendere ottimali le prestazioni in un processo decisionale iterativo multidisciplinare, effettuando, applicando e integrando interventi biomedici, tecnologici, psicologici e comportamentali, educativi e di *counseling*, occupazionali e vocazionali, sociali e di sostegno, e interventi sull'ambiente, nel percorso della malattia e lungo il percorso di cura, dall'ospedale per acuti fino al territorio e nei diversi servizi, integrando le cure per finalizzarle al recupero dell'autonomia.

Nell'ambito degli interventi in atto afferenti la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, il riassetto dell'area relativa alla riabilitazione costituisce necessario complemento ai fini della migliore offerta aziendale per la presa in carico dell'utente.

Seguono:

Glossario

Fonti normative nazionali e regionali

Linee guida (allegato).

## GLOSSARIO

### tratto dalle seguenti fonti:

Piano attuativo locale di Ravenna; Glossario della Qualità e dell'Accreditamento della Regione Emilia Romagna; Glossario Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Age.na.s); Glossario Health Promotion Glossary World Health Organization 1998; Health Promotion Glossary: new terms World Health Organization, 2006.

---

#### **Appropriatezza:**

definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno delle persone malate (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

E' utile distinguere tra appropriatezza clinica, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato utente, e appropriatezza organizzativa, intesa come capacità di scegliere il processo assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure.

#### **Appropriatezza del percorso riabilitativo:**

##### **Clinica:**

fare bene le cose che servono, sulla base dell'evidenza scientifica, per i pazienti che ne possono beneficiare (in base allo stadio della malattia, le caratteristiche individuali, il contesto familiare e sociale).

##### **Organizzativa:**

rete integrata che offra il *setting* riabilitativo più appropriato

---

#### **Assistenza socio-sanitaria:**

complesso delle prestazioni e dei servizi erogati dal SSN che riguardano ambiti in cui per prevenire, curare e riabilitare, vi è bisogno non solo di prestazioni strettamente sanitarie ma anche di prestazioni sociali che, combinate ed erogate in modo integrato con quelle sanitarie, costituiscono il modo più appropriato per stabilire condizioni di salute dei cittadini (es. assistenza domiciliare, assistenza materno-infantile, salute mentale e dipendenze, ecc.).

---

#### **Best practice (migliore pratica):**

modello di riferimento che sintetizza il modo ottimale ed esemplare con cui un soggetto ha affrontato e risolto nella pratica un problema, portato avanti un progetto, organizzato e gestito la realizzazione di un'attività.

---

#### **Caregiver:**

espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "fornitore di cura"; definisce la persona che, nell'ambiente domestico, in ospedale o in altre istituzioni assume l'impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo.

Si riferisce in genere ad un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (care giver non professionali) o un operatore adeguatamente formato (care giver professionali).

---

#### **Case manager (responsabile del caso):**

professionista qualificato che garantisce il processo di cura personalizzato attraverso il collegamento tra l'utente, la sua famiglia, i diversi servizi e professionisti, opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni sociosanitari complessi, e per i servizi co-interessati nella gestione della persona, per assicurare la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

---

#### **Continuità assistenziale:**

un sistema in cui i diversi luoghi di erogazione, le prestazioni, gli operatori e i livelli di servizio sono integrati e senza interruzioni per soddisfare i bisogni dei clienti/ utenti o della popolazione di riferimento.

Elementi della continuità assistenziale sono: l'autocura (*self-help*), la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, l'assistenza e le prestazioni di breve periodo, l'assistenza e le prestazioni di lungo periodo, la riabilitazione e il supporto.

Anche definita come Servizio di Continuità Assistenziale, garantisce al cittadino prestazioni sanitarie quando non è possibile reperire il proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, ed in particolare: consulto telefonico, visita medica in sede e a domicilio dell'utente, prescrizioni farmaceutiche.

Tutte le prestazioni sono erogate a titolo gratuito.

---

**Cure domiciliari:**

Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse.

Sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita.

Nella letteratura scientifica, nella normativa e negli atti programmatori delle diverse regioni italiane vengono spesso differenziate in distinte tipologie (Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata ecc.).

---

**Disease management:**

un approccio sistemico ed evidence-based alla cura della persona malata teso a coordinare le risorse mediche disponibili attraverso l'intero sistema di assistenza, che vede il coinvolgimento di tutti i "produttori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute delle persone (non soltanto, cioè, dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS). Il punto critico è quello di spostare il punto di vista dal "trattare i pazienti durante singoli e separati episodi di malattia" al "provvedere un'assistenza di alta qualità in un continuo" che è la malattia.

---

**Efficacia:**

la capacità di un processo di raggiungere il risultato proposto. Efficacia clinica è la capacità degli interventi assistenziali di migliorare gli esiti sulla salute in una specifica condizione. Può essere osservata in condizioni sperimentali su casistiche e centri selezionati (efficacia teorica o efficacy) oppure rilevata nella pratica clinica quotidiana (efficacia nella pratica o effectiveness).

---

**Efficienza:**

l'efficienza è la relazione che esiste tra le risorse impiegate e i risultati ottenuti; un processo più efficiente è quello che, a parità di risorse, ottiene risultati migliori oppure, a parità di risultati, impiega un minor volume di risorse.

Nelle organizzazioni complesse, come le aziende sanitarie, è importante valutare l'efficienza dell'intero sistema: l'aumentata efficienza di una unità operativa non deve essere ottenuta a scapito di inefficienze causate in altri punti dell'organizzazione;

È la capacità di effettuare più prestazioni con le stesse risorse o le stesse prestazioni con un minor uso di risorse (tra le risorse non va considerata solo la componente finanziaria ma anche altre, come ad esempio il tempo).

---

**Empowerment:**

processo con cui la persona acquisisce consapevolezza circa la propria salute e benessere e assume piena responsabilità e potere di autodeterminarsi nella gestione della malattia, della condizione di disagio o deficit attivando e sostenendo con l'apprendimento le proprie risorse, l'efficacia personale e le capacità per fronteggiare le difficoltà e le crisi (il disagio sociale, il deficit, ma anche le malattie, mediante la partecipazione al piano di cura e assistenza, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti).

---

**Fragilità (sanitaria e psico-sociale):**

La fragilità è definita come una diminuzione delle capacità nel portare avanti le principali attività sociali e pratiche della vita quotidiana, che caratterizzano un individuo autonomo ed inserito.

