



Regione Molise

Assessorato alle Politiche della Salute e Assistenza Socio-Sanitaria

PIANO REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE

ANNI 2012/2013

INDICE

- **Premessa**
- **Introduzione**
- **Esigenze di un piano regionale della riabilitazione**

- **LA RIABILITAZIONE REGIONALE:**
 - **L'attuale offerta Regionale Riabilitativa Ospedaliera**
 - **Rete Integrata Regionale**
 - **Proposte per il biennio 2012/2013 – Riorganizzazione della rete ospedaliera**

- **DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO**
 - **La rete riabilitativa territoriale**
 - **Ristrutturazione e rafforzamento della rete riabilitativa**
 - **La riabilitazione in età evolutiva**
 - **La riabilitazione in età adulta**
 - **Azioni programmate**

- **ATTUALE SITUAZIONE CENTRI PRIVATI ACCREDITATI E IPOTESI DI RICONVERSIONE**

- **LA TARIFFAZIONE**

- **LA FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE**

- **Considerazioni finali**

- **Glossario**

- **Riferimenti normativi**

PREMESSA

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e socio-sanitarie 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.

Nell'ambito del piano regionale di riorganizzazione della rete sanitaria, ospedaliera e territoriale, si è reso necessario intervenire anche sulla Riabilitazione. A tale scopo, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute e Assistenza Socio-Sanitaria, è stato creato un gruppo di lavoro ristretto, composto da figure professionali con documentata esperienza nel settore della Regione e della ASREM, con il compito di valutare le criticità del sistema riabilitazione, individuarne le possibili soluzioni, proporre un Piano Regionale di Rete Integrata per la Riabilitazione, che risponda all'effettivo fabbisogno della popolazione molisana.

*Il **Piano Regionale sulla Riabilitazione 2012-2013**, che recepisce integralmente il **Piano di indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute (2011)**, 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 sottesi e/o della complessità delle risposte socio-sanitarie conseguenti.*

Obiettivo del Piano 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 2011-2013), adottando quale riferimento un modello di percorso integrato socio-sanitario, 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, nel rispetto di quanto contenuto nelle Linee Guida Nazionali, procedendo alla riprogettazione della rete riabilitativa, con particolare riguardo all'assistenza residenziale e semiresidenziale nonché a quella ambulatoriale e domiciliare, attraverso una definizione coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito.

Il percorso integrato socio-sanitario 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.

INTRODUZIONE

L'assenza finora registrata di un riferimento normativo regionale che consentisse di fissare un fabbisogno 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 sociale e infine la persistenza di alcune criticità, che verranno di seguito evidenziate, rendono urgente un intervento regionale sulla riabilitazione, finalizzato alla riorganizzazione del settore, sia a livello ospedaliero che territoriale.

Il modello organizzativo - funzionale proposto, in recepimento delle indicazioni fornite dal nuovo Piano di indirizzo del Ministero della Salute ("Piano di indirizzo per la Riabilitazione", G.U. n.50 del 2 marzo 2011), è focalizzato sui bisogni del paziente e prevede la definizione di un percorso riabilitativo individuale e l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale e di monitoraggio delle attività riabilitative (indicatori).

Il nuovo modello, partendo dai bisogni reali, opera sulla prevenzione e sulla cura, assicurando percorsi socio-assistenziali adeguati ai profondi mutamenti demografici ed epidemiologici della popolazione, che vedono il prevalere delle patologie croniche e le conseguenti disabilità.

Va attuata la «presa in carico globale dell'utente» e gli interventi vanno erogati secondo «programmi riabilitativi» definiti dal «Progetto Riabilitativo Individuale» (P.R.I.).

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 MMG e dei PLS, necessario durante tutto il percorso riabilitativo del paziente, sarà possibile solo se preceduto e accompagnato da un iter formativo ed informativo adeguato, che la ASReM e la Regione 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.

Al presente documento vengono allegate le Linee Guida Regionali elaborate nel rispetto delle indicazioni ministeriali e con riguardo alla organizzazione delle attività sul territorio regionale, quale valido supporto e riferimento per gli operatori del settore.

ESIGENZE DI UN PIANO DELLA RIABILITAZIONE

Le variazioni demografiche intervenute grazie anche ai progressi scientifici ed alle nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche, fanno sì che gli over 65, che rappresentano la fascia più ampia nei ricoveri ospedalieri, siano destinati a costituire una percentuale sempre maggiore della popolazione nazionale, con le immaginabili ricadute sul SSN e Regionale.

Parallelamente si rileva anche l'aumento delle persone affette da disabilità. Una rilevazione ISTAT del 2005 ha quantificato in circa 2,8 milioni i disabili presenti in Italia, con un trend in continua crescita. Esaminando i dati relativi alla regione Molise che, come si evince dalla tabella seguente, si caratterizza per un indice di vecchiaia elevato, è stato calcolato che nel prossimo decennio il numero dei disabili molisani si attesterà su valori uguali o superiori al 6% della popolazione totale.

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 al fenomeno dell'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

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

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.

Stima del numero dei disabili per tipo di disabilità in soggetti in 6 e più anni nella Regione Molise					
Anno	Confinamento individuale	Difficoltà nel movimento	Difficoltà nelle funzioni	Difficoltà visto udito, parola	Totale
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 fondanti* 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.

