

PRINCIPI E CRITERI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE NELLA REGIONE PIEMONTE

PREMESSA

Il presente lavoro nasce dall'esigenza di dare al settore della riabilitazione una ridefinizione dell'organizzazione e della gestione delle attività riabilitative, al fine di garantire gli interventi sanitari appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle risorse.

Occorre premettere che le funzioni riabilitative devono garantire i seguenti criteri di :

- equità di accesso alle prestazioni
- copertura della rete dei servizi
- appropriatezza clinica
- continuità (garanzia di una coerente successione e integrazione degli interventi)
- presa in carico globale (presenza di un progetto riabilitativo individuale orientato all'out-come globale della persona)
- efficacia (interventi di validità riconosciuta e condivisa)
- partecipazione del cittadino al percorso riabilitativo

La ridefinizione a livello regionale delle attività di post-acuzie riabilitative (28, 75, 56) e di lungodegenza medica (cod. 60) deve essere coerente con i predetti criteri e :

1. con il Piano Socio Sanitario Regionale in discussione che prevede fra l'altro

- la ridefinizione territoriale delle A.S.L., con accorpamenti di pregresse A.S.L.
- l'individuazione di quattro Aree Funzionali Sovrazionali (A.F.S.)
- la centralità del Distretto
- il potenziamento delle cure primarie
- la rilettura della rete ospedaliera per acuti
- la creazione di una rete di attività/funzioni a garanzia del percorso di continuità assistenziale per la patologia cronica e per la conseguente disabilità

2. **con le caratteristiche della domanda** proveniente dalla popolazione delle quattro AFS in termini di

- **caratteristiche quali-quantitative della popolazione di riferimento di ciascuna AFS** (numero totale di abitanti, stratificazione per fasce d'età, caratteristiche del territorio, accessibilità della popolazione ai servizi, ecc...)
- **incidenza e prevalenza dei principali quadri di disabilità presenti all'interno di ogni AFS** (es: vasculopatie cerebrali, malattie demielinizzanti e degenerative del sistema nervoso, paralisi cerebrali infantili, esiti di sindrome post-comatose, lesioni midollari permanenti, patologia ortopedica politraumatica, patologia ortopedica dell'anziano....)

3. **con le caratteristiche dell'offerta sanitaria** in termini di:

- **risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità** che impongono significative differenze di utilizzo delle risorse organizzative e sanitarie
- **individuazione e attivazione in rete di percorsi predefiniti di continuità assistenziale -disabilità dipendenti-** da realizzarsi attraverso una gestione interdisciplinare della disabilità ed una particolare integrazione tra la fase ospedaliera e quella territoriale, di norma all'interno delle singole A.F.S.
- **disponibilità di un setting riabilitativo completo** di tutte le fasi ospedaliere e territoriali a livello di AFS (3° livello 2° livello 1° livello, attività riabilitativa domiciliare) per la realizzazione del progetto riabilitativo individuale sotto la diretta responsabilità del medico specialista in medicina fisica e riabilitazione .

Garante del percorso riabilitativo, in termini di individuazione dei bisogni specifici del paziente oggetto di valutazione, e responsabile del "governo" delle necessarie risposte in quanto responsabile del progetto di continuità delle cure, è lo specialista in medicina fisica e riabilitazione della struttura complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'A.S.L. di appartenenza del paziente.

A tal fine, risulta evidente che la struttura complessa di RRF assicura l' appropriato ed efficace **governo del percorso riabilitativo** in quanto la sua **capacità di governo clinico assistenziale ed organizzativo è la risultante del diretto espletamento delle funzioni** assegnate istituzionalmente.

I percorsi organizzativi sono promossi e supportati dal Distretto, attraverso le sue funzioni di sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione di outcome relativi alla popolazione generale, e di programmazione.

Un efficiente ed efficace sviluppo del percorso riabilitativo individuato, ha come presupposto il corretto funzionamento di tutte le sue fasi, che implica una interrelazione continua tra prescrittori ed erogatori che intervengono sul percorso stesso. Risulta evidente che a tal fine è importante definire modalità organizzative specifiche a garanzia del percorso, che prevedano anche modalità di gestione clinico-organizzative all'interno di un modello dipartimentale della riabilitazione intra e/o interaziendale.

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi, con modalità interdisciplinari e interprofessionali.

Nella realizzazione dei programmi riabilitativi un ruolo centrale rivestono i tecnici della riabilitazione che fanno parte dell'èquipe riabilitativa della Struttura Complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale. Tale Struttura Complessa (S.C.) realizza i programmi riabilitativi, sia con attività dedicate ai pazienti ricoverati nei reparti per acuti, sia in specifici spazi, organizzati e attrezzati, indipendenti rispetto all'area per acuti.

I principi ed criteri sopra descritti concorrono alla individuazione della rete riabilitativa anche nell'ottica del superamento del concetto di riabilitazione per patologia di organo e in funzione del trattamento riabilitativo delle disabilità prevalenti.

In questo contesto le patologie d'organo (neurologiche, ortopediche, reumatologiche, urologiche, cardiologiche, pneumologiche, oncologiche etc..) non costituiscono di per se' il motivo della presa in carico riabilitativa, da ricercare invece nell'insieme e nella molteplicità dei problemi che concorrono a definire la disabilità del paziente, come previsto dalle Linee Guida del Ministero – 7.05.1998

Di seguito vengono affrontate, nel rispetto dei criteri di cui alla suddetta premessa, le attività riabilitative nella fase ospedaliera e nella fase territoriale

PARTE A) ATTIVITA' RIABILITATIVE OSPEDALIERE

LE ATTIVITA' RIABILITATIVE OSPEDALIERE DI III°, II° e I° LIVELLO

PREMESSA

La struttura ospedaliera di RRF rappresenta la struttura organizzativa destinata alla presa in carico omnicomprensiva e ad assistere soggetti di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità indifferibili e recuperabili di varia natura e gravità tale da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità riabilitativa articolati nell'arco delle 24 ore, nonché interventi valutativi e terapeutici riabilitativi non erogabili in forma extraospedaliera.