Non è legata all'età e deriva dall'influenza reciproca di fattori individuali ed elementi ambientali. Include le seguenti componenti:

- Fisico-biologiche (ad esempio: presenza di patologie organiche, la riduzione della massa muscolare, aspetti funzionali della vita quotidiana, la riduzione dell'acuità ed integrità sensoria);
- Psicologiche (ad esempio: presenza di sintomatologia depressiva, senso di stanchezza cronica, capacità di fronteggiamento);
- Sociali (ad esempio: relazioni con gli altri, apertura all'esterno, interazione con l'ambiente, adattabilità e socialità).

Si può manifestare in gradi diversi, da un livello di fragilità leggero ad uno più pressante, fino a condurre ad esiti avversi quali un maggior rischio di morbilità, di ospedalizzazione urgente e di assistenza a lungo termine (non autosufficienza).

La fragilità è, quindi, una condizione che cambia nel tempo ed è suscettibile di interventi attivi/preventivi di condizioni peggiori.

---

---

**Governo clinico:**

(clinical governance) sistema attraverso il quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria.

---

**Indicatori di processo:**

rappresenta uno degli assi della valutazione della qualità secondo Donabedian, ossia quello che si riferisce al comportamento degli operatori sanitari, distinto da struttura ed esito.

È l'asse più ampio ed è opportuno suddividerlo nelle cosiddette dimensioni specifiche delle prestazioni: volume di prestazioni (prodotto), tempestività, accessibilità, appropriatezza delle prestazioni, correttezza tecnica nell'esecuzione delle prestazioni, coordinamento o integrazione delle prestazioni e continuità dell'assistenza, comunicazione/informazione verso l'utente/cliente.

---

**Indicatori di esito:**

riguardano le modificazioni delle condizioni di salute, dovute agli interventi sanitari. In senso positivo, prolungamento della vita, riduzione della sofferenza e della disabilità, miglioramenti della qualità di vita o, per gli interventi preventivi, riduzione dell'incidenza delle malattie; in senso negativo, complicazioni ed effetti iatrogeni.

---

**Monitoraggio:**

È la sistematica sorveglianza di un processo o di un fenomeno attraverso la misurazione di uno o più indicatori; il monitoraggio viene attuato per valutare l'evoluzione, per identificare potenziali problemi e opportunità di miglioramento e per misurare i risultati.

La frequenza con cui effettuare le misure nonché il numero e il livello di precisione degli indicatori devono essere definiti di volta in volta, sulla base della criticità dei fenomeni da monitorare e dell'entità delle risorse necessarie.

---

**Punto Unico d'Accesso (PUA):**

modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

Il PUA è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere.

---

**Rete:**

il termine rete nel contesto dei sistemi organizzativi riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione e integrazione tra una serie di servizi ed attività. In sanità il modello a "rete" è fondamentale in quanto il sistema sanitario è formato da una complessità di servizi e professionisti che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona.

Il modello "a rete" implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire al cittadino un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie.

---

**Riabilitazione:**

una vecchia e consolidata definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce che "la riabilitazione implica riportare i pazienti al massimo livello raggiungibile di adattamento fisico, psicologico e sociale.

Essa comprende tutte le misure che mirano a ridurre l'impatto della disabilità e dell'handicap e a consentire ai disabili di ottenere un ottimo inserimento nella società":

Implica che le persone affette da malattia mentale e disabili in genere siano in grado di svolgere un ruolo valido con successo e soddisfazione nell'ambiente da loro scelto (lavoro, domicilio, scuola, ambienti sociali e ricreativi) richiedendo il meno possibile di interventi professionali continuativi.

---

**Sicurezza dell'utente (Patient safety):**

dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

---

**Valutazione Multidimensionale :**

è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un' operazione dinamica e continua che segue la persona fragile/disabile nel suo percorso dentro la rete dei servizi socio-sanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione. Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.

---

## **RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI**

**L. 833 del 23 DICEMBRE 1978** “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;

**D.LGS. 502 del 30 DICEMBRE 1992** “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;

**D.LGS. 229 del 19 giugno 1999** “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419”;

**D.P.C.M. del 29 novembre 2001** “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”;

**D.G.R. 1342 del 18 OTTOBRE 2004** “D.P.C.M. 29.11.2001 - Allegati 2a e 2b - Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

**D.G.R. 363 del 30 MARZO 2007** “Strutture private accreditate con il SSR eroganti prestazioni di assistenza riabilitativa - Piano delle prestazioni per l'anno 2007”;

**D.G.R. 426 del 16 APRILE 2007** “Piano operativo di rientro - Definizione budget per le Strutture accreditate private eroganti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza riabilitativa”;

**D.G.R. 1487 del 14 DICEMBRE 2007** “Programma operativo di rientro - accordo tra regione Molise – Ministero Economia e Finanze e Ministero della salute del 27.3.2007 - Obiettivo specifico 6: riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa. Obiettivo operativo 6.2. ricondurre la spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale ) ad € 50,00 pro capite, prossimo al valore medio nazionale, Punto 3: revisione del sistema di tariffazione dei trattamenti riabilitativi in regime extraospedaliero”;

**D.G.R. 101 del 4 FEBBRAIO 2008** “P.O. di rientro - triennio 2007-2009 - Obiettivi 8.2 e 9.1 - Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per pazienti non autosufficienti”;

**D.G.R. 102 del 4 FEBBRAIO 2008** “Linee guida e definizione di criteri ed indicatori per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri per la riabilitazione ospedaliera - Piano operativo di rientro 2007-2009 (DGR 362/07) - Obiettivo specifico 13 e 14 - Obiettivo operativo 13.1 e 14.2 – Provvedimenti”;

**D.G.R. 1356 del 15 DICEMBRE 2008** “Programma operativo di rientro - accordo tra regione Molise – MEF e Ministero della salute del 27.3.2007 - Obiettivo specifico 6: riequilibrio e regolazione dell' assistenza riabilitativa, Obiettivo operativo 6.1 - Obiettivo operativo 6.2: piano regionale per la riorganizzazione dell' attività di riabilitazione. Provvedimenti”;

**D.G.R. 284 del 20 MARZO 2009** “Piano di rientro 2007/2009. Ulteriori provvedimenti in ordine al riequilibrio economico-finanziario ed alla domanda ed offerta sanitaria regionale”.

“PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE” – Accordo Stato Regioni 10 febbraio 2011 n. 30/CSR (G.U. n°50 del 2 marzo 2011, supplemento ordinario n. 60).



**Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute 2011**  
**Linee guida della riabilitazione della Regione Molise**

**Premessa : Aspetti socio-demografici della Regione Molise con particolare riferimento alle disabilità**

*Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie è un compito istituzionale della Regione finalizzato ad introdurre, sostenere e modulare, nel sistema socio-sanitario, risposte, interventi ed azioni appropriate ed efficaci in ambito preventivo e curativo, coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico e con le disponibilità tecnico-organizzative ed economiche.*

*Le presenti linee guida mettono al centro la persona, i suoi bisogni di salute e declinano i principi ispiratori per l'organizzazione e la gestione dell'intero sistema regionale ed indicano le aree prioritarie che richiedono azioni particolari, di intervento integrato e intersettoriale, in ragione della rilevanza dei problemi di salute sottesi e/o della complessità delle risposte socio-sanitarie conseguenti.*

*Obiettivo è fornire indirizzi per l'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 riconosciuta alle Regioni e, quindi, adottando nella Regione Molise 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, procedendo alla riprogettazione della rete riabilitativa sia con riguardo all'assistenza residenziale e semiresidenziale che a quella ambulatoriale – domiciliare, attraverso una definizione coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito.*

*In tale contesto vanno collocate anche le risposte per la "tutela a vita" di soggetti completamente non autosufficienti o a responsabilità minimale. Tali tipologie di svantaggio e di disabilità pongono problematiche nuove e sono in progressivo aumento, come emerge dai più recenti dati epidemiologici.*

*Nelle tabelle sottostanti sono riportati alcuni dati significativi relativi alla popolazione residente, caratterizzata da un alto indice di dipendenza degli anziani e dalla presenza di un numero di disabili, in percentuale più alta rispetto al resto del Paese.*

**Gli indicatori di struttura della popolazione: confronto Molise, Italia e Mezzogiorno – anno 2009**

Territorio	% Popolazione 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Molise	21,9	53	33	172	44
Italia	20,2	52	31	143	43
Mezzogiorno	18,1	49	27	118	41

Fonte: Istat

**LINEE GUIDA DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE**

L'intervento riabilitativo è posto in essere per raggiungere 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.

### 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.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete della riabilitazione della Regione Molise, considerati insufficienti in riabilitazione i riferimenti all'ICD (International Classification of Diseases) e all'ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, si ritiene indispensabile inserire l'utilizzo della classificazione ICF.

L'utilizzo della classificazione ICF *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, riconosciuta da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e, quindi, nella percezione di salute e disabilità. Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. Accettare la filosofia dell'ICF vuol dire considerare la disabilità un problema che non riguarda i singoli cittadini che ne sono colpiti e le loro famiglie, ma coinvolge tutta la comunità e, innanzitutto, le istituzioni. In questo contesto si inserisce il ruolo della Medicina Fisica e Riabilitativa, che secondo le più recenti definizioni va intesa come "la specialità medica, che basandosi sulla valutazione dello stato funzionale, sulla diagnosi e il trattamento delle patologie, effettua e coordina interventi medici e tecnici con l'obiettivo di rendere ottimale lo stato funzionale dei soggetti in condizioni di disabilità. La MFR si occupa delle limitazioni funzionali e delle disabilità associate alle condizioni di salute e della complessa interazione tra fattori personali e ambiente".

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi, 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 e 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 con svantaggio sociale (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).

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.

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.

## *Il Percorso Assistenziale Integrato*

### **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*.

### **Progetto Riabilitativo Individuale ( PRI)**

Con l'affermarsi del modello biopsicosociale, vengono posti al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni. Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il percorso assistenziale integrato, basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale; tale percorso costituisce il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo. In tale ambito, il Progetto Riabilitativo Individuale ( PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico e unico per ciascuna persona, di guida del percorso. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF, definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia e i caregiver, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in carico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti. Il PRI è elaborato dal medico specialista in riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti; gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi e di indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso.

Il progetto individuale è sempre un prodotto di lavoro d'equipe i cui componenti condividono, per le loro competenze, le responsabilità da esso derivanti, che il medico specialista responsabile del progetto stesso assume complessivamente su di sé.

All'interno del progetto riabilitativo, il *programma riabilitativo* 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 stessi, secondo un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone.

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.

## Tipologia degli interventi di riabilitazione e Strutture deputate alla erogazione

### AMBITO OSPEDALIERO

#### **Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione( Cod.75, Cod 28 )**

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 e dalla successiva integrazione del DM 1998.

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

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

#### **Riabilitazione intensiva**

E' diretta 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 ADL (attività di della vita quotidiana). Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamente 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.

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono erogati presso:

#### **Presidi ospedalieri -pluri-specialistici e monospecialistici (Cod.56 )**

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 multicomprendensiva 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)

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

- il paziente è in grado di sostenere un trattamento riabilitativo di almeno 3 ore al giorno ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali. 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 di un nursing riabilitativo multiplo o complesso.

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;
- 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.

Nell'ambito della riabilitazione intensiva ospedaliera rientrano :

- le Unità per gravi patologie respiratorie
- le Unità per gravi patologie cardiologiche

Le **Unità per gravi patologie respiratorie** sono finalizzate alla gestione prevalente delle emergenze in via di stabilizzazione delle malattie respiratorie, in particolare insufficienza respiratoria acuta da cause primitive respiratorie o da malattie neuromuscolari e insufficienza respiratoria cronica riacutizzata. Tali unità sono collocate in strutture ospedaliere dotate o strettamente collegate con U.O. di Terapia Intensiva, cardiologica, e chirurgia toracica per la riabilitazione post-chirurgica. Gli interventi sono rivolti a pazienti che presentino le seguenti condizioni:

- insufficienza respiratoria in via di stabilizzazione o comunque potenzialmente instabili che necessitino di monitoraggio continuo;
- ventilazione meccanica invasiva continua e/o sub continua come elemento indispensabile di ammissione ( secondaria o meno a coma ipercapnico).

Le **Unità per gravi patologie cardiologiche** sono destinate all'assistenza di pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per cronicizzazione di problematiche complesse post-acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, ma con potenzialità di recupero clinico funzionale. Tali Unità sono collocate in strutture ospedaliere dotate di cardiologia, e di cardiocirurgia per la riabilitazione post-chirurgica. Vi afferiscono pazienti provenienti da U.O. di terapia intensiva cardiologica per evento acuto recente o da U.O. di terapia intensiva cardiocirurgia, nonché pazienti affetti da insufficienza ventricolare refrattaria alla terapia convenzionale e che necessitino di un monitoraggio continuo dei parametri emodinamici.

### **Riabilitazione estensiva o intermedia**

Le attività di riabilitazione estensiva in ambito ospedaliero si caratterizzano in interventi sanitari di riabilitazione per pazienti non autosufficienti, con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica.

In tale fase trovano anche un setting, quando non appropriato, in intensiva, le patologie disabilitanti ad interessamento multi organo delle persone ad alta complessità che presentano situazioni di complessità clinico assistenziale per comorbilità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa. Tali situazioni richiedono di essere gestite in contiguità alle specialità ed alle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'acuzie.