LA RIABILITAZIONE REGIONALE

L'attività riabilitativa molisana è stata finora disciplinata da tre fondamentali provvedimenti:

- D.G.R.102 del 04/02/2008 “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”, *che definisce i criteri e gli indicatori per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera;*
- D.G.R. 1356 del 15/12/2008 “*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*”, che costituisce il primo strumento di programmazione dei servizi di riabilitazione e criteri generali per l'assistenza riabilitativa;
- D.G.R. 284 del 20/03/2009 “*Piano di rientro 2007/2009. Ulteriori provvedimenti in ordine al riequilibrio economico-finanziario ed alla domanda ed offerta sanitaria regionale*”, che delibera in ordine al riequilibrio economico-finanziario della domanda ed dell'offerta sanitaria riabilitativa regionale.

Alle delibere citate si sono aggiunti ulteriori provvedimenti, elencati nella sezione del Piano denominata “Normativa di riferimento”.

Permangono comunque criticità che il presente piano si propone di superare quali:

- 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;
- Sbilanciamento dell'offerta di prestazioni riabilitative ospedaliere nella zona territoriale di Isernia, dove troviamo allocate la gran parte delle strutture riabilitative ospedaliere;
- Inadeguatezza dell'attuale rete riabilitativa extraospedaliera: manca una diversificazione per tipologia dei posti letto dei Presidi di Riabilitazione extraospedaliera, 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 precisa responsabilità della Regione, in modo articolato tale da affrontare le fasi acute, intensive ed estensive ed 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.

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.

ATTUALE OFFERTA REGIONALE 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 con l'adozione dei Decreti Commissariali nn.20/2011 e 71/2011. Pertanto, i posti letto dislocati presso le strutture ospedaliere sono illustrate nel grafico sottostante

ATTUALE OFFERTA REGIONALE RIABILITAZIONE OSPEDALIERA											
STRUTTURE	CODICE STRUTTURA	POSTI LETTO		CODICE STRUTTURA	POSTI LETTO		CODICE STRUTTURA	POSTI LETTO		totale posti letto	
		R.O.	D.H.		R.O.	D.H.		R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
<i>CARDARELLI CAMPOBASSO</i>	56	8		60			75	8	2	16	2
<i>VIETRI LARINO</i>	56	31	2	60	20		75			51	2
<i>VILLA ESTHER BOJANO</i>	56	20		60			75			20	0
<i>CARACCILO AGNONE</i>	56			60	14		75			14	0
<i>SS.ROSARIO VENAFRO</i>	56	20	2	60	10		75			30	2
<i>FONDAZIONE DI RICERCA E CURA "GIOVANNI PAOLO II" CAMPOBASSO</i>	56	14		60			75			14	0
<i>IGEA MEDICA ISERNIA</i>	56	40		60			75			40	0
<i>IRCCS NEUROMED POZZILLI</i>	56	15		60			75	40		55	0
TOTALE		148	4		44	0		48	2	240	6

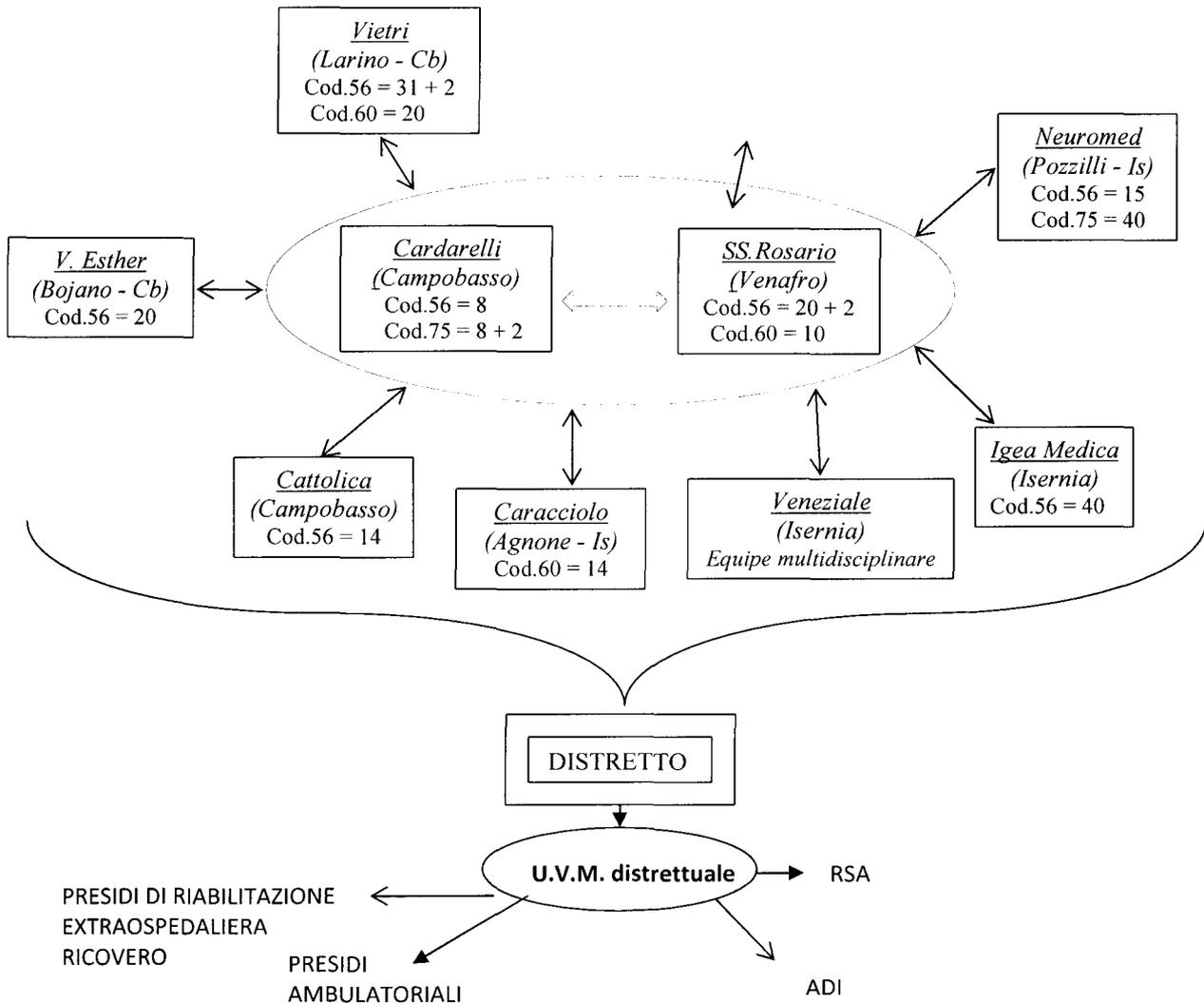
Il fabbisogno di P.L. riabilitativi è soddisfatto dall'offerta ospedaliera riportata nella tabella e rispetta lo standard dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 e fissato in 0,7 p.l. per 1.000 abitanti.

