

**“Linee di indirizzo per l’individuazione di
percorsi appropriati nella rete di
riabilitazione”**

Sommario

1. IL SISTEMA DI RIABILITAZIONE.....	4
1.1 Premessa	4
1.2 Classificazione delle attività riabilitative.....	7
2. ATTIVITA' RIABILITATIVA OSPEDALIERA.....	9
2.1 Premessa	9
2.2 Piano locale per l'assistenza riabilitativa e modalità di accesso.....	9
2.3 Attività di riabilitazione intensiva a maggiore o minore complessità (cod. 56a e cod. 56b) e attività estensiva (cod. 56c) esclusa l'attività riabilitativa di alta specializzazione (vedi paragrafo 4)	10
2.3.1 Requisiti per l'accesso appropriato.....	10
2.3.2 Requisiti generali di processo	11
2.3.3 Livelli di intensità assistenziale.....	12
2.3.4 Requisiti organizzativi e strutturali generali.....	144
3. DEGENZA IN RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	16
3.1 Percorso riabilitativo delle persone con lesione midollare traumatica e non traumatica (codice 28).....	16
3.1.1 Definizione	16
3.1.2 Criteri di accesso.....	16
3.1.3 Criteri di dimissione	17
3.2 Percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite (codice 75).....	17
3.2.1 Definizione di Unità Gravi Cerebrolesione codice 75	17
3.2.2 Criteri di accesso.....	18
3.2.3 Criteri di dimissione	18

3.3 Percorso riabilitativo delle persone con turbe cognitivo-comportamentali acquisite	19
3.3.1 Razionale e Definizione.....	19
3.3.2 Accesso.....	19
3.3.3 Dimissione.....	20
4. IL DH RIABILITATIVO	21
4.1 Caratteristiche del Day hospital riabilitativo	21
4.2 Accesso al ricovero riabilitativo in regime diurno.....	21
4.3 Elementi del processo riabilitativo	22
5. ATTIVITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE	23
5.1 La riabilitazione ambulatoriale	223
5.2 La riabilitazione domiciliare.....	24
5.3 La riabilitazione intensiva ed estensiva in strutture residenziali e semiresidenziali.....	25
5.4 La riabilitazione sociosanitaria	26
6. APPENDICE	227
LE STRUTTURE EX ART. 26.....	27

1. IL SISTEMA DI RIABILITAZIONE

1.1 Premessa

La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini.

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.

In Italia, l'evoluzione dei sistemi di tutela della salute, è stata ben più lenta dell'evoluzione della struttura demografica ed epidemiologica della popolazione che vive nel nostro Paese e il Ssn comincia ad essere in grado di contrastare i fenomeni della disabilità, del deterioramento e dell'invecchiamento.

Lo Stato e le Regioni hanno cominciato a prendere in considerazione l'organizzazione del sistema riabilitativo nel 1998 con le prime Linee Guida sulla Riabilitazione - d'ora in avanti Linee Guida (approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 1998, riportate sulla G.U. n. 124 del 30 maggio 1998) attraverso la definizione di una strategia riabilitativa che avesse quali "punti fermi":

1. la presa in carico individuale;
2. la valutazione multidimensionale;
3. l'elaborazione di un progetto riabilitativo;
4. l'esecuzione di dettagliati programmi di intervento.

Le Linee guida sulla riabilitazione distinguono tra:

1. attività **sanitarie** di riabilitazione: che comprendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, etc);
2. attività di riabilitazione sociale: le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap.
3. Le stesse linee guida sottolineano la necessità di una stretta integrazione tra i due momenti, con la 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. Analogamente, risulta necessaria una integrazione organica degli interventi e dei servizi sociali e sanitari con quelli scolastici, professionali e lavorativi da perseguire con l'offerta di opportunità nei diversi stadi ed ambiti della vita, dalla prima infanzia

all'età adulta e anziana, nella scuola, nella qualificazione professionale, nel lavoro, sia sotto il profilo del primo inserimento che del reinserimento.

1. Le Linee Guida hanno rappresentato un documento di riferimento importante per gli aspetti relativi ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo. Tuttavia, non sono state sufficienti a definire quelli che dovevano essere gli outcome degli interventi stessi e nemmeno a fornire adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza delle attività erogate a favore della persona, per rispondere meglio alle sue esigenze di salute ed ai suoi bisogni sociali. Inoltre, non tutte le realtà regionali hanno applicato le Linee Guida e le Regioni che le hanno applicate lo hanno fatto in maniera disomogenea, trattando il tema nei propri piani sanitari ma, spesso, senza identificare una strategia coerente ed organica del sistema riabilitativo.
2. Nel 2011 la Conferenza Stato-Regioni, al fine di migliorare i sistemi riabilitativi sviluppati dalle diverse Regioni italiane ed offrire ai cittadini maggiore omogeneità di prestazioni, accuratezza e appropriatezza delle stesse, anche in un quadro di rigore finanziario dettato dalla situazione economica italiana ed europea, ha approvato il Piano di Indirizzo (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR) che afferma i seguenti principi:
 1. adozione del modello bio-psico-sociale indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, con l'ICF per la valutazione delle condizioni della persona da riabilitare;
 2. scopo della riabilitazione come "guadagno di salute" che si raggiunge rendendo sinergici i "percorsi riabilitativi" anche con componenti non sanitarie del processo riabilitativo;
 3. interdisciplinarietà dell'approccio riabilitativo con l'apporto di diverse professionalità con specifica formazione:
 - a) assessment della persona da prendere in carico relativamente al suo funzionamento prelesionale, alla disabilità, complessità clinica, multimorbidità, condizioni familiari e sociali con definizione della prognosi di recupero funzionale;
 - b) appropriatezza dell'intervento riabilitativo con l'individuazione del setting assistenziale più adeguato alle reali necessità del paziente;
 - c) continuità dell'attività riabilitativa nel passaggio ospedale – territorio attraverso un percorso riabilitativo unico nell'ambito della Rete di riabilitazione caratterizzata anche da un'organizzazione dipartimentale delle attività.

Per la realizzazione dei principi generali, il Piano individua strumenti e metodi quali:

1. la definizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI) che indichi la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari attraverso l'applicazione dei parametri di menomazione, limitazione delle attività e restrizione della partecipazione elencati nella *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF);
2. la definizione di un percorso riabilitativo unico, all'interno della rete riabilitativa integrata, che individui il setting più appropriato e preveda l'utilizzo di adeguati strumenti di valutazione per monitorare le fasi di passaggio tra i diversi setting riabilitativi;
3. la definizione di specifici Programmi riabilitativi nelle diverse aree di intervento da parte della struttura/servizio che ha preso in carico il paziente;

4. l'implementazione ed omogeneizzazione delle procedure di accreditamento delle strutture e servizi della riabilitazione per rendere trasparenti e verificabili competenze, dotazioni e capacità operative, in funzione della creazione della Rete e della fattibilità del percorso riabilitativo unico.