Gli interventi hanno come obiettivo la stabilizzazione clinica ed il ripristino di condizioni di autonomia e/o di gestibilità in ambito extraospedaliero. E' caratterizzata 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 devono essere di almeno un'ora giornaliera. Di norma la degenza non deve essere protratta oltre i sessanta (60) giorni.

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 "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 presa in carico nel lungo termine richiedenti un "progetto riabilitativo".

#### *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 (Cod.60), 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, abissognevole 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.

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.

## **AMBITO TERRITORIALE**

#### Residenze di riabilitazione intensiva extraospedaliera

strutture in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 14.1.97 e successive integrazioni, destinati alla presa in carico multidimensionale 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 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.

In particolare saranno previste nell'ambito della riabilitazione intensiva extraospedaliera moduli dedicati 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.

Ospitano prevalentemente pazienti affetti da patologie neurologiche (esiti di ictus cerebrale in fase di completamento del recupero funzionale, Parkinson, sclerosi multipla, traumi vertebro-midollari e cranici, interventi chirurgici), patologie ortopediche (artroprotesi, stabilizzazioni vertebrali, politraumi e condizioni simili), disabilità motorie secondarie a sindrome ipocinetica in patologie cardiovascolari, malattie polmonari e microtraumi.

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).

#### *Riabilitazione estensiva extraospedaliera*

1. i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;
  2. i centri ambulatoriali di riabilitazione;
  3. le Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili;
  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:

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, 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 cura e/o una o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile).

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 **"complesso", ovvero utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, che richiedono un team multi professionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva** tramite il progetto riabilitativo individuale.

Le Residenze Sanitarie Disabili 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:

- gravità medio-bassa – prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone a medio grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane;
- gravità alta – prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane e totalmente non autosufficienti in almeno 3 ADL con disturbi del comportamento non assistibili a domicilio.

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

## 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.

## Criteri generali di accesso

L'uso corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione al fine di recuperare ritardi culturali e organizzativi attraverso una maggiore appropriatezza; tale obiettivo va perseguito con l'applicazione dei seguenti criteri: a) accessibilità e copertura della rete: il percorso di presa in carico va attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità; b) tempestività: effettuare gli interventi in rapporto alle fasi biologiche del recupero e alle necessità socio-ambientali; c) continuità: garanzia di successione e integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting; d) appropriatezza: priorità alla presa in carico omnicomprensiva della persona disabile, evitando mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche; e) interventi guidati da un programma riabilitativo inserito in un PRI; f) interventi di validità riconosciuta e condivisa; g) facilitazione della partecipazione attiva e consapevole del paziente e della sua famiglia; h) approccio educativo al paziente. Rivestono altresì notevole importanza l'adozione di una cartella clinica informatizzata, la valorizzazione e la formazione del personale, l'integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance di processo (output).

## Modalità

Alle UU.OO. di Riabilitazione ospedaliera si accede per trasferimento dai reparti per "acuti", qualora l'evento patologico abbia determinato una modificazione del quadro funzionale del paziente, tale da richiedere uno specifico trattamento riabilitativo. Si può altresì accedere da domicilio in casi particolari (riacutizzazioni, necessità di specifici interventi e/o terapie), tramite richiesta del medico curante.

Alle prestazioni riabilitative erogate dalla rete dei servizi riabilitativi ospedalieri ed extraospedalieri e agli ambulatori specialistici di terapia fisica 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 e recepite dalla Regione Molise con provvedimenti di Giunta Regionale nn.1063/2001 1342/2004 – 342/2005 – 1356/2008- 1102/2008-284/2009.

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. L'accesso ed il piano individuale di trattamento trasmesso dal Presidio devono essere validati dalla struttura distrettuale di riferimento territoriale nel rispetto della regolamentazione aziendale attraverso la verifica delle modalità terapeutico-riabilitative proposte rispetto alla diagnosi e alle disabilità conseguenti. 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 della cartella riabilitativa informatizzata 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.

### **Percorso riabilitativo per l'accesso ai presidi extraospedalieri regionali ed extraregionali - U.V.M.**

La Azienda Sanitaria Regionale del Molise 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 le Unità di Valutazione Multidimensionale ( UVM ) già attivate presso i Distretti Socio-Sanitari per le valutazioni indicate al seguente punto. Resta salva la valutazione del Direttore del Distretto nei casi di particolare urgenza. All'UVM dovrà pervenire specifica richiesta da parte del MMG, attraverso modulistica appositamente predisposta, allegando eventualmente la documentazione clinica; l'UVM esprimerà un parere entro 5 giorni lavorativi e all'occorrenza potrà anche sottoporre a valutazione il paziente. In caso di mancata risposta nei tempi previsti, il paziente potrà ricoverarsi e l'UVM effettuare in un secondo momento la valutazione. Nell'esprimere il proprio parere, l'UVM terrà conto dell'eventuale Percorso Riabilitativo unico definito all'interno del PRI.

### **L' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**

Il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall' **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**.

Questa è organismo proprio dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, presente in ciascun Distretto, che ha disciplinato con propri provvedimenti la composizione ed il relativo regolamento di funzionamento, con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti al Distretto Sanitario.

Essa include, oltre al medico specialista in medicina fisica e riabilitativa, ove aziendali 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
- Per le disabilità funzionali e motorie il neurologo e/o l'ortopedico.

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

L'UVM provvede all'individuazione e alla quantificazione dei bisogni, in sinergia con l'U.O. di Riabilitazione e/o il Fisiatra di riferimento, e all'individuazione delle modalità gestionali dei soggetti disabili in sede di dimissione ospedaliera e ai fini dell'accesso a presidi extraospedalieri regionali ed extraregionali di riabilitazione, in quest'ultimo caso quando non siano presenti strutture in regione che possano garantire la particolarità dell'intervento riabilitativo.

**CRITERI DI ACCESSO IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO O  
RESIDENZIALE**

**MDC1**

**a) pazienti con recenti esiti di gravi lesioni cerebrovascolari o trauma cranico**, tali da aver comportato uno stato di coma protratto con un punteggio alla scala di Glasgow <8 : cod 75, durata max della degenza 120 giorni, qualora il paziente mostri segni di recupero funzionale, comprovate da scale specifiche ( DRS, FIM ); elevato grado di disabilità ( punteggio alla scala FIM <60 ), di solito tracheotomizzati, alimentazione parenterale o SNG. Gli interventi riabilitativi possono poi proseguire in altri setting, in relazione alla complessità clinica e al potenziale di recupero, tenendo conto dei fattori contestuali. valutazione ICF per definizione appropriata del percorso. Va precisato, inoltre, che questa tipologia di pazienti può essere presa in carico anche in strutture con cod.56, in caso di mancanza di posti letto o per particolari esigenze di carattere familiare o ambientale, garantendo il necessario supporto.