Codice Struttura	Denominazione	Località	Distretto	Tipo Struttura
140001/01	Cardarelli	Campobasso	Campobasso	Pubblica
140001/02	Vietri	Larino (Cb)	Larino	Pubblica
140003/02	Caracciolo	Agnone (Is)	Agnone	Pubblica
140003/03	SS.Rosario	Venafro (Is)	Venafro	Pubblica
140005	Villa Esther	Bojano (Cb)	Bojano	Privata
140006	Igea Medica	Isernia (Is)	Isernia	Privata
140007	Fondazione Giovanni Paolo II	Campobasso	Campobasso	Privata
140911	Neuromed	Pozzilli (Is)	Isernia	Privata

Tali Strutture regionali fanno fronte alla domanda di riabilitazione con **246** posti letto, di cui **240** in **R.O.** e **6** in regime di **D.H.**

RETE INTEGRATA REGIONALE

Obiettivo del presente Piano è quello di creare una rete attraverso la quale garantire il trasferimento del paziente dall'ospedale al territorio ed una presa in carico integrata dello stesso.



Come illustrato nello schema, il modello di rete adottato dalla Regione si ispira a quello Hub & Spoke e prevede, per le caratteristiche geografiche, sanitarie e sociali del Molise, due centri di tipo hub.

I due centri polispecialistici di riferimento sono il P.O. "Cardarelli" di Campobasso e lo Stabilimento "SS. Rosario" di Venafro.

Viene così garantita la copertura totale del territorio regionale, costituendo, il primo un riferimento per l'Area Centrale e Basso Molise e il secondo per l'Area Pentria e per l'Alto Molise.

Essi sono in collegamento tra loro e con le altre strutture (nodi) ospedaliere, extraospedaliere, Distretti, garantendo così tutto il percorso riabilitativo alle persone con disabilità di vario genere e grado.

Dal grafico è possibile rilevare come, nello schema di rete elaborata, il P.O. "F.Veneziale" di

Isernia, non abbia al suo interno una Unità Operativa di Riabilitazione, ma una **equipe multidisciplinare funzionale** (Servizio Ospedaliero di Riabilitazione) che fornisce i primi interventi riabilitativi ai pazienti da trasferire presso i centri riabilitativi di opportuna destinazione. I medici dell'equipe sono i fisiatra della U.O.C. di riabilitazione di del Presidio di Venafro.

Uno dei nodi cruciali affrontati in sede di elaborazione del presente documento riguarda la gestione delle dimissioni dei pazienti dai reparti di rianimazione e le cosiddette "dimissioni difficili". Molto spesso ci si trova, infatti, nell'impossibilità di fornire un'assistenza adeguata a pazienti ad elevata complessità ma con scarse possibilità di recupero, così come a pazienti che necessiterebbero di un passaggio a cure sub-intensive prima dell'eventuale percorso riabilitativo. Questa carenza nell'offerta comporta il protrarsi delle degenze in reparti critici come rianimazione ed UTIC e notevoli disagi per le famiglie. Di notevole impulso alla risoluzione della problematica è stata la condivisione dei contenuti del documento Gigli, emanato di recente da un gruppo di lavoro ministeriale, il quale ha fornito delle linee guide per la gestione dei pazienti ricoverati in rianimazione. La previsione di posti letto riservati al ricovero di pazienti affetti da gravi patologie respiratorie e da gravi patologie cardiologiche rappresenta la soluzione alla criticità evidenziata.

A tal fine si individuano le seguenti strutture nell'ambito delle quali saranno dedicati posti letto per la presa in carico dei pazienti dimessi dalla rianimazione e le cosiddette dimissioni "difficili": Nell'ambito dei posti letto disponibili presso la Fondazione "Cattolica" con sede in Campobasso, l'U.O. di Riabilitazione strutturata è già finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da tali patologie; presso il Presidio Ospedaliero "Cardarelli", nell'ambito dei posti letto della U.O.C. di Riabilitazione, saranno dedicati n.3 p.l. per tale attività riabilitativa e, per l'area territoriale di Isernia, per quanto attiene le gravi patologie respiratorie, all'interno del numero di posti letto accreditati e contrattualizzati con l'Istituto Neuromed di Pozzilli, n. 5 PL saranno riservati alla presa in carico di tale delicata tipologia di utenza.

MODALITA' DI PRESA IN CARICO

Al ricovero in riabilitazione si può accedere:

a) **direttamente**, su prescrizione, compilata sul modulario del SSN, del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta o degli Specialisti della Struttura di ricovero autorizzati all'emissione di prescrizioni per il Servizio Sanitario Nazionale.