Nell'approvazione dell'accordo di cui sopra, si è convenuto che le regioni dovessero riorganizzare i loro sistemi secondo i principi contenuti nel Piano di indirizzo, fermo restando che lo Stato avrebbe provveduto a monitorare l'adeguatezza delle fasi di implementazione da parte delle Regioni.

Il Piano, dunque, impegnava le Regioni che già disponevano di risorse riabilitative a metterle "in rete" organizzando i percorsi riabilitativi in base ai criteri sopra indicati, ma soprattutto a "governare" gli accessi ai percorsi in modo da raggiungere la maggior appropriatezza insieme a condizioni economiche sostenibili.

Anche l'applicazione del Piano di indirizzo risulta, a diversi anni di distanza dalla sua approvazione, alquanto disomogenea. Oggi, di fronte a prestazioni uguali o simili erogate da strutture riabilitative, troviamo una molteplicità di denominazioni, con la difficoltà di riportare a sistema gli interventi e di offrire correttezza e appropriatezza nelle risposte ai bisogni espressi dai cittadini. Anche le normative sull'accREDITamento, pur prendendo spunto dal medesimo provvedimento legislativo nazionale, non sono state in grado, nell'attuazione regionale, di risolvere questo problema.

Il risultato è che ci troviamo di fronte a volumi di attività e distribuzione dei servizi molto sbilanciati fra le diverse regioni e, talvolta, tra aree diverse della stessa regione, con interventi che molte volte privilegiano il regime di ricovero ospedaliero e altre volte quello ambulatoriale e territoriale.

Anche la continuità assistenziale, perseguita negli indirizzi, è spesso realizzata attraverso la somma dei diversi interventi/prestazioni e non mediante una coerente continuità operativa per raggiungere gli obiettivi previsti dal PRI come definito nelle linee guida. Infatti, il percorso di presa in carico globale della persona, dalla valutazione del bisogno riabilitativo fino alla conclusione dell'intervento, evidenzia molte lacune, specie sotto il profilo della prevenzione o degli interventi precoci, e la mancanza di un collegamento organico tra le diverse fasi compromette la continuità assistenziale e ostacola una piena ripresa della persona riabilitata. Per ovviare a questa difficoltà, il Piano di indirizzo proponeva l'istituzione dei Dipartimenti di riabilitazione "a garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo" e della "forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio, secondo i principi di efficienza e di appropriatezza". Nel ribadire l'attualità e l'importanza degli obiettivi indicati dal Piano di indirizzo in materia di continuità assistenziale, alla luce di quanto accaduto in questi anni sembra necessario un percorso graduale che conduca a tale soluzione organizzativa e che consenta di superare la distanza tra le unità operative ospedaliere e i servizi di tipo distrettuale (ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali), caratterizzati da responsabilità gestionali diverse, da budget separati, da strumenti di valutazione autonomi e criteri di ammissione/dimissione non assimilabili. Potrebbe essere utile, quindi, iniziare il percorso dalla predisposizione, approvazione e implementazione dei PDTA riabilitativi per le principali patologie e condizioni e dalla condivisione degli strumenti (scale di valutazione e modalità di redazione del Progetto riabilitativo individuale) volti a favorire l'integrazione dei percorsi.

Infine, sotto l'aspetto economico, si registra una pluralità di tariffazioni diverse talvolta anche all'interno della stessa regione, ancor più nella riabilitazione territoriale. Questo rende necessaria una più corretta ed omogenea codifica delle attività riabilitative ospedaliere attribuibili ai codici 56, 60, 75 e 28, così come nella classificazione dei trattamenti riabilitativi territoriali in termini di contenuti e di risorse impiegate. Da questo punto di vista, l'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza rappresenta un sensibile passo avanti

verso l'adozione di criteri di classificazione omogenei sul territorio nazionale. Un ulteriore contributo significativo sarà, per l'area territoriale, la messa a punto del nuovo flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in ambito territoriale previsto dall'articolo 5, comma 22, del Patto per la salute 2014-2016 ed approvato dalla Cabina di Regia del NSIS. La realizzazione del flusso, infatti, renderà finalmente disponibili informazioni puntuali e omogenee sui pazienti assistiti dai servizi territoriali in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, sul loro bisogno riabilitativo all'inizio del trattamento e in occasione delle rivalutazioni periodiche, sulle prestazioni erogate.

A completamento del quadro va ancora ricordato che, nella maggior parte della casistica, per migliorare l'*outcome* funzionale della persona, è fondamentale la prescrizione, all'interno del Progetto riabilitativo individuale (PRI), di ausili, protesi ed ortesi, individuati dall'apposito nomenclatore nazionale e dal loro collaudo (quando previsto) con la verifica contemporanea della efficacia/efficienza. Anche in quest'ambito si deve rilevare una forte disomogeneità territoriale, nell'individuazione dei fornitori, nelle modalità di acquisizione dei dispositivi di serie, nei tempi e nelle procedure di erogazione, nei prezzi di acquisto, e anche in quest'ambito ci si augura che l'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA, che ha previsto specifiche "Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi medici monouso", possa migliorare la situazione.

1.2 Classificazione delle attività riabilitative

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011, l'attività riabilitativa può essere classificata secondo: a) livello di intensità; b) regime di erogazione, c) fase dell'intervento.

- a. Livello di intensità
 - riabilitazione intensiva (che include la riabilitazione per gravi disabilità cardio-respiratorie)
 - riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (destinata alle persone affette da mielolesioni acquisite, gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici, turbe neuropsicologiche acquisite)
 - riabilitazione estensiva
 - socio-riabilitazione di lunga durata
- b. Regime di erogazione
 - assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (day hospital)
 - assistenza specialistica ambulatoriale/day service presso ambulatori di medicina fisica e riabilitazione;
 - assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale;
- c. Fase dell'intervento
 - fase immediatamente successiva all'esordio della patologia disabilitante
 - fase di completamento del processo di recupero
 - fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità

In genere, il maggior bisogno di interventi riabilitativi a carattere intensivo si osserva nella fase di post-acuzie immediatamente successiva ad un evento disabilitante (evento indice) mentre nelle fasi successive è più frequente la necessità di interventi di tipo estensivo, caratterizzati da un minore impegno di risorse in un arco temporale maggiore. Vi sono anche condizioni che sfuggono a questa suddivisione, richiedendo minore intensità riabilitativa nonché minore consumo di risorse già nella fase di immediata post-acuzie. Ad esempio, in una persona anziana con esiti di frattura di femore e limitata potenzialità di recupero, può essere appropriato un intervento di riabilitazione estensiva per una stabilizzazione clinica e un recupero parziale di autonomia, seguito dalla dimissione e dall'eventuale presa in carico da parte dei servizi territoriali. Anche l'associazione tra la riabilitazione intensiva e il regime di ricovero ospedaliero (e parallelamente, la riabilitazione estensiva e il regime territoriale) è un'associazione spesso fallace. Come si vedrà, la scelta del regime ospedaliero o territoriale dipende sostanzialmente dalle condizioni cliniche generali del paziente e dal bisogno di un elevato impegno valutativo e/o terapeutico che richiede una sorveglianza medico-infermieristica h24.