**b) esiti di recenti lesioni cerebrovascolari:**

- riabilitazione ospedaliera ( intensiva ) cod.56: necessita' di tutela medica ( per instabilità clinica, controlli clinici e diagnostici ) e nursing infermieristico dedicato; possibilità di eseguire un trattamento riabilitativo di 3 ore al giorno ( stabilità internistica, funzioni cognitive, compliance). FIM inferiore a 90 ( se superiore DHR o ambulatorio ). Durata del trattamento: di solito il programma riabilitativo in regime di ricovero va completato entro 60 giorni; eventuale prosecuzione in altri setting ( extraospedaliero, intensivo o estensivo in relazione alle potenzialità di recupero e alla complessità clinica; DHR, ambulatoriale, domiciliare, RSA ). Necessaria valutazione ICF per migliore definizione del percorso e interazione con i servizi territoriali.
- riabilitazione ospedaliera ( estensiva ) cod.60: come sopra, ma il paziente non è in grado di sostenere un trattamento riabilitativo intensivo, ma solo di 1 ora al giorno ( paz. gravemente instabili, poco collaboranti, con comorbilità , ecc. ).
- riabilitazione intensiva extraospedaliera: pazienti stabilizzati clinicamente, che necessitano di tutela infermieristica, in grado di sostenere trattamenti intensivi ( almeno 3 ore / die ) nella fase post-acute, non altrimenti somministrabile, anche in prosecuzione di un trattamento riabilitativo ospedaliero, e con evidenti possibilità di recupero comprovate da scale di valutazione funzionali ( almeno FIM ); necessaria valutazione ICF e collegamento con servizi distrettuali. Tariffazione inferiore al cod.56, superiore al cod.60.
- riabilitazione estensiva extraospedaliera: come sopra, ma i pazienti possono sostenere un intervento riabilitativo solo di 1 ora al giorno, hanno poco margine di ulteriore recupero funzionale, non sono assistibili in altre forme ( domiciliare, RSA per disabili ). tariffazione inferiore al cod.60.
- i programmi riabilitativi possono proseguire in regime di DHR, ambulatoriale ( ex art.44 ) o domiciliare ( ADI ), oppure in RSA o RSD.
- pazienti con sequele neuropsicologiche e/o comportamentali e problemi di linguaggio, possono richiedere un trattamento interdisciplinare con l'intervento di almeno 3 professionisti. Tali interventi sono mirati di solito non solo al reinserimento familiare, ma anche vocazionale.

**C) altre menomazioni di natura neurologica:**

-sclerosi a placche: regime di ricovero in caso di pousse' con evidente ripercussione sullo stato funzionale ( EDSS>3, FIM tra 40-90 ). Cod 56 se necessitano particolari valutazioni cliniche e strumentali e interventi terapeutici non altrimenti somministrabili;

	<p>diversamente r.extraospedaliera</p> <p>- M. di Parkinson, neuropatie, malattie del motoneurone, eredoatassie, malattie muscolari, altre condizioni neurologiche: vanno privilegiati gli interventi ambulatoriali e domiciliari.</p> <p>- mielopatie traumatiche e non : ricovero in relazione al timing, impatto funzionale, stabilizzazione clinica, prosecuzione di programmi dopo ricovero nel cod.28</p>
<b>MDC4</b>	<p>Insufficienza respiratoria con VEMS&lt;50%, di natura ostruttiva o restrittiva o mista; esiti di interventi recenti di chirurgia toracica. Necessari idonea valutazione ( 6min Walking Test, spirometria, MIP-MEP, saturimetria ) e specifici programmi riabilitativi ( riadattamento allo sforzo, disostruzione bronchiale, ecc ). Per quanto attiene i setting, valgono i criteri su esposti.</p>
<b>MDC5</b>	<p>Esiti di IMA recente, scompenso cardiaco CLASSE NYHA 3-4, esiti di recenti interventi di cardiocirurgia. I programmi devono tendere al precoce reinserimento domiciliare e alla prosecuzione dei trattamenti in regime ambulatoriale o domiciliare. Per quanto attiene i setting, valgono i criteri su esposti.</p>
<b>MDC8</b>	<p>RECENTI INTERVENTI DI SOSTITUZIONE ARTICOLARE O DI TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA CON DEFICIT EVIDENTE DELL'ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE, NECESSITA' DI TUTELA MEDICA E INFERMIERISTICA, CONTROLLI CLINICI, ESAMI DIAGNOSTICI. MALATTIE REUMATOLOGICHE A MARCATO IMPEGNO FUNZIONALE, COMPROVATO DA VALUTAZIONE ICF. SOLITAMENTE TRASFERIMENTO DA REPARTI PER ACUTI; DA DOMICILIO RICOVERO PER PAZIENTI CHE HANNO OSSERVATO PERIODO DI DIVIETO DI CARICO, OPPURE NON ABBIANO AVUTO IMMEDIATA DISPONIBILITA' DI POSTO LETTO O NEL CASO DI RIACUTIZZAZIONI DI PROCESSI INFIAMMATORI CON EVIDENTI RIPERCUSSIONI FUNZIONALI DOCUMENTATI DA SCALE DI VALUTAZIONE SPECIFICHE, FIM, ICF. LA DEGENZA MEDIA PER TALI MENOMAZIONI NON DEVE SUPERARE I 20 GG. Per quanto attiene i setting, valgono i criteri su esposti.</p>

<b>SETTING PREVISTI</b>	
<p>RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ( INTENSIVA ) COD.56 e cod.75 ( valgono i criteri su esposti)</p>	<p>NECESSITA' DI TUTELA MEDICA ( PER INSTABILITA' CLINICA, CONTROLLI CLINICI E DIAGNOSTICI ) E NURSING INFERMIERISTICO DEDICATO; POSSIBILITA' DI ESEGUIRE UN TRATTAMENTO RIABILITATIVO DI 3 ORE AL GIORNO.</p>
<p>RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ( ESTENSIVA) COD.60</p>	<p>COME SOPRA, MA IL PAZIENTE NON E' IN GRADO DI SOSTENERE UN TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO, MA SOLO DI 1 ORA AL GIORNO ( PAZ. GRAVEMENTE INSTABILI, POCO COLLABORANTI, CON COMORBILITA' , ECC. )</p>
<p>RIABILITAZIONE INTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA</p>	<p>PAZIENTI STABILIZZATI CLINICAMENTE, CHE NECESSITANO DI TUTELA INFERMIERISTICA, IN GRADO DI SOSTENERE TRATTAMENTI INTENSIVI ( ALMENO 3 ORE / DIE ) NELLA FASE POST-ACUZIE, NON ALTRIMENTI SOMMINISTRABILE, ANCHE IN PROSECUZIONE DI UN TRATTAMENTO RIABILITATIVO OSPEDALIERO, E CON EVIDENTI POSSIBILITA' DI RECUPERO COMPROVATE DA SCALE DI VALUTAZIONE FUNZIONALI ( ALMENO FIM ); NECESSARIA VALUTAZIONE ICF E COLLEGAMENTO CON SERVIZI DISTRETTUALI. TARIFFAZIONE INFERIORE AL COD.56,</p>