ATTIVITA' RIABILITATIVE DI III° LIVELLO

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale, sono erogate presso ospedali sede di alta specialità ai sensi del D.M. 29.01.1992, che ne definisce le caratteristiche (Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione – 7 maggio 1998).

Tali attività comprendono:

- Unità Spinale Unipolare (U.S.U.)
- Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite (U.G.C.)

1. ATTIVITA' RIABILITATIVE – COD. 28

L'Unità Spinale Unipolare (U.S.U.) è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo, ed ha lo scopo di permettere ai pazienti mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con le lesioni (Linee guida del Ministero 1998 e successive modificazioni ed integrazioni).

Le lesioni midollari danno origine a disabilità ad alta complessità clinico-riabilitativa e ad alto impatto sociale.

L'approfondimento di questo settore rispetto alla problematica riabilitativa ha tenuto conto di alcune criticità dell'attuale sistema:

- Un Centro di Rieducazione funzionale all'interno della A.S.O. C.T.O. quale unico centro di riferimento regionale di III° livello, attualmente insufficiente per la domanda
- una scarsa integrazione e sviluppo a livello delle A.S.L. territoriali delle funzioni di I° e II° livello con quelle di III° livello.

Ciò premesso per le attività riabilitative cod. 28 è necessario garantire l'attuazione di un percorso riabilitativo appropriato in rete attraverso:

- **una funzione sovrazonale per pazienti spinali a valenza Regionale**, per la gestione interdisciplinare della fase dell'acuzia e della post-acuzia costituita dall'Unità Spinale Unipolare (CTO), e da due unità riabilitative per medullosesi (codice 28), già individuate presso l'ASO di Novara e l'ASO di Alessandria, con una organizzazione funzionale specifica a carattere dipartimentale interaziendale;
- **una funzione zonale**, nella fase di stabilizzazione, assicurata dai codici 56 in modo integrato con i codici 28 di provenienza, svolta all'interno dell'ASL di appartenenza del cittadino, per garantire la continuità del percorso riabilitativo, utilizzando l'intero setting riabilitativo.

2. ATTIVITA' RIABILITATIVE – COD. 75

L'U.G.C. è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura caratterizzata nell'evoluzione clinica dal coesistere di tutte le seguenti condizioni:

1. periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore o uguale a 8),
2. esistenza di gravi menomazioni motorie cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse,
3. necessità di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.

Le gravi lesioni cranio-encefaliche danno origine a disabilità ad elevata complessità clinico-riabilitativa e ad altissimo impatto sociale.

•

Una prima analisi e l'esperienza di attività dei Reparti RRF cod. 75 presenti in Regione Piemonte hanno messo in evidenza:

- una risposta riabilitativa della fase acuta e post-acuta non sufficiente alla domanda
- conseguente prolungata permanenza dei pazienti nei reparti per acuti
- difficoltà nella attivazione di percorsi per gli esiti stabilizzati: insufficienti cure domiciliari o alternative al domicilio.

Ciò premesso per le attività riabilitative cod. 75 è necessario garantire l'attuazione di un percorso riabilitativo appropriato in rete attraverso:

A. Individuazione delle funzioni da assicurare in rapporto all'intervento riabilitativo necessario

1. una funzione sovrazonale RRF codice 75 , per la gestione interdisciplinare della fase dell'acuzie e della post-acuzie riabilitativa.

Considerate le tipologie di pazienti individuate, che costituiscono la peculiarità dell'attività della struttura riabilitativa codice 75, tenuto conto di quanto stabilito dal DM 29 /01/1992 in relazione alle attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale, si ritiene che :

- **una Struttura Riabilitativa COD. 75 possa esclusivamente essere allocata presso A.S.O. e/o ospedali sede di D.E.A di II livello.**

Deve essere attivata all'interno di un ospedale come identificato al punto precedente dove, oltre alla S.C. di Recupero e Riabilitazione Funzionale che ha in carico il paziente, **siano presenti e disponibili le aree specialistiche** previste nell'ambito del DM maggio 98 (Linee guida per le attività di Riabilitazione): rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, chirurgia maxillo-facciale, psicologia clinica, ortopedia e traumatologia;

- **componente essenziale della Struttura** come identificata al punto precedente è **la integrazione funzionale con le aree di degenza per acuti e con la rianimazione** garantendo che il percorso del paziente possa avvenire sempre nei due sensi. La presenza del cod. 75 in ASO e/o in ospedale sede di DEA di 2° livello garantisce che le condizioni cliniche di relativa instabilità e/o di elevato fabbisogno assistenziale non rappresenti una controindicazione al ricovero di tali pazienti;
- la struttura_RRF cod. 75 deve prevedere la dotazione di almeno 12 p.l. di rivoero ordinario (R.O) ;
- la distribuzione dei posti letto deve garantire la copertura del fabbisogno in ogni A.F.S.

2. una funzione zonale,

- **nella fase di stabilizzazione del recupero e reinserimento**, assicurata dai codici 56 in regime di degenza, domiciliare o residenziale, in modo integrato con i codici 75 di provenienza, garantita all'interno dell'ASL di appartenenza del cittadino .
- **nella fase degli esiti stabilizzati (Stati Vegetativi Permanenti – SVP -)** assicurata in strutture dedicate a valenza sanitaria-assistenziale presenti nel setting riabilitativo individuato dall'ASL di appartenenza del cittadino .

E' evidente che ai vari livelli del percorso, al cambiamento della condizione clinica e riabilitativa, il paziente può essere ripreso in carico dalla struttura riabilitativa di riferimento per cod. 75.

a)

B. Attuazione di un monitoraggio della fase degli esiti (dopo la dimissione dal codice 75) ed un governo dei medesimi in A.F.S. (RSA, domicilio, ADI, Centro comi, lungodegenza).