Le tipologie di prestazioni sopra indicate devono trovare una corretta ed omogenea codificazione nell'ambito del sistema informativo; in sede ospedaliera il riferimento è al sistema di classificazione ICD9-CM e per gli aspetti remunerativi al sistema DRG (*Diagnosis-related group*) e MDC (*Major Diagnostic Category*), in sede di assistenza specialistica ambulatoriale il riferimento è il sistema di classificazione ICD9-CM riportata nei nomenclatori specialistici nazionale e regionale. Si ritiene necessario, in futuro, giungere al superamento dell'attuale sistema di rilevazione e di remunerazione dell'attività riabilitativa strutturato in funzione dei diversi setting assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale, ecc.), per avvicinarsi a un modello che identifichi e remunerati l'intero "percorso" riabilitativo per patologia o condizione e per impegno assistenziale correlato; in questa prospettiva la remunerazione dovrebbe includere le fasi del ricovero ospedaliero in acuto, del ricovero ospedaliero in reparto di riabilitazione con codice XX, del trattamento in ricovero diurno (se previsto) o in ambulatorio (se previsto) o a domicilio (se necessario) o in residenza (se necessario). La realizzazione operativa dell'ipotesi delineata comporterebbe la necessità di identificare il soggetto responsabile della organizzazione e gestione del percorso stesso e, conseguentemente, della attribuzione delle quote tariffarie ai diversi soggetti coinvolti. Un contributo fondamentale per la revisione del sistema di classificazione e remunerazione degli interventi riabilitativi potrebbe essere fornito dall'introduzione di una Scheda di dimissione degli interventi di riabilitazione ospedaliera (SDO-R) che consenta di rilevare l'efficacia del trattamento riabilitativo attraverso il confronto tra le condizioni funzionali del paziente, misurate con adeguati strumenti e scale standardizzate, all'ingresso e alla dimissione dalla struttura di riabilitazione. In prospettiva, l'introduzione della SDO-R consentirebbe altresì di introdurre nuove forme di premialità/remunerazione in relazione agli esiti.

2. ATTIVITA' RIABILITATIVA OSPEDALIERA

2.1 Premessa

E' necessario rendere omogenee, secondo quanto previsto dal Piano di indirizzo, le modalità di utilizzo dei posti letto ospedalieri, ordinari e diurni, di riabilitazione intensiva e di riabilitazione estensiva (definiti dal cod. 56) e di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (definiti dai codici 28 e 75), attraverso l'individuazione dei criteri di appropriatezza legati alla tipologia delle patologie disabilitanti (neurologiche, ortopediche, ecc.) ed alle condizioni del paziente sotto il profilo clinico funzionale.

Tale individuazione può avvenire solo tramite un'adeguata valutazione degli elementi clinico-funzionali e sociali dai quali deve scaturire il PRI che permetterà la scelta del setting più appropriato di cure riabilitative in regime di ricovero. Risulta quindi evidente che solo attraverso il progetto riabilitativo elaborato in collaborazione con il medico specialista in riabilitazione, così come definito nelle Linee guida e nel Piano di indirizzo, si potrà avere un governo dell'intero percorso riabilitativo-assistenziale ed un utilizzo corretto delle molteplici offerte di intervento riabilitativo in regime di ricovero, favorendo non solo un utilizzo appropriato delle risorse disponibili, ma soprattutto un intervento riabilitativo che permetta il miglior recupero delle capacità funzionali e delle autonomie del paziente.

2.2 Piano locale per l'assistenza riabilitativa e modalità di accesso

In considerazione del fatto che ciascuna struttura ospedaliera di riabilitazione ha caratteristiche specifiche e particolari competenze ed esperienze individuate dal Progetto riabilitativo di struttura, al fine di garantire che i trasferimenti dai reparti per acuti siano, per quanto possibile, tempestivi, appropriati ed efficaci, le Regioni e le Asl predispongono un "Piano locale per l'Assistenza Riabilitativa" nel quale sono definiti:

- i fabbisogni riabilitativi della popolazione di riferimento;
- la struttura della rete di offerta riabilitativa, comprendente tutti i livelli organizzativi ed assistenziali disponibili nelle strutture ospedaliere ed extrospedaliere, pubbliche e private accreditate, del territorio di competenza, nonché in eventuali strutture esterne alla rete locale cui si ricorra attraverso accordi formalizzati per far fronte a bisogni che questa non soddisfa, (come può accadere ad es. per le strutture di alta specialità riabilitativa);
- i ruoli assegnati a diversi nodi della rete locale (e delle eventuali strutture esterne ove previste) in relazione alle diverse fasi e tipologie dei percorsi riabilitativi e delle diverse patologie disabilitanti, secondo percorsi diagnostico terapeutico riabilitativi (PDTAR) definiti e rispondenti alle linee guida e buone pratiche correnti;
- le modalità di comunicazione, collegamento, coordinamento ed integrazione fra le unità erogative, i percorsi di cura per le principali condizioni di interesse riabilitativo (PDTAR), con particolare riferimento ai sistemi di garanzia della continuità di cura fra acuzie e postacuzie e fra ospedale e territorio;
- i sistemi di verifica adottati a garanzia della continuità di percorso e di qualità/appropriatezza erogativa.

Il Piano dell'offerta è messo a disposizione degli ospedali per acuti che, avvalendosi di una competenza medico-specialistica riabilitativa, potranno avviare i pazienti alla struttura più idonea ad offrire il trattamento riabilitativo appropriato, per area di intervento e livello di intensità, rispetto alle necessità del paziente, previ opportuni contatti/accordi con i sanitari della struttura riabilitativa

stessa. Il trasferimento del paziente presso la struttura riabilitativa deve essere, comunque, accompagnato da una scheda compilata dal reparto per acuti, descrittiva delle problematiche cliniche e assistenziali del paziente e della eventuale terapia farmacologica in atto.

In caso di valutazioni difformi tra il reparto inviante e la struttura di riabilitazione circa l'intensità del trattamento appropriato, la struttura che accoglie il paziente effettua il trattamento ritenuto appropriato, previa produzione di documentazione formale sulle condizioni che motivano la scelta del trattamento, anche ai fini dei successivi controlli da parte della Asl.

Una volta effettuato il trasferimento dalla struttura per acuti alla struttura di riabilitazione, il medico specialista in riabilitazione, in collaborazione, ai sensi dell'art. 44 del dPCM 12 gennaio 2017, "predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento". Gli accordi contrattuali e i contratti di cui all'art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni prevedono misure per evitare la selezione dei pazienti all'ingresso nelle strutture riabilitative che non siano motivati dall'oggettiva impossibilità di garantire il trattamento riabilitativo adeguato al bisogno del paziente.

L'accesso alla degenza riabilitativa avviene di norma a seguito di un evento acuto che ha determinato un ricovero ospedaliero. Una deroga a questo principio è prevista qualora il ricovero sia dovuto alla riacutizzazione della disabilità/patologia a domicilio oppure a situazioni cliniche acute e disabilitanti, documentate nel PRI, che non necessitano di un ricovero in reparto per acuti, ma possono essere appropriatamente prese in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione.