La prenotazione del ricovero programmato, sia nelle strutture pubbliche che private, avviene presso i punti di prenotazione del sistema CUP-Pass regionale;

b) **per trasferimento da reparti ospedalieri per acuti;**

c) **per trasferimento da altra unità operativa di riabilitazione.**

Il paziente in riabilitazione ospedaliera, alle dimissioni, non può essere ricoverato in altre U.O. della medesima tipologia. Eventuali deroghe o eventuali prolungamenti del periodo di degenza sono riservati a situazioni eccezionali e vanno comunque condivisi con l'U.V.M. distrettuale, su proposta del responsabile clinico del paziente e compatibilmente con il P.R.I.

La presa in carico del paziente avviene con l'elaborazione del **Progetto Riabilitativo Individuale** (custodito in Cartella Clinica) da parte del fisiatra, nell'ambito di un team riabilitativo multidisciplinare, a carattere puramente funzionale e costituito dalle figure professionali necessarie per ciascun tipo di paziente.

E' fondamentale misurare con precisione il grado di disabilità del paziente all'ingresso (income), attraverso la redazione di un'adeguata scala di valutazione, che verrà aggiornata sia durante il ricovero (intorno alla metà del periodo di degenza previsto dal progetto riabilitativo) sia alla dimissione (outcome) per verificare i risultati attesi.

All'interno del Progetto Riabilitativo Individuale devono altresì essere previsti eventuali ausili, protesi ed ortesi da prescrivere all'atto della dimissione nel rispetto delle indicazioni del nomenclatore tariffario, con relativo collaudo degli stessi, e verifica dell'efficacia/efficienza del servizio di fornitura. Va curata anche l'educazione del paziente al corretto utilizzo degli ausili stessi. Il Responsabile clinico del paziente garantisce, anche attraverso il coinvolgimento degli altri professionisti, un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, al caregiver ed al medico di famiglia.

DIMISSIONE

Il dialogo tra ospedale e territorio assume una funzione centrale già prima della dimissione. Quando è necessario assicurare la continuità delle cure a livello territoriale, il responsabile clinico del paziente deve, prima delle dimissioni, contattare l'UVM distrettuale per individuare, insieme, la struttura territoriale (Centri Ambulatoriali pubblici o privati, Centri ex. art.26, ADI, RSA, domicilio) dove proseguirà il percorso riabilitativo del paziente.

CONTROLLO E MONITORAGGIO

Ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza, il controllo e il monitoraggio delle Cartelle Cliniche e delle SDO redatte dai reparti riabilitativi, seguono le disposizioni previste dal Decreto Commissariale n.1 del 16 ottobre 2009.

Oltre che con gli indicatori ospedalieri qualitativi, quantitativi e di efficienza indicati dal suddetto Decreto, gli interventi riabilitativi vanno monitorati e controllati con indicatori di appropriatezza specifici (precocità di presa in carico, durata presa in carico, setting di dimissione) e con indicatori di outcome (miglioramento dell'indipendenza funzionale, diminuzione del dolore, miglioramento dello stato cognitivo, riduzione di complicanze, percezione del proprio stato di salute, diminuzione dei disturbi comportamentali, miglioramento della qualità della vita del caregiver).

E' fondamentale misurare con precisione il grado di disabilità del paziente all'ingresso (income), attraverso la redazione di un'adeguata scala di valutazione, che verrà aggiornata sia durante il ricovero, sia alla dimissione (outcome) per verificare i risultati attesi.

<i>INDICATORI PER LE ATTIVITA' DI DEGENZA (COD.75, 56, 60, EXTRAOSPEDALIERA)</i>
• <i>INDICATORI DI STRUTTURA:</i>
a) PALESTRE (NUMERO, MQ)
b) AREE DEDICATE A SPECIFICHE ATTIVITA' RIABILITATIVE (AREE PER LOGOPEDIA, TRATTAMENTI INDIVIDUALI), LABORATORI, TERAPIA OCCUPAZIONALE, AREE DI SOGGIORNO.
c) RAPPORTO OPERATORI/UTENTI,
d) ACCESSIBILITA',
e) PRESENZA DI TECNOLOGIE INNOVATIVE.
f) FORMAZIONE DEL PERSONALE (n° Corsi di aggiornamento specifici per ogni anno solare)
g) DOCUMENTAZIONE CLINICA (cartella clinica computerizzata, schede di

progetto/programma, tempari di trattamento, scale di valutazione generiche e specifiche)
h) RAPPORTO PAZIENTI COLLABORANTI/NON COLLABORANTI (Barthel- FIM all'ingresso)
• <i>INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO:</i>
a)TEMPI DI ATTESA (attesa media disponibilità posto letto per richiesta di ricovero da trasferimento da U.O.C. per acuti: inferiore a 5 giorni)
b)TIMING IN RELAZIONE AL PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE,
c)DEGENZA MEDIA (90 giorni cod.75, 45 giorni cod.56 MDC 1, 21 giorni cod.56 MDC 4-5, 21 giorni MDC 8)
d) PERCENTUALE DI REINGRESSI (<15%)
e)PERCENTUALE DI TRASFERIMENTI VERSO REPARTI PER ACUTI (<5%)
f)TASSO DI OCCUPAZIONE (<95%)
g)RIUNIONI DI TEAM (almeno settimanali, documentate)
h) COLLOQUI CON I FAMILIARI, ADDESTRAMENTO CAREGIVER E FAMILIARI, PROGRAMMI DI REINSERIMENTO FAMILIARE, SOCIALE E LAVORATIVO, CON LA PARTECIPAZIONE ATTIVA AL PRI, INTERAZIONE CON IL TERRITORIO (% compilazione check-list ICF, attivazione ADI)
I) % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
L) "GUADAGNO CLINICO" (rapporto tra giornate di degenza e miglioramento punteggio FIM)

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza sono previste dall'Allegato 2 del Decreto Commissariale n.48 del 2 luglio 2010 "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.)".