Tale attività viene garantita dalla S.C. di RRF dell'ASL di appartenenza del paziente che si avvale della consulenza della S.C. cod. 75 di riferimento al fine di garantire una continuità del progetto riabilitativo condiviso con i familiari .

Vista **l'emergenza di nuove gravi disabilità complesse di natura diversa da quelle tradizionalmente classificate come codice 75** nelle quali le problematiche riabilitative, cliniche e assistenziali sono però a questi assimilabili emerge la necessità di identificare un percorso riabilitativo clinico e assistenziale anche per patologie ad oggi orfane di tale integrazione.

In particolare, i pazienti interessati sono:

- pazienti con disabilità di origine neuro-muscolare di qualunque natura con associato deficit ventilatorio stabilizzato,
- pazienti con disabilità complessa post chirurgici (es: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare) complicati da insufficienza ventilatoria stabilizzata,
- pazienti con disabilità complessa in fase di post-rianimazione associata a insufficienza respiratoria stabilizzata.

Un modello sperimentale di gestione della predetta problematica in questa prima fase è rappresentato dalla Struttura sperimentata al S. Luigi finalizzata alla presa in carico di **pazienti ad alto impegno clinico-riabilitativo per disabilità complesse neuro-cardio-respiratorie** che tratta pazienti con caratteristiche analoghe a quelle individuate per le funzioni del COD. 75.

Sulla scorta degli esiti della sperimentazione ed in rapporto al fabbisogno rilevato, potrà essere valutata la necessità di individuare la presenza di altra/e realtà organizzative della fattispecie.

ATTIVITA ' RIABILITATIVE DI II° LIVELLO

Le attività di riabilitazione intensiva sono quelle dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico , in termini di precocità, complessità e/o di durata dell'intervento (questa ultima non inferiore a tre ore giornaliere di terapia specifica per singolo paziente).

Sono presenti in tutte le AFS ed in tutte le ASR con funzioni degenziali, domiciliari ed ambulatoriali.

L'approfondimento di questo settore rispetto alla problematica riabilitativa ha tenuto conto di alcune criticità dell'attuale sistema:

- degenza riabilitativa di II° e di I° livello scarsamente integrata con le ulteriori fasi riabilitative e assistenziali ;
- difficoltà di accesso con prolungamento della degenza presso reparti per acuti;
- necessità di distinguere cosa fa e per chi il I° livello rispetto al II° livello e rispetto alla lungodegenza ;
- inappropriato utilizzo delle funzioni degenziali sanitarie cod. 56 attualmente spesso unica risorsa per rispondere al bisogno assistenziale del paziente.

- ❑ è vincolante per l'ingresso del paziente nel percorso
- ❑ deve essere redatto dal fisiatra
- ❑ è requisito indispensabile per l'attivazione del percorso riabilitativo post-dimissione ed avviene con valutazione fisiatrica effettuata nel reparto per acuti.
- ❑ L'attuazione delle predette fasi presuppone la **coincidenza tra il "Progetto riabilitativo individualizzato" ed il "Progetto riabilitativo di struttura"**.

La riabilitazione di 2° livello è espletata negli ospedali sede di DEA e nei presidi pubblici e privati in collegamento funzionale con l'ospedale sede di DEA , nel rispetto dei seguenti criteri:

- 1- **L'accesso è vincolato ad un progetto riabilitativo fisiatrico individualizzato coerente al progetto di struttura (di norma 3 ore/ die).**
- 2- **L'attività di II° livello di degenza deve essere svolta in struttura unica, distinta dall'area per acuti, in quanto ha come elemento caratterizzante e/o risorsa guida la specifica dotazione di personale ed una propria assegnazione ed articolazione degli spazi, rapportata alle finalità proprie e dell'organizzazione del lavoro, tale da essere funzionale alla realizzazione del progetto riabilitativo dei singoli utenti mediante la coincidenza tra il progetto riabilitativo di struttura ed il progetto riabilitativo individuale.**
- 3- **La struttura organizzativa che svolge attività riabilitativa di 2° livello, quale identificata ai punti precedenti, per ragioni di efficacia e di efficienza, prevede di norma una dotazione di almeno 20 pl di ricovero ordinario (RO.)**
- 4- **La struttura organizzativa di cui ai punti precedenti, per un appropriato funzionamento rispetto alla propria mission deve assicurare che:**
 - a. **il 90% dei Pazienti che prende in carico riabilitativo provenga, su progetto riabilitativo, direttamente dalle degenze dei Reparti per acuti**
 - b. **non più del 10% dei Pazienti possono provenire, su progetto riabilitativo, dal domicilio (domicilio proprio, strutture socio-asistenziali a rilievo sanitario, etc..) o da strutture riabilitative di I° livello.**

Risulta evidente che in questo contesto è fondamentale **l'attuazione di un monitoraggio della vari fase degli esiti per un adeguato governo dei medesimi in A.F.S.** (RSA, domicilio, ADI, Centro comi, lungodegenza). Tale attività viene garantita dalla S.C. di RRF dell'ASL di appartenenza del paziente per quanto concerne gli aspetti clinici, e dal Distretto della stessa ASL per gli aspetti organizzativo-gestionali .

ATTIVITA ' RIABILITATIVE DI I° LIVELLO

Le attività di riabilitazione di 1° livello sono caratterizzate da un impegno terapeutico riabilitativo di 1 ora /die associato ad un intervento di assistenza sanitaria sulle 24/h verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa individuato nello specifico progetto riabilitativo.

Tali attività interessano pazienti con disabilità di entità rilevante, nell'immediata post-acuzie, croniche o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo, nonché pazienti con disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi di mantenimento o di prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito, non realizzabili in modo appropriato all'interno del setting complessivo.