La quota dei ricoveri regionali provenienti da domicilio in tutte le discipline di riabilitazione (cod. 56, cod. 28, cod. 75) non dovrebbe di norma superare il 20% del totale dei ricoveri stessi dei residenti. Tale quota non costituisce una limitazione all'accesso, ma è da intendersi come riferimento generale nei confronti del quale le Regioni, nell'ambito della propria autonomia, possono adottare apposite rimodulazioni, sulla base di PDTA regionali, formalmente approvati, o a particolari evidenze epidemiologiche locali. Le regioni disciplinano le modalità di accesso del paziente dal domicilio alla struttura di riabilitazione.

2.3 Attività di riabilitazione intensiva a maggiore o minore complessità (cod. 56a e cod. 56b) e attività estensiva (cod. 56c) esclusa l'attività riabilitativa di alta specializzazione (vedi paragrafo 4)

2.3.1 Requisiti per l'accesso appropriato

Il primo requisito che risulta indispensabile per il ricovero ordinario in riabilitazione è la necessità clinica di sorveglianza medico-infermieristica h24; ove non sia necessaria tale sorveglianza il ricovero risulta inappropriato. Si sottolinea, inoltre, che la "stabilizzazione delle funzioni internistiche" e gli interventi necessari a mettere la persona in condizione di essere gestita in sicurezza in ambienti extra-ospedalieri, rappresenta il primo obiettivo delle attività di riabilitazione ospedaliera. Seppur remunerato a giornata di degenza, anche il ricovero ordinario riabilitativo si configura quale insieme di atti medico-assistenziali volti ad assicurare un intervento terapeutico riabilitativo organico ed appropriato, rivolto all'assistenza di soggetti che, presentando patologie/problemi acuti di varia gravità, possono necessitare di terapie e/o specifici controlli clinici e strumentali, anche nell'arco delle 24 ore, nonché l'immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche. Come ampiamente noto, al paziente ricoverato in degenza

ordinaria vanno assicurate, altresì, per il periodo di ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero.

Perché sia garantito l'accesso appropriato ai ricoveri in unità operative di riabilitazione intensiva ed estensiva ospedaliera è indispensabile che siano soddisfatti almeno i seguenti requisiti generali, legati alle condizioni del paziente, come già previsto nelle linee guida nazionali:

- Le condizioni cliniche e le comorbidità mediche e/o chirurgiche del paziente siano compatibili con l'erogazione dei trattamenti riabilitativi (criterio riscontrabile attraverso analisi della cartella clinica e in particolare dal PRI); se, nel corso di un ricovero in riabilitazione intensiva, l'evolversi delle condizioni cliniche o delle comorbidità del paziente rendono inappropriata o non indicata l'esecuzione di un trattamento intensivo, il paziente è trasferito a un livello di intensità inferiore, previo aggiornamento della documentazione clinica e annotazione sulla cartella clinica e comunicazione alla ASL.
- Sia effettuata una valutazione delle condizioni clinico-funzionali del paziente sia precedenti all'evento indice, sia al momento della presa in carico attraverso strumenti validati, per verificare la severità del quadro clinico, il potenziale di modificabilità e di recupero delle diverse funzioni (motorie, cognitive, comportamentali) e predisposto un adeguato progetto riabilitativo individualizzato (presente nella cartella clinica e realizzato preferibilmente entro le 72 ore dall'accoglimento). La valutazione dei risultati ottenuti deve essere eseguita prima (72 ore) della dimissione.

2.3.2 Requisiti generali di processo

Inoltre occorre che siano rispettati i seguenti requisiti generali di processo:

- Siano chiaramente definiti gli obiettivi del progetto riabilitativo individuale da raggiungere nel corso del ricovero, e siano esplicitati i criteri di valutazione del loro raggiungimento (criterio riscontrabile attraverso analisi della cartella clinica ed in particolare dal PRI). La descrizione degli obiettivi deve includere i tempi di intervento, le risorse coinvolte e le modalità di valutazione/misurazione del loro raggiungimento; tali obiettivi devono essere:
 - a) realistici;
 - b) riferiti a un miglioramento funzionale (riduzione del grado di disabilità);
 - c) raggiungibili in tempi definiti;
 - d) tali da prevenire o limitare le complicanze secondarie e favorire la espressione della autonomia residua o, ove possibile, intervenire per ridurre la disabilità conseguenti alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale consentito.
- Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente il PRI comprendente:
 1. Definizione degli outcome (globale e funzionale)
 2. Definizione dei componenti del Team multidisciplinare e multiprofessionale
 3. Descrizione dei singoli Programmi riabilitativi (con obiettivi, tempi di raggiungimento, e modalità di misurazione degli esiti)
 4. Verbali delle riunioni di monitoraggio dello stato di avanzamento del programma;
 5. Descrizione/misurazione degli esiti raggiunti nei tempi previsti dal PRI.
- Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente almeno una scala di valutazione validata del grado di disabilità all'ingresso ed alla dimissione, ed almeno una scala di valutazione validata della comorbidità all'ingresso (criterio riscontrabile attraverso analisi cartella clinica)

- Il ricovero si deve concludere con un Progetto di dimissione discusso con l'utente/caregiver esplicitato nella lettera di dimissione.

Nell'ambito del progetto di dimissione possono essere previsti permessi temporanei in ambiente extraospedaliero a scopo di preparazione al reinserimento. Tali attività e i relativi risultati devono essere adeguatamente valutati congiuntamente con l'equipe dei servizi territoriali, ivi incluso l'assistente sociale, essere dichiarate all'interno del Progetto di Struttura e documentati nella cartella clinica del paziente, anche con riguardo alle sue ricadute sulla remunerazione del ricovero.

2.3.3 Livelli di intensità assistenziale

In riferimento alle normative nazionali vigenti (Linee Guida e Piano di Indirizzo) nell'ambito degli interventi ospedalieri di riabilitazione si debbono individuare almeno tre livelli di intensità assistenziale in relazione al momento dello sviluppo della disabilità, all'intensità ed alla complessità delle attività sanitarie di riabilitazione nonché alla quantità e qualità di risorse assorbite e precisamente:

- **Attività ospedaliera di riabilitazione intensiva** (identificata oggi dal cod. 56), che si caratterizza per interventi multiprofessionali¹ a specifica valenza riabilitativa per il recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno valutativo e/o terapeutico e una sorveglianza medico-infermieristica h24. Gli interventi devono essere di norma di tre ore giornaliere, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 18 ore settimanali, ferma restando la possibilità, in via eccezionale e per particolari, documentate, condizioni cliniche del paziente, di sospendere o ridurre la durata del trattamento riabilitativo, sostituendolo con altre attività di natura clinico assistenziale comunque riportate nella documentazione clinica (ad es. nursing riabilitativo, mobilitazioni, stimolazioni, addestramento del caregiver, ecc.) L'intervento si svolge in un rapporto tra paziente e professionista della riabilitazione preferibilmente di 1 a 1, e comunque in coerenza con il Progetto riabilitativo individuale e i relativi programmi d'intervento rieducativo. L'assistente sociale, lo psicologo e altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto.