Per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera, in compensazione interregionale, si applica la tariffa unica convenzionale (TUC).

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

La riorganizzazione della rete ospedaliera può ulteriormente essere rivista alla luce del reale fabbisogno e del rafforzamento della rete extraospedaliera.

Va precisato che l'analisi degli MDC non consente una reale valutazione del fabbisogno, in quanto non è in grado di fornire dati sulla disabilità: i dati ottenibili da MDC-DRG non sono indicativi del reale bisogno riabilitativo, in quanto, evidentemente, non forniscono alcuna indicazione circa le conseguenze delle malattie e, secondo l'ottica dell' ICF, non tengono conto delle tante variabili che influenzano lo stato di salute, il percorso riabilitativo e il reinserimento sociale. Inoltre, vanno considerati i seguenti aspetti:

- L'analisi dei dati in nostro possesso, riferiti agli anni 2009 e 2010, evidenzia un dato importante, ossia che oltre 1/3 delle prestazioni erogate ai molisani in strutture extraregionali risultano a rischio di inappropriatazza.
- E' mancato finora un sistema di controllo sulle prescrizioni, sulle prestazioni e sugli esiti (circa il 50% degli accessi in strutture extraregionali è avvenuto su semplice indicazione del medico di base...)
- Dai dati emerge la netta prevalenza (43,4%) del MDC 8, nei ricoveri della maggior parte delle strutture regionali, ma molte delle patologie disabilitanti attualmente afferenti a tale MDC potrebbero essere trattate in altri setting meno costosi e più appropriati.

- Nei reparti di lungodegenza (cod. 60) si ravvisa una notevole percentuale(41.6%) di MDC diversi da quelli propriamente riabilitativi e quindi c'è inappropriatezza.
- Degenza media in diverse strutture nettamente superiore alla media nazionale.
- Numero elevato di “reingressi”: nel 2010 si sono registrati 236 reingressi; di questi, circa 140 RO sembrerebbero a rischio di inappropriatezza. Si tratta spesso di ricoveri nello stesso istituto, in altri casi del passaggio da un cod.60 al 56, oppure da una struttura cod.56 a un'altra dello stesso codice. In altri casi (non considerati tra gli “impropri”) si tratta di ricoveri ripetuti in DH a distanza di alcuni mesi, altre volte di ricoveri ordinari a distanza di brevi periodi;
- Mancanza di criteri e indicatori di struttura, processo ed esito, e di appropriatezza del ricovero.

RIMODULAZIONE RETE OSPEDALIERA RIABILITATIVA 2012

RIMODULAZIONE RETE OSPEDALIERA RIABILITATIVA 2012											
STRUTTURE	CODICE STRUTTURA	POSTI LETTO		CODICE STRUTTURA	POSTI LETTO		CODICE STRUTTURA	POSTI LETTO		totale posti letto	
		R.O.	D.H.		R.O.	D.H.		R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
	56			60			75				
CARDARELLI CAMPOBASSO	<i>ad indirizzo neuromotorio</i>	10	2	<i>articolazione della Medicina Interna</i>	10					20	2
VIETRI LARINO		13	2		18					31	2
VILLA ESTHER BOJANO		18								18	0
CARACCILO AGNONE				<i>articolazione della Medicina Interna</i>	12					12	0
SS.ROSARIO VENAFRO	<i>ad indirizzo neuromotorio</i>	20	4	<i>articolazione della Medicina Interna</i>	10					30	4
FONDAZIONE DI RICERCA E CURA "GIOVANNI PAOLO II" CAMPOBASSO	<i>ad indirizzo cardiologico pneumologico</i>	18								18	0
IGEA MEDICA ISERNIA		20								20	0
IRCCS NEUROMED POZZILLI	<i>ad indirizzo neuromotorio</i>	8	2					45		53	2
TOTALE		107	10		50	0		45	0	202	10

Questa strutturazione della 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. Il lato negativo è rappresentato dalla costituzione di U.O. di Riabilitazione dotate di un numero limitato di posti letto, che può rendere economicamente meno vantaggiosa la gestione del personale; a tale proposito vanno promosse, eventualmente, aggregazioni funzionali, almeno per alcune figure assistenziali. Inoltre, Dirigenti Medici, Fisioterapisti e Logopedisti possono svolgere, oltre all'attività di reparto, attività ambulatoriale e prestazioni intermedie, nonché attuare forme di collaborazione con i DSB.

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 U.O. 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 (Mission), processo ed esito.

FABBISOGNO DI PERSONALE

Riconducendo i ricoveri ospedalieri a quelli il più possibile prossimi ai criteri di appropriatezza (presa in carico di pazienti che necessitano di assistenza medica e infermieristica nelle 24H, ecc..., rispetto dei tempi di degenza, spesso "governati" da esigenze economiche, riduzione dei ricoveri ripetuti, ecc.), il fabbisogno di personale nei reparti di riabilitazione, per la alta percentuale di pazienti non collaboranti sarà definito in relazione all'elevato carico assistenziale.

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Come già osservato in precedenza, un elemento cruciale, nel percorso riabilitativo, è quello relativo al passaggio dalla fase ospedaliera a quella territoriale (piano di dimissione).

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 il distretto (UVM).