Le attività riabilitative di 1° livello possono essere espletate nei presidi pubblici e privati in collegamento funzionale con l'Ospedale sede di DEA, nel rispetto dei seguenti criteri:

- 1. L'accesso è vincolato ad un progetto riabilitativo fisiatrico individualizzato coerente al progetto di struttura (1 ora/ die)**
- 2. L'attività di I° livello di degenza deve essere svolta in struttura unica, distinta dall'area per acuti, in quanto ha come elemento caratterizzante e/o risorsa guida la specifica dotazione di personale ed una propria assegnazione ed articolazione degli spazi, rapportata alle finalità proprie e dell'organizzazione del lavoro, tale da essere funzionale alla realizzazione del progetto riabilitativo dei singoli utenti mediante la coincidenza tra il progetto riabilitativo di struttura ed il progetto riabilitativo individuale.**
- 3. La struttura organizzativa che svolge attività riabilitativa di 1° livello, quale identificata ai punti precedenti, per ragioni di efficacia e di efficienza, prevede di norma una dotazione di almeno 20 pl di ricovero ordinario (RO.)**
- 4. La struttura organizzativa, quale identificata ai punti precedenti, per un appropriato funzionamento rispetto alla propria mission deve assicurare che:**
 - il 60% dei Pazienti che prende in carico riabilitativo provenga direttamente dalle degenze dei Reparti per acuti**
 - il 10 % dei Pazienti presi incarico riabilitativo può provenire direttamente dalle degenze dei Reparti di Riabilitazione di II° livello**
 - non più del 30 % dei Pazienti può provenire, su progetto riabilitativo, dal domicilio o da strutture di lungodegenza.**

Risulta evidente che in questo contesto è fondamentale l'**attuazione di un monitoraggio della vari fase degli esiti per un adeguato governo dei medesimi in A.F.S.** (RSA, domicilio, ADI, Centro comi, lungodegenza). Tale attività viene garantita dalla S.C. di RRF dell'ASL di appartenenza del paziente per quanto concerne gli aspetti clinici, e dal Distretto della stessa ASL per gli aspetti organizzativo-gestionali .

LUNGODEGENZA

Si conferma che l'attività di lungodegenza è così definita :

“La struttura organizzativa di Lungodegenza post-acuzie (cod.60) è inserita negli ospedali per acuti o in presidi indipendenti, ma con una specifica caratterizzazione ospedaliera ed in stretto collegamento funzionale ed operativo con l'area ospedaliera.

A tale struttura organizzativa sono destinati pazienti di ogni età che, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora, per un periodo protratto di tempo, di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni.

Poiché si tratta di una struttura nella quale i soggetti ricoverati provengono dalle differenti discipline specialistiche presenti nell'ospedale (ortopedia, cardiologia, neurologia, medicina, chirurgia, geriatria, ecc.) e in considerazione del fatto che la parte prevalente dei pazienti ricoverati è costituita da persone in età avanzata, portatrici di pluripatologie e di problemi clinico-assistenziali che richiedono una competente e continua sorveglianza medica, oltre che una costante assistenza infermieristica, la responsabilità della struttura organizzativa di Lungodegenza post-acuzie è preferenzialmente da affidare a medici con specializzazione geriatrica o internistica. La restante dotazione organica potrà essere differentemente costituita secondo la prevalenza delle patologie trattate.”

L'attività di lungodegenza opera in stretto collegamento funzionale e operativo sia con l'area ospedaliera per pazienti acuti sia con la Struttura Complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale.

PARTE B) ATTIVITA' RIABILITATIVE TERRITORIALI

LE ATTIVITA' RIABILITATIVE TERRITORIALI DI II° E DI I° LIVELLO

ATTIVITA' RIABILITATIVE – COD. 56

INTRODUZIONE

L'intervento nel settore del Recupero e Rieducazione Funzionale riveste peculiarità in quanto è finalizzato a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo il danno secondario curando la disabilità, al fine di contenere o ridurre le barriere e favorire la partecipazione attraverso un processo che rispetti tutti i passaggi/interventi necessari, sia per un compiuto intervento sanitario che per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

La struttura complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale, presente in tutte le AFS e in tutte le ASL, assicura la suddetta mission, esercitando le relative funzioni degenziali, domiciliari ed ambulatoriali, in modo da garantire, attraverso un setting riabilitativo completo, il percorso di tutte le disabilità e in tutte le età (per quanto concerne l'età evolutiva si rinvia al capitolo specifico).

La proposta tiene in debito conto alcune criticità dell'attuale sistema particolarmente significative:

- Funzioni riabilitative ambulatoriali di II° e di I° livello:
 - non univoca interpretazione circa le funzioni di 1° e 2° livello, sia pubblico che privato;
 - carenza / assenza di percorsi aziendali in rete, nello spirito dei L.E.A. , tra funzioni di II° livello e di I° livello e di una chiara definizione di chi fa che cosa;
 - carenza di linee guida condivise tra le strutture riabilitative ed i Medici di medicina generale;
 - eccesso di utilizzo di prestazioni per le disabilità minori , in particolare di terapia fisica strumentale, rintracciabile presso le strutture ambulatoriali con forte rischio di inappropriately soprattutto per le disabilità 5 e 6;
 - difficoltà di accesso alle strutture di II° livello con conseguente inappropriately clinico-gestionale
 - per le disabilità maggiori (2 – 3)
 - per le disabilità di entità più contenuta- acute (4) ;

- liste di attesa eccessivamente lunghe e scarsamente attendibili per la possibilità di prenotazione in più sedi;
- utilizzo inappropriato e/o disomogeneo del nomenclatore regionale e delle linee guida LEA per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali ;
- sistema di indicatori regionali, macchinosi e non coerenti con il mandato individuato nella D.G.R . 56-3322 del 3 luglio 2006, da rileggere al fine di individuare indicatori semplici e condivisi .