All'interno di questo livello di intensità riabilitativa, si individuano due sottolivelli in base alla complessità della patologia disabilitante e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica (per osservazione e monitoraggio, adattamento della terapia, complessità di elaborazione e gestione PRI, consulenze, ecc.) di assistenza infermieristica (registrazione parametri, prelievi per esami, gestione di sonde e cateteri, somministrazione farmaci, ecc.), di assistenza riabilitativa (necessità di supervisione diretta e individuale, impegno educativo/informativo), da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, ecc., nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto. Tali sotto-livelli sono identificati con codici diversi, derivati dal cod. 56, che identificano la riabilitazione intensiva a maggiore complessità (56a) e quella a minore intensità (56b).

¹Per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa si intendono quelli erogati dal team riabilitativo.

I professionisti che concorrono alla composizione del team sono: professionisti della riabilitazione, cioè il medico specialista in riabilitazione come definito dal Piano di Indirizzo 2011, e i professionisti sanitari non medici di area riabilitativa identificati nel D.M. 29 marzo 2001; o da "altro personale con specifica formazione funzione riabilitativa in ambito socio – sanitario – assistenziale" (Piano di Indirizzo, 2011). Questi ultimi possono comprendere le figure di psicologo, infermiere, assistente sociale, dietista, tecnico ortopedico

Ulteriori indicazioni per l'accesso appropriato alla riabilitazione intensiva sono:

- Il paziente presenta, all'ingresso, significativa restrizione dell'attività (punteggio Barthel Index BI ≤ 60 o punteggio di analogo significato in altre scale validate equivalenti, riconosciute a livello internazionale) nell'ambito del MDC 1 (Malattie e disturbi del sistema nervoso) e MDC 8 (Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico) (criterio riscontrabile attraverso analisi della cartella clinica) dovuta all'evento acuto in corso e non a condizioni disabilitanti pre-morbose (Barthel Index anamnestico); anche per gli altri MDC la significativa restrizione dell'attività deve essere documentata attraverso scale di valutazione validate. E' auspicabile la progressiva introduzione di nuovi sistemi di valutazione della disabilità e della sua modificabilità collegati a ICF, già validati scientificamente, che si integrano funzionalmente con il PRI.
- L'accesso a tali aree di degenza deve avvenire a seguito di evento acuto che ha determinato un ricovero ospedaliero. Una deroga a questo principio è consentita qualora il ricovero sia dovuto alla riacutizzazione della disabilità/patologia a domicilio oppure a situazioni acute e disabilitanti, documentate nel PRI, che non necessitano di un ricovero in reparto per acuti, ma possono essere appropriatamente prese in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione, secondo quanto previsto al punto 3.2 del presente documento.
- **Attività ospedaliera di riabilitazione estensiva**, che si caratterizza per interventi multiprofessionali² a specifica valenza riabilitativa per pazienti con disabilità, con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo ma che richiedono di essere ospedalizzati in quanto presentano una condizione di instabilità clinica e richiedono una sorveglianza medico-infermieristica h24. Gli interventi devono essere di norma di 1 ora giornaliera, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 6 ore settimanali, ferma restando la possibilità, in via eccezionale e per particolari, documentate, condizioni cliniche del paziente, di sospendere o ridurre la durata del trattamento riabilitativo, sostituendolo con altre attività di natura clinico assistenziale comunque riportate nella documentazione clinica. L'intervento si svolge in un rapporto tra paziente e professionista della riabilitazione preferibilmente di 1 a 1, e comunque in coerenza con il Progetto riabilitativo individuale e i relativi programmi d'intervento rieducativo. L'assistente sociale, lo psicologo e altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto. Il trattamento appropriato della condizione in regime ospedaliero si correla verosimilmente a condizioni cliniche spesso complesse ed instabili che comunque necessitano o si giovano di un trattamento riabilitativo, seppur non intensivo; pertanto, la riabilitazione estensiva non sarà sempre temporalmente successiva alla intensiva ma potrà essere preliminare e di preparazione ad un successivo trattamento intensivo da avviarsi quando le condizioni cliniche del soggetto lo consentano.

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

La specificità della riabilitazione estensiva suggerisce una riflessione circa la necessità di attribuire ad essa un proprio codice di attività (**cod. 56c**), coerente con, ma distinto, dall'attuale codice 56, atteso l'impegno riabilitativo richiesto che si differenzia negli obiettivi e nell'intensità assistenziale da quello indicato per l'attività riabilitativa intensiva.

²Per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa si intendono quelli erogati dal team riabilitativo.

I professionisti che concorrono alla composizione del team sono: professionisti della riabilitazione, cioè il medico specialista in riabilitazione come definito dal Piano di Indirizzo 2011, e i professionisti sanitari non medici di area riabilitativa identificati nel D.M. 29 marzo 2001; o da "altro personale con specifica formazione funzione riabilitativa in ambito socio – sanitario – assistenziale" (Piano di Indirizzo, 2011). Questi ultimi possono comprendere le figure di psicologo, infermiere, assistente sociale, dietista, tecnico ortopedico

L'adozione di tale codice eviterebbe l'utilizzo improprio del codice 60, da riservare esclusivamente alla lungodegenza internistico-assistenziale.

Ulteriori requisiti per la riabilitazione estensiva sono:

- L'accesso avviene di norma solo da unità di ricovero per episodi acuti o da unità di riabilitazione intensiva ospedaliera, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minor livello di intensività;
- Sono ammessi ricoveri dal domicilio o da altre unità operative di ricovero ospedaliero non legate ad evento acuto, per necessità documentate nel PRI secondo quanto previsto al punto 3.2 del presente documento. Le regioni disciplinano le modalità di accesso del paziente dal domicilio alla struttura di riabilitazione.

2.3.4 Requisiti organizzativi e strutturali generali

Per quanto riguarda i requisiti organizzativi e strutturali generali deve essere definito un complessivo Progetto Riabilitativo di Struttura (PRS) che declini anche competenze, esperienze e risultati clinici relativi alle casistiche di pertinenza per le attività di degenza riabilitativa accreditate:

- è auspicabile che la struttura di riabilitazione che svolge attività identificata con il codice 56, possa garantire sia trattamenti di riabilitazione intensiva (56a e 56b) sia trattamenti di riabilitazione estensiva (56c), con la possibilità di modulare al proprio interno la specifica dotazione di posti letto in base al bisogno espresso dalle strutture per acuti del territorio di riferimento;
- la struttura deve disporre di tutte le figure professionali riabilitative necessarie alla realizzazione del PRI;
- la struttura deve attenersi, come previsto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, alle migliori evidenze scientifiche, Linee guida nazionali e internazionali e Buone pratiche approvate dall'Istituto superiore di sanità relative alla casistica ricoverata, purché le raccomandazioni risultino adeguate alla specificità del caso concreto;
- la struttura deve prevedere attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa e una organizzazione dell'intera giornata che favorisca l'autonomia del paziente e la sua socializzazione, anche nei giorni festivi e prefestivi;
- la struttura deve garantire una disponibilità ed organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutico-assistenziali, permetta:
 - lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre, spazi per logopedia, rieducazione funzionale e terapia occupazionale);
 - una adeguata organizzazione integrata del team curante e informazione e addestramento dei familiari e di quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nell'assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione (ambiente per riunioni con i familiari e del team).