La riorganizzazione delle attività di Riabilitazione Territoriale procede parallelamente a quella ospedaliera e si integra con essa. E' impensabile infatti eliminare unità di degenza ospedaliera senza garantire attività riabilitative territoriali alternative al ricovero.

La coincidenza dei 7 Distretti Sanitari della regione con i 7 Ambiti Sociali facilita il processo di integrazione tra interventi sanitari e sociali che, con prevalenza variabile, caratterizzano la fase territoriale della riabilitazione.

Nella riorganizzazione, a livello distrettuale, della Riabilitazione Territoriale è necessario tener conto del progressivo invecchiamento della popolazione e la diffusione di malattie invalidanti che comportano la revisione dell'offerta di riabilitazione in sub-acuzie e lungodegenza, nel senso di "deospedalizzazione" del sistema e potenziamento dell'assistenza distrettuale.

Il presente Piano, partendo dalla D.G.R. n° 1356 del 15 dicembre 2008, individua nel Distretto il centro di riferimento per il controllo dell'appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse e nella gestione del percorso riabilitativo territoriale.

Il Distretto, quale articolazione territoriale operativa e organizzativa, in quanto centro di responsabilità e autonomia gestionale e economica, costituisce il centro di riferimento sanitario e sociosanitario anche per le prestazioni riabilitative erogate a livello territoriale, garantendo risposte assistenziali, con caratteri di continuità, attraverso presidi residenziali e semiresidenziali, cure ambulatoriali e domiciliari. 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 degli outcome e di programmazione rispetto ai problemi/bisogni ed ai risultati progressivamente raggiunti.

Nella presa in carico globale del paziente sul territorio, si rende necessario ottemperare a quanto previsto dal P.R.I., 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, in alcuni casi, 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.

LA 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 le strutture di degenza ospedaliera di riabilitazione intensiva (cod.75, cod.56) producono attività assistenziale e riabilitativa intensiva per disabilità complesse emendabili di natura e gravità tali da rendere necessaria la tutela con articolazioni organizzative specificatamente dedicate, in presenza di soggetti con massima priorità legata al massimo gradiente di modificabilità delle disabilità e al massimo rischio di complicanze, con garanzia della continuità terapeutica.

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 anche sul territorio 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 ambulatoriali di terapia fisica e centri privati accreditati territoriali, diversi dei quali già denominati ex art.26 legge 833/78, che assistono generalmente disabili con bisogni riabilitativi complessi.

Appare quanto mai rilevante, pertanto, assicurare anche in ambito territoriale una serie di interventi nelle sedi periferiche (Spoke territoriali) mediante la creazione di una rete capillare che consenta al paziente di avere un riferimento certo durante tutto il suo percorso riabilitativo.

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 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

LA RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA

Una specificità di cui tenere conto nell'ambito delle azioni di sviluppo e rafforzamento della rete riabilitativa è 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 socioassistenziali 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.

LA RIABILITAZIONE ADULTA

Le azioni da porre in essere sono di seguito evidenziate e la diversa tipologia assistenziale riabilitativa viene esplicitata nell'allegato 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 sovraregionale 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. Per 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 potranno essere erogati tramite struttura pubblica o privata accreditata per la terapia fisica.

Per prestazioni di riabilitazione extraospedaliera (già ex art. 26 L.833/78) le modalità di accesso sono fissate nelle allegate Linee Guida

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 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)** 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, per quest'ultimo, 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 e 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 transmurale 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 emergente 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 dei servizi;
- realizzazione sul territorio regionale delle Nuove 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 sovragionale 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 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;
- promozione di una strategia sistematica di gestione del rischio clinico utilizzata da tutto il personale per ridurre il rischio e migliorare la sicurezza del paziente;
- Sviluppo di pratiche di governo clinico che valorizzino il ruolo e le responsabilità delle figure professionali coinvolte.
- 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 (già ex art. 26 L.833/78) ed ex art.44, RSA disabili adulti, 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, da sviluppare secondo la prospettiva "life span" e, pertanto, in un'ottica che tenga conto dell'intero corso della vita, 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;
- coinvolgimento degli erogatori ad adeguarsi al quadro organizzativo e programmatico in corso di modifica;
- partecipazione attiva dei servizi sociali dei comuni alla definizione dei percorsi di riabilitazione socio sanitaria e compartecipazione al costo delle prestazioni;
- revisione ed eventuali incrementi tariffari per le diverse tipologie di assistenza;

Nella finalità della riorganizzazione delle attività riabilitative, nella fase di avvio e quindi durante il processo di transizione, è stata formulata 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, con strumenti di comunicazione 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 altre strutture extraregionali e l'attivazione di ulteriori percorsi condivisi tra la ASREM e strutture riabilitative extraregionali in caso di impossibilità di offerta in ambito regionale.

INDICATORI DELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE TERRITORIALE

- 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

ATTUALE SITUAZIONE CENTRI PRIVATI ACCREDITATI E IPOTESI DI RICONVERSIONE

Allo scopo di un approfondimento sulla tipologia e sulla modalità di erogazione delle prestazioni riabilitative territoriali, il gruppo di lavoro Regione-ASReM ha predisposto uno schema di rilevazione in modalità informatica da somministrare alle strutture private accreditate contrattualizzate per la riabilitazione extra-ospedaliera (ex art.26, legge 833/78 e terapia fisica), (Provvedimento D.G. ASReM n.1136 del 25.08.2011).