▪ Cure riabilitative domiciliari

- sono insufficienti e disomogenee
- scarsamente integrate con le restanti cure domiciliari
- non hanno una valorizzazione
- scarsa integrazione con tutte le fasi del percorso riabilitativo

• Percorsi di continuità assistenziale

- Eterogenei, in termini di attivazione e di funzionamento
- Carenti di sistemi di valutazione distrettuale /aziendale della disabilità.

Con riguardo alle funzioni riabilitative ambulatoriali l'analisi effettuata , che qui si richiama, ha tenuto conto, in particolare, della tipologia delle disabilità meno complesse, afferenti alle attività di RRF di 1° livello, che interessano pazienti

- con disabilità 4 (Entità contenuta-Recente insorgenza/rapida risoluzione in fase di recupero)
- con disabilità 5 (Entità contenuta- Cronica in fase di stabilizzazione)
- con disabilità 6 (Minimale – Cronica)

Ciò premesso l'analisi delle prestazioni riabilitative ambulatoriali effettuate sulla base del progetto riabilitativo, mette in evidenza :

- un costante incremento di pazienti e di visite specialistiche fisiatriche nell'ultimo triennio;

- una concentrazione di prestazioni sulle disabilità 4 (37,2% del totale prestazioni) e disabilità 5 (43,8% del totale prestazioni). Le prestazioni della disabilità 6 rappresentano circa il 6% del totale delle prestazioni;
- il 22,4% delle prestazioni erogate a pazienti con disabilità 5 sono rivolte a pazienti ultrasessantacinquenni;
- le prestazioni delle disabilità 4, 5 e 6 rappresentano l'87 % di tutte le prestazioni riabilitative ambulatoriali;
- il 79% delle prestazioni ambulatoriali totali è concentrato in 10 tipologie di prestazioni per disabilità 4, 5 e 6, che sono utilizzate diversamente dal pubblico e dal privato, facendo presupporre un possibile utilizzo inappropriato sotto il profilo clinico.

E' evidente che le attività sulle disabilità 4, 5 e 6 costituiscono un contenitore ad alto rischio di inappropriata clinica ed organizzativo-gestionale , in quanto da una parte emerge un forte intervento sulle disabilità 4 e 5, mentre la disabilità 6, , pur riguardando pazienti anziani con patologie croniche in costante e significativo aumento, rappresenta una parte marginale delle attività.

Una eventuale inappropriata clinica comporta anche inappropriata organizzativo-gestionale, che a sua volta induce variazioni alla mission del servizio , quale individuata a livello istituzionale .

RILETTURA ATTIVITA' RIABILITATIVE TERRITORIALI

PRINCIPI GENERALI

- **La mission:** è la presa in carico clinica, medico riabilitativa, del paziente con disabilità nella fase extraospedaliera.
- **La continuità:** è una modalità organizzativa che collega i diversi interventi riabilitativi tra loro e con le altre funzioni.
- **Il modello interdisciplinare ed interprofessionale:** è la modalità di risposta appropriata ai bisogni espressi dalla complessità della disabilità .
- **Il governo clinico:** è specifica responsabilità della funzione pubblica del servizio sanitario che deve garantire l'appropriatezza del percorso riabilitativo del paziente.

1) FUNZIONI RIABILITATIVE TERRITORIALI DI II° LIVELLO

Le funzioni riabilitative di 2° livello sono garantite in rete dalle strutture complesse pubbliche in quanto responsabili della presa in carico delle disabilità più complesse e, quindi, della realizzazione del progetto riabilitativo individuale.

Al fine di assicurare il pieno espletamento delle funzioni proprie del 2° livello, lo stesso interviene in tutte le fasi del processo di riabilitazione:

- **ospedaliera** = valutazione precoce della disabilità + attivazione del percorso post-dimissione elaborando un “progetto personalizzato” ed individuando la tipologia di struttura dove realizzarlo (coerenza tra progetto individuale e progetto di struttura, come da Linee guida ministeriali).
- **domiciliare** = valutazione e gestione di disabilità anche complesse in fase post-acute o di stabilizzazione (disabilità 2-3), con bisogni sanitari ed assistenziali gestibili a domicilio.
- **semiresidenziale o residenziale** = valutazione e gestione di disabilità complesse (disabilità 3) in fase di stabilizzazione, per il mantenimento e la prevenzione di danni secondari, presso RSA, RAF, Centri Diurni e Strutture per stati vegetativi permanenti.
- **ambulatoriale** = valutazione e gestione di disabilità complesse in fase post-acute o di stabilizzazione (disabilità 2-3) nelle quali il trattamento ambulatoriale è appropriato, nonché valutazione e gestione di disabilità acute o croniche di entità contenuta (disabilità 4-5).

Le funzioni di II° livello espletate con modalità degenziali assicurano gli interventi riabilitativi sia ai pazienti ricoverati nei vari reparti di degenza, sia ai pazienti degenti presso propri posti letto (struttura complessa di RRF con posti letto).

Non si entra nel dettaglio delle funzioni degenziali per le quali si rimanda al Capitolo specifico dedicato all'area ospedaliera e di cui al presente Allegato.

Le attività riabilitative territoriali di 2° livello sono prioritariamente destinate a pazienti:

- con disabilità 2 (Grave–Postacuta-Fase di recupero)
- con disabilità 3 (Grave– Cronica -Fase di stabilizzazione)
- con disabilità 4 (Entità contenuta-Recente insorgenza/rapida risoluzione in fase di recupero)

Le attività sono assicurate con le seguenti modalità organizzative :

- in ambulatorio
- a domicilio
- c/o strutture residenziali (RSA / RAF)
- c/o strutture semiresidenziali (Centri Diurni, ecc..)
- nei Centri per stati vegetativi permanenti

2) FUNZIONI RIABILITATIVE TERRITORIALI DI I° LIVELLO

Le funzioni riabilitative di I° livello sono funzioni garantite dal S.S.R. alle quali concorrono anche le Strutture private accreditate con garanzia del percorso e presa in carico delle disabilità , con accordi locali a livello di A.S.L. per l'individuazione del volume e della tipologia di prestazioni da assicurare ai pazienti.