Per le strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva ospedaliere è necessario, inoltre, il soddisfacimento di alcuni requisiti organizzativi essenziali:

- Definizione di un collegamento funzionale formalizzato e condiviso tra le strutture sanitarie ospedaliere e ambulatoriali, quelle sociosanitarie distrettuali e con l'area della residenzialità extraospedaliera, per garantire la continuità assistenziale nella realizzazione dei PDTA riabilitativi e l'effettiva praticabilità dei percorsi di reinserimento; il collegamento può essere realizzato con l'inserimento di tali strutture in un Dipartimento strutturale/funzionale di riabilitazione, con compiti di coordinamento delle strutture che compongono l'offerta riabilitativa del territorio), ovvero con altre modalità e strumenti (Cabina di regia, definizione congiunta di PDTA, condivisione e sottoscrizione dei PRI, individuazione del *case manager* riabilitativo, ecc.). Anche le modalità di remunerazione del percorso

riabilitativo possono essere funzionali all'integrazione degli interventi erogati da strutture/servizi diversi lungo il percorso riabilitativo; infatti, tra le diverse forme di remunerazione, alcune favoriscono la frammentazione degli interventi mentre altre sono in grado di promuovere l'integrazione delle cure. Prendendo a prestito alcune indicazioni dal mondo della cronicità, si cita tra queste ultime forme, la valorizzazione dell'attività di coordinamento delle cure (*pay-for-coordination*), diretta a incentivare servizi di programmazione, organizzazione e monitoraggio dei percorsi individuali di cura (*case management*). Anche il pagamento sulla base del raggiungimento di obiettivi, misurabili con indicatori di processo, quali l'integrazione delle cure e la continuità dell'assistenza, o di esito, ha una ulteriore potenzialità di guidare il sistema verso l'integrazione. Infine, si possono citare i sistemi di remunerazione a pacchetto (*bundled*) che integrano diversi servizi per il trattamento riabilitativo di una specifica condizione per un determinato periodo di tempo, più o meno lungo. Le forme di remunerazione a quota capitaria prevedono invece il pagamento di una quota fissa per la copertura di un insieme di servizi in un determinato periodo di tempo. Di particolare rilevanza sono i sistemi di *clinical risk adjusted capitation*, in grado di stratificare la popolazione in livelli di diversa severità clinica e di assorbimento di risorse e quindi di individuare il costo medio associato ai servizi sanitari necessari (*full o partial capitation*) per la gestione del paziente in un determinato periodo di tempo. A partire dai modelli *bundled*, si pone la necessità di identificare quale sia il soggetto, istituzionale o professionale (ospedale, Casa della salute, distretto, struttura residenziale), cui attribuire la responsabilità clinica della gestione del paziente e la gestione delle risorse associate (*accountability*). L'adozione di nuove modalità di remunerazione necessita della definizione di un solido meccanismo di controllo sulla qualità delle cure e sugli esiti; inoltre, i diversi sistemi di remunerazione devono essi stessi integrarsi nel sistema dell'offerta, generando modelli misti (*blended*) in cui si possono combinare tipologie di remunerazione diverse per la copertura di servizi diversi anche per lo stesso paziente.

In base alle considerazioni riportate si può suggerire il seguente orientamento riguardo la scelta del livello assistenziale e precisamente:

- i posti letto ospedalieri di riabilitazione intensiva dovrebbero essere utilizzati per patologie caratterizzate da complessità assistenziale e multimorbidità che possano essere affrontate in sinergia con trattamenti riabilitativi;
- i posti letto ospedalieri di riabilitazione estensiva dovrebbero essere prevalentemente utilizzati per i pazienti con patologie disabilitanti ortopediche (mediche e chirurgiche), nella fase immediatamente post acuzie, in fase quindi di massima modificabilità del quadro clinico funzionale, quando le condizioni generali richiedano un'assistenza medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.

3 DEGENZA IN RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, che richiedono particolare qualificazione e impegno di mezzi, attrezzature e personale, sono erogate presso presidi che garantiscano particolare competenza e dispongano di un Progetto Riabilitativo di Struttura specifico.

Le caratteristiche dei trattamenti riabilitativi intensivi sono quelle già descritte nel paragrafo 3.3.3.

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono erogate all'interno di una rete riabilitativa caratterizzata da un'integrazione organizzativa che in ambito regionale e nazionale garantisca percorsi dedicati:

- per persone affette da mielolesione acquisita, attraverso strutture dedicate per la fase acuta e strutture per la gestione delle complicanze della fase stabilizzata;
- per persone affette da gravi cerebrolesioni acquisite (GCA);
- per persone affette da turbe neuropsicologiche acquisite.

La valutazione sulla appropriatezza del ricovero in riabilitazione intensiva ad alta specializzazione è effettuata dal medico specialista in riabilitazione della struttura per acuti inviante, previo accordo con il medico specialista in riabilitazione responsabile dell'unità operativa che accoglie il paziente e che redige il PRI anche in base alle caratteristiche del "Progetto Riabilitativo di Struttura" della struttura stessa. Fanno eccezione i ricoveri nelle UO per le turbe neuropsicologiche acquisite, in cui la valutazione dell'appropriatezza al ricovero viene effettuata nei reparti per acuti di provenienza da parte di professionisti disponibili.

In ogni caso, è necessario che il trasferimento del paziente presso la struttura riabilitativa sia accompagnato da una scheda clinica descrittiva delle problematiche cliniche e assistenziali e della eventuale terapia farmacologica in atto.

3.1 Percorso riabilitativo delle persone con lesione midollare traumatica e non traumatica (codice 28)

3.1.1 Definizione

Le Unità spinali (US), come affermato dalle Linee Guida del 1998 e successivamente confermato dal Piano di indirizzo del 2011, sono strutture di alta specialità destinate ad accogliere la persona con lesione midollare traumatica e non traumatica con l'obiettivo del recupero della massima autonomia e indipendenza, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali, e costituiscono le strutture di riferimento della rete dedicata a tali pazienti. Nell'ambito di tale rete, possono contribuire alla gestione di casi o di fasi di percorso caratterizzate da minore complessità anche altre Unità Operative di riabilitazione, purché dotate di specifiche competenze, alle quali si può accedere direttamente oppure dopo un periodo di ricovero in US.