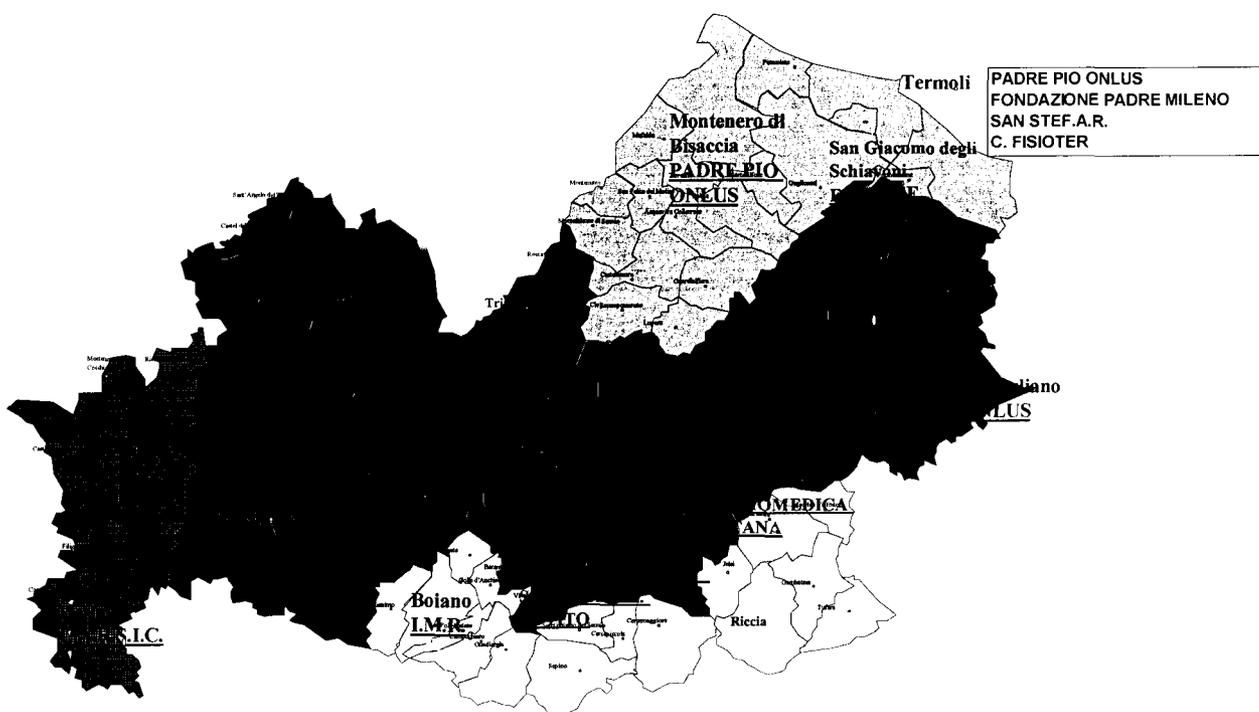
Le risultanze del censimento costituiranno riferimento per la ridefinizione del volume delle prestazioni riabilitative rapportate al fabbisogno tenuto conto della incidenza delle patologie trattate.

In attesa della riorganizzazione delle attività riabilitative, nella fase di avvio e quindi durante il processo di transizione, viene ipotizzata la rimodulazione dell'offerta riportata nella tabella successiva. L'obiettivo è quello di porre le basi per la 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 tra i punti della rete stessa in modo da conseguire continuità del percorso riabilitativo nella finalità del massimo recupero clinico e funzionale dei pazienti, contenendo la mobilità passiva verso strutture extraregionali limitandola ai soli casi di impossibilità di offerta di alcune prestazioni in ambito regionale. La seguente ipotesi di riconversione potrà subire variazioni a seguito dell'analisi dei dati forniti dal censimento in corso e di un'analisi più approfondita

dell'effettivo fabbisogno di prestazioni.

In regione le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera sono erogate esclusivamente da Strutture private accreditate ; le stesse come illustrato dalla rappresentazione grafica di seguito riportata e dalla tabella successiva , 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 nel Distretto di Agnone) né dal punto di vista strettamente 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..

Sono ancora in corso le procedure di verifica del possesso dei requisiti per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture ,per cui sono prevedibili variazioni rispetto all'assetto attuale, anche in ottemperanza a quanto previsto dal presente piano.



ATTUALE SITUAZIONE CENTRI PRIVATI ACCREDITATI E IPOTESI DI RICONVERSIONE					
STRUTTURE	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	POSTI LETTO CONTRATTUALIZZATI	IPOTESI DI RICONVERSIONE	POSTI LETTO	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA
Istituto Fisiomedica Loretana	IDR ex art. 26 in regime di internato	73	Presidio di riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo continuativo	40	internato
			RSA disabili	40	internato
totale posti letto	attuale	73	riconversione	80	
Istituto Carsic	IDR ex art. 26 in regime di internato	120	Presidio di riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo continuativo	60	internato
			RSA disabili	20	internato
			Modulo di riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo diurno	20	seminternato
			Modulo di riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo diurno per età evolutiva	10	seminternato
			Centro di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale e domiciliare		Ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	120	riconversione	110	
Istituto di riabilitazione Igea Medica	riabilitazione ospedaliera codice 56	40	Riabilitazione ospedaliera (cod.56)	20	Ricovero ospedaliero
			Presidio di riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo continuativo : cardiologica e pneumologica	20	internato
			RSA disabili	20	internato
			Nucleo per demenza (Alzheimer)	10	internato
totale posti letto	attuale	40	riconversione	70	
Centro Padre Pio	Ambulatoriale ex art. 26 Legge 833/78		Presidio di riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo diurno	20	seminternato
			Centro di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale e domiciliare		Ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	20	
Centro Potito	Ambulatoriale ex art. 26 Legge 833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale e domiciliare		Ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	
Padre Alberto Mileno	Semiresidenziale, Ambulatoriale e domiciliare ex art. 26 L.833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime, diurno, ambulatoriale e domiciliare		seminternato ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	
Centro Riabilis	Semiresidenziale, Ambulatoriale e domiciliare ex art. 26 L.833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime, diurno, ambulatoriale e domiciliare		seminternato ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	