Le attività riabilitative territoriali di I° livello sono prioritariamente destinate a pazienti:

- con disabilità 4 (Entità contenuta-Recente insorgenza/rapida risoluzione in fase di recupero)
- con disabilità 5 (Entità contenuta - Cronica in fase di stabilizzazione)
- con disabilità 6 (Minimale – Cronica)

Le attività sono assicurate con modalità ambulatoriali.

La funzione ambulatoriale deve essere svolta in modo integrato con le funzioni di II° livello di riferimento territoriale , per la corretta risposta alle disabilità 4 e 5, ma soprattutto alla disabilità 6 .

Le azioni individuate quali necessarie per garantire l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativo-gestionale e il monitoraggio delle attività di 2° e 1° livello saranno oggetto di specifico approfondimento e di successiva direttiva regionale e vedranno il coinvolgimento degli specialisti fisiatri operanti sia nelle strutture pubbliche che private accreditate, dei medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali, nonché rappresentanti di Distretto.

3) CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DI APPROPRIATE MODALITA' ORGANIZZATIVE DELLE FUNZIONI RIABILITATIVE TERRITORIALI DI II° E DI I° LIVELLO

Premesso quanto sopra e vista la crescente complessità nella valutazione globale e nella organizzazione di appropriate risposte alla disabilità, è necessario che la rilettura della presa in carico avvenga anche in funzione dell'invecchiamento della popolazione, della fragilità crescente del nucleo familiare, del conseguente impatto sul sistema sanitario ed assistenziale .

I cardini fondamentali dell'organizzazione devono prevedere l'interazione tra il Distretto e la struttura complessa di RRF al fine di assicurare:

- la valutazione della risposta organizzativa più coerente con il bisogno riabilitativo individuato
- la multidisciplinarietà nella attuazione del progetto personalizzato di cura-assistenza
- la valutazione d'efficacia degli interventi da parte di tutti gli erogatori pubblici e privati
- l' interazione in rete delle attività di riabilitazione dell'età evolutiva

Risulta evidente che in questo contesto il **ruolo del Distretto**, come già indicato in premessa al presente Allegato, è quello di promuovere e supportare i percorsi organizzativi , attraverso le sue funzioni di sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione di outcome relativi alla popolazione generale, e di programmazione.

Accanto al ruolo del Distretto è fondamentale il ruolo del Garante del percorso riabilitativo, in termini di individuazione dei bisogni specifici del paziente oggetto di valutazione, e responsabile del "governo" delle necessarie risposte in quanto responsabile del progetto di continuità delle cure, assicurato dallo specialista in medicina fisica e riabilitazione della struttura complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'A.S.L. di appartenenza del paziente.

Tra le attività riabilitative territoriali, oltre alle funzioni riabilitative ambulatoriali di cui ai precedenti capitoli 1) e 2), alcune tematiche quali:

- *funzioni domiciliari riabilitative*
- *funzioni riabilitative in strutture residenziali e semiresidenziali*
- *ruolo degli ausili all'interno del progetto riabilitativo*
- *funzioni riabilitative in età evolutiva*

per la loro peculiarità, necessitano di specifici successivi approfondimenti , che dovranno essere realizzati nel rispetto dei seguenti principi e criteri:

FUNZIONI RIABILITATIVE DOMICILIARI

- **Le funzioni riabilitative domiciliari devono essere garantite** in tutte le ASL regionali e devono far parte integrante delle attività di cure domiciliari nel rispetto della DGR 62-9692 del 16.06.2003
- Le cure domiciliari riabilitative devono essere individuate come una delle azioni prioritarie delle funzioni delle strutture di RRF di II° livello
- I criteri di priorità da considerare per l'intervento riabilitativo domiciliare sono:
 - gravità della disabilità
 - recente insorgenza
 - medio alto gradiente di modificabilità in tempi definiti.
- Previsione e realizzazione di un **collegamento organizzativo e tecnico fra i servizi RRF e quelli di Cure Domiciliari**
- **L'appropriatezza clinica e gestionale** deve essere monitorata e valutata attraverso specifici indicatori
- Realizzazione di un specifico sistema di **rilevazione dell'attività svolta**

FUNZIONI RIABILITATIVE IN STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Le funzioni riabilitative su pazienti in strutture residenziali e semiresidenziali devono derivare da un progetto riabilitativo individuale. A tal fine

- ❖ deve essere previsto un **collegamento fra i Servizi RRF e le Unità di Valutazione territoriali aziendali;**
- ❖ deve essere monitorata e valutata **l'appropriatezza clinico-gestionale** attraverso specifici indicatori;
- ❖ deve essere previsto uno specifico sistema di **rilevazione dell'attività svolta.**

RUOLO DEGLI AUSILI ALL'INTERNO DEL PROGETTO RIABILITATIVO

Negli ultimi anni è sempre più diffusa, ma ancora in modo non soddisfacente, la consapevolezza **dell'importanza non secondaria che rivestono le tecnologie di aiuto (protesi, ortesi, ausili) nel Progetto riabilitativo.**

La rilevanza implica:

- la valutazione del soggetto con disabilità in rapporto all'ambiente in cui vive,
- l'analisi dei problemi che riducono l'autonomia e la partecipazione,
- l'individuazione di un ausilio utile per limitare o rimuovere questi ostacoli, per facilitare alcune funzioni perse o per incrementare l'attività di relazione, per ridurre il carico assistenziale,
- la predisposizione di un programma riabilitativo e di addestramento all'uso dell'ausilio,
- la verifica della sua efficacia e utilità immediate e nel tempo,
- la disponibilità di competenze e conoscenze che derivano dall'esperienza e da un processo di formazione continua.