	SUPERIORE AL COD.60.
RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA	COME SOPRA, MA I PAZIENTI POSSONO SOSTENERE UN INTERVENTO RIABILITATIVO SOLO DI 1 ORA AL GIORNO, HANNO POCO MARGINE DI ULTERIORE RECUPERO FUNZIONALE, NON SONO ASSISTIBILI IN ALTRE FORME ( DOMICILIARE, RESIDENZE SANITARIE PER DISABILI ). TARIFFAZIONE INFERIORE AL COD.60.
RESIDENZE SANITARIE DISABILI ADULTI	NECESSITA' DI TUTELA SOCIO-SANITARIA IN MANCANZA DI UN ADEGUATO SUPPORTO FAMILIARE; INTERVENTO RIVOLTO PREVALENTEMENTE ALLA TERAPIA OCCUPAZIONALE E ORIENTATO VERSO IL RECUPERO DI ATTIVITA' FUNZIONALI.
TRATTAMENTO RIABILITATIVO "Caso complesso" ( già EX ART 26 )	<p>SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA AFFETTI DA DISABILITÀ FISICHE PER ESITI DI PARALISI CEREBRALE INFANTILE E DI TRAUMI CRANICO-ENCEFALICI, PER SINDROMI DISMORFICHE, PER DISTROFIE MUSCOLARI E NEUROMUSCOLARI, PER DISABILITÀ PSICO-MENTALI PER DANNI ENCEFALICI STABILIZZATI O EVOLUTIVI, PER MALATTIA EPILETTICA, PER DISTURBI INTELLETTIVI SETTORIALI, PER DISTURBI EMOZIONALI E DI RELAZIONE QUANDO CONFIGURANO RISCHIO PSICO-PATOLOGICO, PER DISTURBI SENSORIALI E NEUROSENSORIALI, IN PARTICOLARE VISIVI COMPLESSI E DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE DI ORIGINE CENTRALE .</p> <p>PER L'ETÀ ADULTA, LA PRESA IN CARICO AVVIENE, GENERALMENTE, PER SOGGETTI AFFETTI DA MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (AD EZIOLOGIA VASCOLARE DEMIELINIZZANTE, NEOPLASTICA, DEGENERATIVA, FLOGISTICA, METABOLICA), PER PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA, e di conseguenza affetti da menomazioni e disabilità importanti e spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL, che richiedono la presa in carico omnicomprensiva mediante PRI da parte di un team multiprofessionale ( almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione ), con durata complessiva dei trattamenti di almeno 90 minuti. , PER ARTROPROTESI D'ANCA E GINOCCHIO (ELETTIVAMENTE PER LA RIEDUCAZIONE ALLA STAZIONE ERETTA ED AL CAMMINO), AMPUTAZIONE DI COSCIA E GAMBA, PATOLOGIE CARDIORESPIRATORIE E VISCERALI. VENGONO ESCLUSE LE MINORAZIONI E DISABILITÀ TRANSITORIE E MINIMALI RICHIEDENTI UN CICLO TERAPEUTICO BREVE SENZA INDIVIDUAZIONE DI UN PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE.</p>
TRATTAMENTO AMBULATORIALE ( EX ART.44	PAZIENTI STABILIZZATI, TRASPORTABILI, CHE NECESSITINO DI UN COMPLETAMENTO DEL PROGETTO RIABILITATIVO, ANCHE AL FINE DI PREVENIRE IL DEGRADO FUNZIONALE.
TRATTAMENTO DOMICILIARE	- <i>IN ADI</i> , PER PAZIENTI NON TRASPORTABILI,

	<p>CHE NECESSITINO DI UN COMPLETAMENTO DEI PROGRAMMI, TESI ANCHE A FAVORIRE IL REINSERIMENTO SOCIO-FAMILIARE</p> <p>- <u>TRATTAMENTO CASO COMPLESSO</u> (già EX ART. 26)</p>
--	--

### **PROCEDURE DI PRESA IN CARICO “CASI COMPLESSI” ( GIA’ EX ART. 26 L.833/78 )**

Le tipologie di trattamento per minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa e ascrivibili ai trattamenti precedentemente classificati come ex art. 26 si caratterizzano come interventi interdisciplinari, richiedenti cicli terapeutici definiti attraverso un progetto riabilitativo individuale, nella forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ed extramurale.

La presa in carico avviene, generalmente per soggetti in età evolutiva affetti da disabilità fisiche per esiti di paralisi cerebrale infantile e di traumi cranico-encefalici, per sindromi dismorfiche, per distrofie muscolari e neuromuscolari, per disabilità psico-mentali per danni encefalici stabilizzati o evolutivi, per malattia epilettrica, per disturbi intellettivi settoriali, per disturbi emozionali e di relazione quando configurano rischio psico-patologico, per disturbi sensoriali e neurosensoriali, in particolare visivi complessi e disturbi della comunicazione di origine centrale .

Per l’età adulta, la presa in carico avviene, generalmente, per soggetti affetti da malattie del sistema nervoso centrale e periferico (ad eziologia vascolare demielinizzante, neoplastica, degenerativa, flogistica, metabolica), per patologia traumatologica o dell’apparato muscoloscheletrico, tali da comportare menomazioni e disabilità importanti e spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL, che richiedono la presa in carico omnicomprensiva mediante PRI da parte di un team multiprofessionale ( almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione ), con durata complessiva dei trattamenti di almeno 90 minuti. per artroprotesi d’anca e ginocchio (elettivamente per la rieducazione alla stazione eretta ed al cammino), amputazione di coscia e gamba, patologie cardiorespiratorie e viscerali.

Vengono escluse le minorazioni e disabilità transitorie e minimali richiedenti un ciclo terapeutico breve senza individuazione di un progetto riabilitativo individuale.