3.1.2 Criteri di accesso

Le Unità spinali sono dedicate alla presa in carico di persone affette da patologia spinale, traumatica e non traumatica, di recente insorgenza. L'accesso avviene da reparti per acuti, in particolare da Neurochirurgia, Chirurgia vertebrale, Ortopedia, Terapie intensive. Nel caso di lesioni spinali non

traumatiche l'accesso è possibile da altri reparti per acuti. L'accesso avviene al termine della fase di emergenza, vale a dire quando è risolta l'instabilità del danno midollare primario e/o l'instabilità vertebrale, emodinamica e respiratoria.

La necessità di ventilazione controllata non esclude l'accesso all'US e la gestione deve avvenire in collaborazione con la Terapia intensiva. Il ricovero in US può proseguire anche quando il paziente è stabile dal punto di vista neurochirurgico se persiste la necessità di assistenza medica e infermieristica h24, tale da richiedere ambiente ospedaliero con monitoraggio non invasivo dei parametri vitali, se è necessaria una riabilitazione intensiva e dedicata ed è prevedibile una modificabilità delle abilità funzionali.

Nei casi o nelle fasi meno complesse e se non è presente una grave instabilità clinica generale, il paziente può essere accettato anche in altre Unità operative di riabilitazione purché dotate di specifiche competenze e integrate nella rete assistenziale dedicata a tali pazienti. L'accesso da domicilio alle Unità spinali è possibile per la gestione di complicanze anche tardive come, ad esempio, terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione, trattamento della spasticità, chirurgia funzionale, studio e trattamento delle Para-osteo-artropatia neurogena (POAN), diagnostica e trattamento neuro-urologico, trattamento del dolore, controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili, follow up periodici.

In generale l'accesso da domicilio alle Unità spinali è consentito qualora il ricovero sia dovuto alla riacutizzazione della disabilità/patologia a domicilio o a situazioni acute e disabilitanti, documentate nel PRI, che non necessitano di un ricovero in reparto per acuti, ma possono essere appropriatamente prese in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione.

3.1.3 Criteri di dimissione

Le condizioni cliniche generali sono stabili e non è più necessaria una riabilitazione intensiva e dedicata in quanto non sono prevedibili ulteriori modificazioni delle abilità funzionali oppure queste possono essere ottenute con trattamenti erogabili ad altro livello di cura. Se il supporto familiare lo consente il paziente viene avviato a trattamenti ambulatoriali o domiciliari, altrimenti il paziente prosegue il percorso di riabilitazione all'interno di strutture di riabilitazione extraospedaliere.

Per pazienti più anziani ed in condizioni socio-familiari non adeguate, quando le problematiche assistenziali diventano prevalenti rispetto alla possibilità di ulteriori recuperi funzionali attraverso un intervento riabilitativo attivo, è possibile l'inserimento in strutture dedicate della rete territoriale socio-riabilitativa di lunga durata.

3.2 Percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite (codice 75)

3.2.1 Le Unità Gravi Cerebrolesioni codice 75

Le Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (UGCA), sono finalizzate alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di GCA. Si definiscono pazienti affetti da "grave cerebrolesione acquisita" (GCA) le persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratta con punteggio GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore o uguale a 8, ed associate a menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali che comportano disabilità grave, ovvero i pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie, uno o più codici ICD-9-CM elencati nell'Allegato 1 del decreto "Criteri di

appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera", con inserimento obbligatorio nella SDO riabilitativa (SDOr) di valori di ingresso delle specifiche scale di funzionalità indicate nel protocollo sperimentale relativi a indicatori di gravità sia della compromissione funzionale che della complessità riabilitativo assistenziale superiori a soglie definite dal Gruppo tecnico di cui all'art.6 e aggiornati a seguito della sperimentazione di cui all'art.6.

3.2.2 Criteri di accesso

I pazienti che accedono alla UGCA devono, di norma, provenire direttamente dalle UU.OO. di Terapia intensiva e/o dalle UU.OO. di Neurochirurgia o Neurologia, e in ogni caso da reparti per acuti, salvo trasferimenti da altre UU.OO. riabilitative.

La valutazione dell'appropriatezza al ricovero in UGCA viene effettuata nei reparti per acuti di provenienza da parte degli specialisti in riabilitazione presenti nella struttura in cui il paziente è ricoverato.

Si possono considerare appropriati anche i trasferimenti da altro codice 75 per avvicinamento e facilitazione del reinserimento nel luogo di residenza.

L'accesso da domicilio alle Unità Gravi Cerebrolesioni acquisite è possibile per il completamento del progetto riabilitativo precedentemente definito, per la chirurgia funzionale agli arti superiori ed inferiori per il trattamento della spasticità (impianto di pompe ad infusione intratecale, blocchi nervosi, ...), per la gestione di complicanze anche tardive come, ad esempio, lo studio e trattamento delle Para-osteo-artropatia neurogena (POAN), la terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione, per il trattamento del dolore, per la rivalutazione delle turbe neuropsicologiche e comportamentali, il controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili, follow up periodici.

In generale l'accesso da domicilio alle UGCA è consentito qualora il ricovero sia dovuto alla riacutizzazione della disabilità/patologia a domicilio o a situazioni cliniche acute e disabilitanti, documentate nel PRI, che non necessitano di un ricovero in reparto per acuti, ma possono essere appropriatamente prese in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione.

La durata della degenza di questa quota di soggetti deve essere inferiore rispetto alla degenza media.

3.2.3 Criteri di dimissione

Se sono prevedibili ulteriori miglioramenti sul piano funzionale, ma non vi è necessità di personale ed attrezzature specifiche e non è più necessaria una riabilitazione intensiva di alta specialità, vale a dire se quantità e qualità del trattamento non sono più proporzionali all'entità del recupero, il paziente viene trasferito in altri nodi della rete riabilitativa utilizzando i criteri di appropriatezza per i vari setting (Cod. 56, riabilitazione estensiva, ecc). Quando non si prevedono ulteriori modificazioni del quadro clinico funzionale da attribuire ad un intervento riabilitativo specifico, il paziente viene avviato al domicilio o al collocamento in strutture dedicate. In entrambi i casi è necessario prevedere periodiche valutazioni al domicilio o in strutture residenziali dedicate al fine di intercettare quelle condizioni che possono nuovamente giovare di trattamenti riabilitativi intensivi.

3.3 Percorso riabilitativo delle persone con turbe cognitivo-comportamentali acquisite

3.3.1 Razionale e Definizione

I pazienti affetti da grave cerebro-lesione acquisita presentano una incidenza/prevalenza molto elevata di disturbi neuropsicologici e comportamentali che possono essere associati o meno al disturbo motorio e che inficiano notevolmente il percorso riabilitativo (nonché gli outcomes funzionali). Infatti, la prevalenza dei deficit cognitivo-comportamentali (tra cui disturbi della working memory, del linguaggio, e delle funzioni esecutive) nel paziente con stroke è intorno al 23-55% in fase acuta-subacuta e del 30% circa ad un anno dall'evento; nei pazienti con trauma cranico la prevalenza dei disturbi mnesici varia dal 20 all'80%, con range molto ampi anche per la sindrome disesecutiva e le turbe comportamentali della sindrome frontale (fino al 40%); in tali pazienti è elevata anche l'incidenza dei disturbi dell'umore (> 50% dopo stroke). Anche i pazienti con tumore cerebrale, Sclerosi multipla ed altre malattie acquisite del sistema nervoso centrale possono presentare una sintomatologia con prevalente espressione neuropsichiatrica, tale da richiedere un trattamento riabilitativo specialistico.