Ne consegue la necessità di attivare un processo che tenga conto dei seguenti **obiettivi:**

- **inserire l'ausilio nel progetto riabilitativo individualizzato**
- **facilitare le procedure prescrittive ed autorizzative**
- **favorire il riutilizzo degli ausili per evitare sprechi**
- **monitorare i dati di prescrizione e utilizzo ausili**
- **acquisire e adeguare competenze e conoscenze.**

La rilettura di questo capitolo deve tenere conto di **alcune criticità particolarmente significative dell'attuale sistema** quali :

- inadeguatezza tecnico-scientifica e procedurale del nomenclatore nazionale delle protesi (D.M. 332/99);
- disomogeneità di comportamento delle ASL regionali nel percorso che va dalla prescrizione al collaudo dell'ausilio/protesi;

e, nel contempo deve **prevedere specifiche azioni di miglioramento e di sviluppo** relativamente a:

- sistema di valutazione di efficacia, di utilità degli ausili/protesi e di qualità del sistema di fornitura
- appropriatezza prescrittiva
- sistema di informazione e formazione dei prescrittori, autorizzatori e degli utenti , che preveda anche l'attivazione e lo sviluppo di una rete pubblica di ausilioteche.

FUNZIONI RIABILITATIVE IN ETÀ EVOLUTIVA

La **riabilitazione in età evolutiva** rappresenta un'area di particolare complessità che richiede pertanto una trattazione specifica per definirne caratteristiche ed orientamenti clinico-organizzativi.

Va considerato in premessa il concetto di “**Patologie dello Sviluppo**” cioè di tutte quelle condizioni che rallentano, alterano o impediscono la fisiologica maturazione psicofisica del soggetto e l'acquisizione piena delle sue autonomie funzionali.

E' di queste patologie che la **Riabilitazione in Età Evolutiva** si deve prendere cura, con la consapevolezza che *riabilitare* non significa solo riparare un danno o ripristinare una funzione, ma vuol dire *evocare competenze, impedire regressioni funzionali, assicurare i necessari apporti sul piano psicologico, sociale ed educativo*.

E' pertanto un processo complesso teso a promuovere lo sviluppo globale, l'autonomia, la comunicazione e la migliore qualità di vita possibile per il minore e la sua famiglia.

Caratteristiche fondamentali di questo processo sono il suo **carattere olistico** (si rivolge al bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale) ed **ecologico** (coinvolge la famiglia e il contesto ambientale e sociale).

Le "Patologie dello sviluppo" che richiedono una presa in carico riabilitativa sono principalmente:

- ❖ il ritardo mentale
- ❖ i disturbi pervasivi dello sviluppo
- ❖ i disturbi specifici (di apprendimento, di linguaggio, disprassie)
- ❖ le patologie motorie disabilitanti non temporanee (per es.: P.C.I., Malformazioni del Sistema Nervoso Centrale, esiti di meningo-encefaliti, tumori, traumi cranio-encefalici, complicanze neurologiche di malattie sistemiche, etc.....)
- ❖ patologie neurosensoriali (sordità, etc...)

Elementi imprescindibili per la corretta realizzazione dello stesso sono:

- competenze professionali specifiche;
- organizzazione multiprofessionale ed interdisciplinare dell'attività;
- orientamento dell'intervento all'ambiente di vita;
- alto coinvolgimento e partecipazione della famiglia

Le figure professionali coinvolte nella presa in carico di queste patologie sono molteplici, alcune con **ruoli prevalenti** (*neuropsichiatra infantile, Fisiatra, Psicologo, Fisioterapista, Terapista della Neuropsicomotricità, Logopedista, Educatore*), altre con funzioni di **consulenza specifica** (*Oculista-Oftalmologo, Foniatra, Ortopedico, Ortottista, etc...*).

Agli uni e agli altri è richiesta una esperienza e competenza specifica per le patologie e per l'età evolutiva, che non può esaurirsi in una generica competenza di disciplina, ed una attitudine al "lavoro integrato" che superi la dimensione della prestazione professionale "solitaria", che esaurisce l'intervento nel proprio specifico professionale.

Nella presa in carico multiprofessionale non si opera , infatti, con il principio della "consulenza" , ma della condivisione.

L'INTERVENTO NELL'AMBIENTE DI VITA.

La prestazione ambulatoriale rappresenta soltanto una, seppur importante, delle attività che concorrono a costituire il progetto riabilitativo.

L'intervento, infatti, va collocato in misura rilevante nell'ambiente di vita con presa in carico dei caregivers, con attenzione allo sviluppo e al sostegno di tutte le opportunità ambientali e al superamento delle barriere allo sviluppo.

IL " PROCESSO RIABILITATIVO "

Attualmente esiste , a livello regionale , una **difforme modalità di risposta al bisogno riabilitativo in età evolutiva** , con la compresenza di modelli moderni ed adeguati accanto ad altri insufficienti

- per la carenza di programmazione regionale
- per una scarsa attenzione ai modelli organizzativi proposti .

La dimensione organizzativa ed il sistema delle responsabilità deve rispettare i criteri della Multiprofessionalità e della Interdisciplinarietà, fermo restando il principio che la **Riabilitazione in Età Evolutiva** trova nell'Area Materno Infantile la sua collocazione naturale .

La declinazione del Progetto nei suoi vari **aspetti** (*rieducativo, educativo, assistenziale*) , nelle varie **disabilità** (*cognitiva, comunicativa, motoria, psicomotoria, relazionale*) , nei diversi **momenti esistenziali** (*nascita, primi anni, seconda infanzia, adolescenza*) vedrà Responsabilità ,Referenze e Interventi differenti, nel rispetto dei bisogni prevalenti dei pazienti e della loro famiglia e delle competenze dei diversi professionisti.