Si individua, pertanto, il seguente modello procedurale per le tipologie di trattamento dei casi ad elevata complessità

1) i cittadini, che intendono richiedere assistenza riabilitativa, dovranno essere indirizzati dal MMG o dal PLS ad effettuare la prima visita specialistica presso i servizi di riabilitazione afferenti l’Ambito territoriale di residenza per la valutazione clinico-diagnostica e l’elaborazione di un progetto riabilitativo .

2) il programma riabilitativo è da intendersi a termine rispetto all’obiettivo. Nel caso di programmi 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.

3) in ordine alle prescrizioni la struttura pubblica in ogni fase del programma potrà richiedere alla struttura erogatrice della prestazione tutte le informazioni ritenute utili a valutare l’andamento del trattamento .

4) l’utente può scegliere liberamente la struttura pubblica o privata accreditata presso la quale effettuare il trattamento;

5) nella presa in carico del paziente , sia per prestazioni in regime di ricovero che in seminternato ed ambulatoriale o domiciliare, la struttura formulerà una scheda di accesso che trasmetterà al competente servizio del Distretto di appartenenza dell'utente entro 48 ore dalla presa in carico. La scheda di accesso sarà compilata sulla base del modello predisposto dalla ASREM, per la validazione del percorso, ed eventuali variazioni ed integrazioni al programma. Ogni altra modalità operativa, per le strutture private accreditate, è definita dalla regolamentazione allegata all'accordo contrattuale.

### Tipologie prestazionali casi complessi

Le tipologie di trattamento per prestazioni riabilitative per casi complessi sono:

- Domiciliare;
- Ambulatoriale;
- Ambulatoriale di gruppo;
- Semiresidenziale (attività diurne);
- Residenziale (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:** valgono i criteri già esposti .

**La tipologia semiresidenziale** è stata fino ad oggi utilizzata 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; è indispensabile che la semiresidenzialità ricopra nuovamente il ruolo che gli è consono assumendo le caratteristiche proprie del ricovero diurno .

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.

**La tipologia residenziale (tempo pieno)**, è prescritta 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.

### 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., ritenendo, tuttavia, necessario razionalizzare e riqualificare le modalità di erogazione delle prestazioni mediante opportuni meccanismi di governo della prescrizione:

L'accesso ai percorsi riabilitativi ambulatoriali avviene tramite visita del medico specialista su richiesta del MMG o del MPLS, secondo previsto nelle indicazioni contenute nei LEA regionali.

Lo specialista compila la scheda di progetto/programma riabilitativo, con idonea valutazione della menomazione e della limitazione di attività.

La visita si può concludere con la presa in carico riabilitativa della persona e la tempistica dell'accesso al trattamento dovrà tener conto del gradiente della modificabilità della menomazione/disabilità e dei possibili rischi di complicanze ( entro 7 giorni presa in carico , ad esempio, di pazienti con esiti di recenti fratture o interventi chirurgici ortopedici ); inoltre, bisogna tener conto se la persona ha già eseguito precedenti cicli di fisioterapia. Lo specialista può anche limitarsi a prescrivere terapie farmacologiche, ortesi, ausili, a fornire indicazioni ergonomiche, educazionali, ecc.: visita fisiatrica non equivale necessariamente a prescrizione di fisioterapia.

Deve essere rispettata la durata del trattamento prevista, generalmente di 30 minuti (La durata del trattamento non comprende, ovviamente, la somministrazione di mezzi fisici)

Le prestazioni corrispondono a quelle comprese nel D.M. 22/07/96 e succ. mod. e int., 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).

#### Tipologie di utenza

- a) Utenti affetti da disabilità complesse di recente insorgenza e modificabili a seguito di intervento riabilitativo, che richiedono un progetto individuale e i relativi programmi attuativi con l'intervento di una o più professionalità e l'intervento diretto del fisiatra ( o dello specialista di riferimento)
- b) Utenti affetti da menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie, modificabili e emendabili sulla base di un programma terapeutico riabilitativo.
- c) Utenti affetti da disabilità a lento recupero o da disabilità inemendabili stabilizzate o a lenta evoluzione presi in carico tramite un progetto riabilitativo a lungo termine.

#### Criteri di accessibilità

Garantire la priorità alle persone affette da menomazioni/disabilità che abbiano i caratteri della modificabilità e della importanza/complessità ( fase immediatamente post-acuta di lesioni a carico del SNC o periferico, fase immediatamente post-acuta di lesioni traumatiche o di interventi di chirurgia ortopedica ). E' da prevedere una priorità differita per le disabilità non acute ma ad alta incidenza sulla popolazione.

#### Appropriatezza

Un intervento riabilitativo ambulatoriale è appropriato quando le condizioni del paziente gli consentano di recarsi presso la struttura ambulatoriale, è definibile un obiettivo riabilitativo espresso in termini di contenimento o riduzione della limitazione di attività, è prevedibile un tempo in cui raggiungere tale obiettivo ( emendabilità della disabilità). Nel caso in cui non è possibile prevedere un tempo, verosimilmente si è di fronte a un problema di tipo assistenziale o "lungo assistenziale".

Percorso riabilitativo: qualora il paziente non abbia una precisa diagnosi, è necessaria la visita dello specialista fisiatra di struttura pubblica. 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.

Per l'accesso a detta tipologia di trattamenti si fa espresso riferimento alle indicazioni contenute nei LEA regionali.

### Nomenclatore

Una volta definiti i criteri per la prescrivibilità e l'appropriatezza degli interventi di riabilitazione ambulatoriale, è necessario avviare un processo per il superamento di una valorizzazione delle singole prestazioni a favore di una valorizzazione secondo specifici percorsi riabilitativi, attraverso la documentazione di progetto e programmi riabilitativi tramite cartella clinica ambulatoriale e relativa "scheda di dimissione", elaborando specifici pacchetti riabilitativi.

<b>Fase di mantenimento</b>
-----------------------------

Può essere espletata attraverso un percorso che preveda trattamenti ambulatoriali o domiciliari per cicli annuali che non superino le 80 prestazioni per la cura delle 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.