Centro di Riabilitazione l'Incontro	Semiresidenziale, Ambulatoriale e domiciliare ex art. 26 L.833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime, diurno, ambulatoriale e domiciliare		seminternato ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	
Logopedia "Niro Urania"	Ambulatoriale ex art. 26 L.833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale		ambulatoriale
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	
Istituto Molisano di Riabilitazione	Semiresidenziale, Ambulatoriale e domiciliare ex art. 26 L.833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime, diurno, ambulatoriale e domiciliare		seminternato ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	
Fisoter di Bonifacio	Ambulatoriale e domiciliare ex art. 26 L.833/78		Conferma quale centro di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale e domiciliare		Ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0		0	
Ex SanStefar	Ambulatoriale e domiciliare ex art. 26 L.833/78		In corso di definizione. Riattribuzione attività ambulatoriale e domiciliare all'esito del contenzioso		Ambulatoriale e domiciliare
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	
INM IRCCS NEUROMED-(già Fondazione Pavone)	IDR ex art. 26 in regime di internato	30	In corso di definizione		internato
totale posti letto	attuale	30	riconversione	0	
n.17 centri ambulatoriali di terapia fisica	Prestazioni ex art.44		conferma		Ambulatoriale
totale posti letto	attuale	0	riconversione	0	

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 anche una economia di scala.

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, oltre alla definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici.

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

- a. **Residenze Riabilitazione Intensiva** (0,15/1000 abitanti) (Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative 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 socioriabilitative 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, socioriabilitative 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. **RA 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 in corsivo, conformemente a quanto stabilito dal Piano Sanitario Nazionale 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 (max 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.

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.

Si riportano di seguito i setting assistenziali previsti dal Piano Sanitario Regionale dell'Abruzzo 2008/2010 che si ritiene di poter condividere e fare propri nell'ambito della riconversione delle

strutture.

Setting operativi della riabilitazione (dal P.S.R. Abruzzo 2008_2010)

TIPOLOGIA DI SETTING E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI RIFERIMENTO	CRITERI GENERALI DI SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI SETTING
Residenze di riabilitazione Intensiva	Quando i pazienti 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 (almeno tre ore di trattamento nell'arco dell'intera giornata), e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione), nonché di un supporto multispecialistico e tecnologico adeguato .
Degenza in Residenze di Riabilitazione Estensiva Semiresidenziale	Quando i pazienti, affetti da disabilità modificabile di varia origine, 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, abbisognevole 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).
Degenza in RSA disabili adulti ed RA disabili adulti	Destinata a soggetti non autosufficienti con scarse prospettive di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo di struttura finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali.
Ricovero/soggiorno in Comunità socio-riabilitative familiari per disabili, riconducibili al cosiddetto modello del "dopo di noi", per disabili adulti	Destinata a disabili gravi (disabilità certificata ai sensi della L. 104/1992, art. 3, comma 3) che conservano parziali ambiti di autonomia, ma privi di supporto familiare (DPCM 29.11.2001, Allegato 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.
Intervento ambulatoriale	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulanti, che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle 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"> • Attività ambulatoriali finalizzate alla realizzazione di programmi riabilitativi nell'ambito di progetti riabilitativi individuali, 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

	<p>comunicazione, deficit sensoriali, amputazioni, ecc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività ambulatoriali finalizzate all'erogazione di semplici prestazioni 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).
Intervento domiciliare	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.

TARIFFAZIONE

Le tariffe attualmente vigenti per l'erogazione delle varie tipologie di prestazioni erogate dai presidi extraospedalieri precedentemente denominati ex art.26 L.833/78 sono state definite con delibere di Giunta Regionale e non aggiornate dall'anno 2005 .

In relazione alla diversificazione delle strutture territoriale di riabilitazione previste nella riconversione di cui al presente documento, avuto riguardo alle diverse forme di residenzialità e di trattamento sanitario e socio sanitario che prevedono anche, in alcuni casi, la compartecipazione da parte del cittadino/Comune del costo dei servizi sanitari, con successivo Decreto Commissariale saranno definite le relative tariffe ad avvenuta validazione del presente Piano dai competenti Ministeri.

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.

Sarà favorita la possibilità per la ASReM di stipulare, in collaborazione con l'Università, dei contratti di formazione specialistica. Un maggiore coinvolgimento della ASReM, associato ad un ruolo più incisivo della Regione nella individuazione del fabbisogno complessivo di formazione ed alla collaborazione con l'Università degli Studi del Molise rappresenta nel medio termine il rimedio più efficace per permettere al sistema di avere la disponibilità continua di personale formato ed adeguatamente addestrato.

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.

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 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.

GLOSSARIO

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 unprogetto, 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 legato 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.

Scheda informativa

Fonti Il presente glossario è stato tratto da una serie di fonti:
Piano Attuativo Locale di Ravenna
Glossario della Qualità e dell'Accreditamento della Regione Emilia-Romagna
Glossario Age.na.s (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)
Health Promotion Glossary World Health Organization, Geneva 1998
Health Promotion Glossary: new terms World Health Organization, 2006

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 - M.E.F. 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” del Ministero della Salute (G.U. n°50 del 2 marzo 2011).