Più in specifico , **il percorso di riabilitazione in età evolutiva deve garantire:**

- il collegamento di **tutte le fasi di sviluppo del recupero globale del bambino e della sua integrazione**
 - **attraverso un modello flessibile interprofessionale ed interdisciplinare** , come previsto già dal 1994 dalla specifica D.G.R. n. 236-34252 del 27/4/94 e dalla D.G.R. N. 36-27998 del 2/08/1999 , con l'obiettivo della integrazione professionale e della appropriatezza clinico-gestionale,
 - **con il superamento di modelli rigidi specialistici autoreferenziali;**
- la sua realizzazione attraverso una **interazione in rete**
 - **delle strutture sanitarie e dei suoi operatori** (Pediatra di libera scelta, S.C. di N.P.I. , S.C. di R..R..F., S.C. di Medicina legale, Servizio Protesica , Consulenze specialistiche, Servizio di Psicologia, Distretto ecc.) **a garanzia del percorso sanitario,**

➤ **delle agenzie non sanitarie** (Servizi sociali, scuola, volontariato, associazioni, ecc.) **a garanzia del percorso “socio-assistenziale “;**

- il **progetto riabilitativo** e la conseguente **presa in carico appropriata nel tempo del bambino nella sua evoluzione , individuando il medico referente e responsabile del caso** (case manager);
- **la continuità del percorso di cure nel passaggio tra l’età evolutiva e l’età adulta;**
- **l’attuazione di percorsi riabilitativi domiciliari in descritte situazioni e disabilità;**
- il recupero funzionale del bambino con **percorsi facilitati ed integrati orientati anche alla fornitura di ausili tecnologicamente adeguati alle abilità del bambino , al suo bisogno assistenziale specifico ed allo specifico adattamento ambientale;**
- la messa in rete di **specifiche competenze** , valutative e riabilitative, sviluppate “storicamente” nelle strutture sanitarie a livello Regionale ;
- **a livello Regionale specifiche funzioni specialistiche** sovrazionali per soddisfare parte dei bisogni che attualmente ricercano una risposta al di fuori della nostra Regione.

Risulta evidente che in questo contesto è fondamentale **l’attuazione ed il consolidamento di un monitoraggio delle varie fasi del percorso, anche attraverso specifici strumenti informativi/informatici (es.: sistema npinet).**

Risulta altresì fondamentale lo strumento dell’Osservatorio Regionale della disabilità in età evolutiva (collegato naturalmente all’età adulta) con utilizzo di codifiche omogenee.

LA RETE DELLE “ UNITÀ DI OFFERTA ”

Il cittadino deve poter trovare **un’unità di offerta** riabilitativa per l’età evolutiva ad una distanza territoriale sostenibile, in considerazione della cronicità del problema; favorire l’accessibilità tuttavia non deve determinare **frammentazione dell’offerta** con conseguente penalizzazione della sua qualità .

L’unità di offerta deve garantire infatti la presenza , preferibilmente in un unico luogo, di tutti gli operatori specificamente formati e dedicati, ancorché non in forma esclusiva .

Data la complessità dei bisogni e la necessità di disporre di unità di offerta a maggiore specializzazione su alcuni problemi di salute o su aspetti specifici occorre identificare dei nodi nella rete regionale che, per specifiche competenze, possano funzionare da riferimento .

FORMAZIONE.

Un’attenzione particolare va attribuita alla **formazione** per gli operatori coinvolti nel processo riabilitativo in età evolutiva.

L’aspetto formativo va orientato:

- 1) all’acquisizione di competenze specifiche per rispondere in modo qualificato ed innovativo ai difficili problemi posti dalle **patologie dello sviluppo** e deve riguardare tutte le professionalità potenzialmente coinvolte nel processo assistenziale (NPI, Fisiatri, Psicologi, Oculisti, Ortopedici, Fisioterapisti, Terapisti nella neuropsicomotricità in età evolutiva, Logopedisti);
- 2) all’acquisizione di competenze e di attitudini al “lavorare insieme”, alla presa in carico delle patologie complesse, alla gestione per processi dei problemi di salute;

3) acquisizione competenze specifiche per utilizzo di strumenti di valutazione e classificazione (ICD 10, ICF e/o acquisizione esperienze significative).

Le azioni individuate quali necessarie per garantire l'appropriatezza organizzativo-gestionale ed il monitoraggio delle attività riabilitative sull'età evolutiva saranno oggetto di specifico approfondimento e di successive direttive regionali e vedranno il coinvolgimento sia delle figure professionali coinvolte nella presa in carico dei pazienti sia del Distretto.

Riferimenti normativi e bibliografici

- ❖ Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità";
- ❖ Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione – Provvedimento 7 maggio 1998
- ❖ Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni – Accordo Stato-Regioni 4 aprile 2002;
- ❖ P.S.N. 2003-2005;
- ❖ P.S.N. 2006-2008;
- ❖ P.S.S.R. 2006-2010 – Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale - ;
- ❖ Modello operativo per il coordinamento e l'integrazione tra i servizi di Recupero e riabilitazione funzionale e di Neuropsichiatria infantile – D.G.R. n. 236-34252 del 27 aprile 1994;
- ❖ Direttive alle Aziende Sanitarie Regionali per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale - D.G.R. n. 40-28002 del 2.08.1999 –
- ❖ Sviluppo della rete regionale di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza: indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali – D.G.R. N. 36-27998 del 2/08/1999.
- ❖ Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio delle attività delle strutture sanitarie pubbliche e private - D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.2000;
- ❖ Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale - D.G.R. n. 49-6478 del 1.07.2002 ;

- ❖ Programma Nazionale Linee Guida “Epidemiologia e Fabbisogno assistenziale del TCE in Italia” – 2000/ 2002 -.
- ❖ Progetto Gracer (Gravi cerebrolesioni Emilia- Romagna) : la rete riabilitativa - 2001 / 2002 -.