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

La rivalutazione dei setting assistenziali contenuta nel Piano della Riabilitazione ha permesso la classificazione delle tipologie di strutture sanitarie di cui si riportano le descrizioni nelle successive diverse schede sinottiche

**Tabella 1 - Residenza di riabilitazione intensiva**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Interventi di riabilitazione intensiva
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase di post-acuzie a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze di riabilitazione intensiva (strutture ex art.26) o nuclei di riabilitazione intensiva (15/20 p.l.) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Di norma fino a 90 giorni condizionata dal PAI (Piano Assistenziale Individuale), ad eccezione dell'età evolutiva prorogabile fino a 365 giorni e dei comi post-acuti prorogabili di norma fino a 180 gg.
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 2 - Residenza minorazioni plurisensoriali età evolutiva**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio -relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali (DPCM 29.11.2001 , Allegato 1/C punto 9, Disabili, Livello A) Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze o nuclei 15 p.l. in strutture polivalenti per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di degenza:</b> Senza limite preordinato ma condizionato dal piano di trattamento e dal progetto individuale
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 3 - Residenza disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Disturbi del comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico (DPCM 29.11.2001, Allegato 1C Punto 9, Disabili, Livello B) Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze o nuclei 15-20 p.l. in strutture polivalenti per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da disturbi del comportamento o da patologie neuropsichiatriche
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di degenza :</b> Senza limite preordinato, ma condizionato dal piano di trattamento e dal progetto individuale
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 4 – Unità Speciali di accoglienza prolungata (USAP)**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Soggetti a responsabilità minimale
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, socio-riabilitative in regime residenziale, dedicate a persone in stato vegetativo, con responsabilità minimale o con gravissime insufficienze respiratorie, che necessitano di cure complesse per il supporto a funzioni vitali.
<b>Tipologia di struttura</b> Unità Speciali di Accoglienza Prolungata in aggiunta al regime di riabilitazione intensiva con 5 posti letto
<b>Modalità di accesso:</b> L'accesso alle USAP può essere effettuato direttamente dai reparti per acuti solo per pazienti in stato di coma cronicizzato, da reparti di riabilitazione intensiva o estensiva da strutture riabilitative per UGCA (cod. 75) o dal domicilio per "periodi di sollievo". UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di degenza :</b> Senza limite preordinato.
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 5 – Residenza di Riabilitazione Estensiva**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Interventi di riabilitazione estensiva
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva che viene erogato nelle seguenti condizioni: a) come fase di completamento successivo di recupero post-acuzie iniziato nel programma di riabilitazione intensiva e qualora non siano stati raggiunti ancora tutti gli obiettivi riabilitativi perseguibili; b) nelle disabilità complesse derivate da patologie croniche a carattere evolutivo, qualora si verifiche un peggioramento della sola disabilità (escludendo le disabilità complesse derivanti da patologie a carattere non evolutivo)
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze di Riabilitazione Estensiva (strutture ex art.26) o Nuclei di Riabilitazione estensiva (15-20 p.l.) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di degenza :</b> Di norma fino a 180 gg. condizionata dal progetto/programma riabilitativo .
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 6 – Struttura semiresidenziale di riabilitazione**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Interventi di riabilitazione estensiva a carattere diurno
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva in fase di completamento di recupero delle condizioni di cui al setting di riabilitazione estensiva allorquando un paziente è in condizioni socio-familiari che ne permettono gli accessi al centro riabilitativo
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze di riabilitazione estensiva (strutture ex art.26) o nuclei di riabilitazione estensiva (15/20 p.l.) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Di norma fino a 180 giorni condizionata dal Progetto/Programma Riabilitativo
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 7 – Semiresidenza minorazioni plurisensoriali età evolutiva**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni di assistenza semiresidenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali (DPCM 29.11.2001, Allegato 1C Punto 9, Disabili, Livello A) ma che conservano ancora un nucleo socio familiare di riferimento che ne permette la domiciliazione. Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze o nuclei (15/20 p.l.) in strutture polivalenti per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Senza limite preordinato, ma condizionato dal Piano di Trattamento e dal Progetto individuale
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 8 – Centro diurno spettro autistico**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Disturbi del comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni di assistenza semiresidenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico (DPCM 29/11/2001, Allegato 1.C punto 9. Disabili, Livello b), ma che conservano ancora un nucleo socio familiare di riferimento che ne permette la domiciliazione. Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative didattiche.
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze o nuclei (15/20 p.l.) in strutture polivalenti per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da disturbi del comportamento o da patologie neuropsichiatriche
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Senza limite preordinato, ma condizionato dal piano di trattamento e dal progetto individuale
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 9 – Semiresidenza disabili adulti**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Disabilità adulti
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni di assistenza semiresidenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane ma che conservano ancora un nucleo socio familiare di riferimento che ne permette ancora la domiciliazione.
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti o nuclei RSA disabili adulti (massimo 20 p.l.) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Senza limite preordinato, condizionato al Progetto riabilitativo di struttura e da valutazione periodiche
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 10 – Residenze Sanitarie Disabili adulti (RSD)**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Disabilità adulti
<b>Tipologia di prestazioni:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>gravità medio bassa</b> – prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone a medio grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (DPCM 29.11.2001, Allegato 1C Punto 9, Disabili, Livello C/gravi)</li><li>- <b>gravità alta</b> – prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (DPCM 29.11.2001, Allegato 1C Punto 9, Disabili Livello C/gravi) e <b>totalmente non autosufficienti in almeno 3 ADL con disturbi del comportamento non assistibili a domicilio</b></li></ul>
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti o nuclei RSA Disabili adulti (massimo 20 p.l.) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Senza limite preordinato, condizionato dal Progetto Riabilitativo di struttura e da valutazioni periodiche
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 11 - Residenza Protetta Disabili adulti**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Disabilità adulti
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti privi di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia (DPCM 29.11.2001, Allegato 1C Punto 9, Disabili, Livello C privi di sostegno familiare), non assistibili a domicilio
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze assistenziali per disabili adulti o nuclei disabili adulti (massimo 20 p.l.) in strutture polivalenti. E' possibile la realizzazione di nuclei per specifiche disabilità (massimo 8-10 p.l. per specifiche e gravi disabilità) secondo evidenze epidemiologiche rilevate.
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Senza limite preordinato, condizionato al Progetto Riabilitativo di struttura e da valutazioni periodiche
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.

**Tabella 12 – Comunità Socio-Riabilitativa per disabili**

<b>Bisogno da soddisfare:</b> Disturbi del comportamento del disabile
<b>Tipologia di prestazioni:</b> Prestazioni erogate in centri diurni di trattamenti di carattere riabilitativi, di orientamento e di tutela personale a pazienti con disabilità derivate da patologie croniche non più evolutive e che non hanno gravi problematiche socio familiari per cui ne è ancora possibile la domiciliazione. Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.
<b>Tipologia di struttura</b> Residenze o nuclei (15-20 p.l.) in strutture polivalenti per persone non autosufficienti affette da disturbi del comportamento
<b>Modalità di accesso:</b> UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
<b>Durata di trattamento:</b> Senza limite preordinato, ma condizionato dal Piano di Trattamento e dal Progetto individuale
<b>Standard di struttura:</b> DPR 14 gennaio 1997 + Leggi e atti regionali autorizzazione e accreditamento
<b>Sistemi di classificazione del paziente:</b> SVAMA e/o SVAM.D.I.