La UO per le turbe neuropsicologiche acquisite (UOTNPA) può avvalersi di posti letto e, in caso di necessità, utilizza i posti letto dell'area medica, della neurologia, della medicina fisica e riabilitazione. L'unità, si caratterizza prevalentemente con un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a condurre l'approfondimento diagnostico delle condizioni neuropsicologiche, formulare il progetto riabilitativo e monitorare la sua realizzazione, individuare e prescrivere i presidi per la comunicazione e il compenso delle menomazioni residue. L'UO dovrebbe disporre (o avvalersi) di un team multidisciplinare con competenze specifiche nella gestione delle turbe neurocognitive post-GCA o secondarie ad altra lesione cerebrale acquisita, che preveda la presenza di:

- specialista in riabilitazione con comprovata esperienza nella gestione dei disturbi di tipo cognitivo-comportamentale e neuropsichiatrici
- psichiatra (o neuropsichiatra infantile qualora la lesione del SNC interessi prepuberi e/o adolescenti)
- neurologo o neuropsicologo con esperienza in assessment e riabilitazione cognitiva
- terapeuta della riabilitazione psichiatrica
- logopedista (per i disturbi del linguaggio)
- fisioterapista e/o neuromotricista nel caso in cui sia associato un deficit motorio.

3.3.2 Accesso

I pazienti che accedono alle UOTNPA devono provenire da UO di terapia intensiva, da reparti per acuti di neurologia (incluse le stroke unit), neurochirurgia o da altri reparti di riabilitazione intensiva (per riconosciuta competenza o per avvicinamento/reinserimento al luogo di residenza).

La valutazione dell'appropriatezza al ricovero viene effettuata nei reparti per acuti di provenienza da parte di professionisti disponibili. Considerata la difficoltà di esprimere un giudizio prognostico in fase acuta (durante il ricovero in terapia intensiva e neurochirurgia), è possibile considerare appropriato l'accesso per tutti i pazienti in cui il disturbo cognitivo-comportamentale, conseguente ad evento acuto, sia prevalente (se non esclusivo) rispetto a quello motorio.

3.3.3 Dimissione

Il paziente può essere dimesso e avviato a un day hospital riabilitativo o a un trattamento ambulatoriale, anche in forma di day service dedicato, quando sono prevedibili ulteriori miglioramenti sul piano cognitivo-comportamentale, ma non vi è necessità di una riabilitazione intensiva di alta specialità resa con personale ed attrezzature specifiche (ovvero quando quantità e qualità del trattamento non sono più proporzionali all'entità del recupero). In casi selezionati in cui il paziente non possa raggiungere la struttura ospedaliera per motivi fisici e/o geografici, può essere organizzato un trattamento in telemedicina, ove siano presenti hub dotati di tale servizio.

Quando si preveda che un intervento riabilitativo specifico non possa produrre ulteriori modificazioni del quadro neurocognitivo, il paziente viene avviato alla domiciliazione, con periodiche valutazioni clinico-strumentali, al fine di intercettare quelle condizioni che possono nuovamente giovare di ulteriori trattamenti riabilitativi intensivi.

4 IL DH RIABILITATIVO

E' una modalit  di erogazione dell'assistenza riabilitativa prevista sia dalle Linee Guida del 1998 sia dalle Linee di indirizzo del 2011. E' prevista, inoltre nell'allegato 1, punto 1.4, del decreto ministeriale del 2 aprile 2015 n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e da numerose normative regionali.

4.1 Caratteristiche del Day hospital riabilitativo

Il Day hospital riabilitativo (DHR) pu  rispondere alle seguenti esigenze:

- umanizzare l'assistenza riducendo o evitando il ricovero a ciclo continuo;
- assicurare continuit  al percorso assistenziale del paziente;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- prevenire l'istituzionalizzazione dei soggetti a rischio, accelerando e facilitando la restituzione del paziente al contesto socio-familiare. Infatti, inquadrando il DHR nell'ambito di una dimissione protetta, il reinserimento nell'ambito socio-familiare pu  avvenire precocemente e con la necessaria gradualit ;
- svolgere un ruolo di filtro in caso di riacutizzazione o aggravamento di una patologia invalidante, con la predisposizione di controlli e interventi medico-riabilitativi complessi in alternativa ai ricoveri ripetuti;
- facilitare la fornitura e l'addestramento all'uso delle protesi, ortesi e ausili mediante lo svolgimento di specifiche sedute di valutazione e addestramento.

La degenza diurna deve ritenersi appropriata per tutte le condizioni disabilitanti pi  severe, incluse le turbe comportamentali psicologiche acquisite, che richiedono interventi di alta specializzazione o che, comunque, siano in stretta correlazione temporale con la dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario o con un evento indice recente; il paziente si trova, quindi, in una fase clinica in cui   ancora elevata l'efficacia dell'intervento riabilitativo intensivo che, se erogato secondo criteri precisi e modalit  ben strutturate, pu  verosimilmente abbreviare i tempi della presa in carico. Le condizioni cliniche sono molto simili a quelle che giustificano la presa in carico intensiva in regime di ricovero ordinario, con l'unica sostanziale differenza che questi pazienti non hanno bisogno di sorveglianza medica e infermieristica h24. Frequentemente, i pazienti hanno bisogno di interventi di riabilitazione intensiva multiprofessionali e afferenti ad aree specialistiche diverse, distribuiti nell'arco della giornata. Nel periodo di permanenza nella struttura   garantita l'erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici plurispecialistici e delle terapie farmacologiche eventualmente necessarie.

Per tutti i pazienti in regime di degenza diurna, i trattamenti sono eseguiti in base a un Progetto riabilitativo individuale (PRI) che tiene conto delle condizioni cliniche del paziente, del suo potenziale di recupero, dei bisogni e delle preferenze del paziente stesso e dei suoi familiari nonch  delle risorse disponibili.

4.2 Accesso al ricovero riabilitativo in regime diurno

L'accesso avviene di norma direttamente da ricovero ordinario per acuti o da ricovero ordinario di riabilitazione. Solo per casi particolari e all'interno di definiti PDTA   previsto l'accesso dal domicilio: aggravamento di patologie degenerative o patologie intercorrenti che aggravano

situazioni di disabilità preesistenti (es. frattura scheletrica in pregressa emiplegia, ecc.). Le condizioni del paziente devono comunque consentire il trasferimento da e per il domicilio.

4.3 Elementi del processo riabilitativo

All'ingresso, è effettuata la valutazione clinica del paziente e dei suoi bisogni riabilitativi mediante strumenti standardizzati e validati a livello nazionale o internazionale (scale di valutazione, test strumentali, laboratorio, analisi del movimento, ecc.). Nel caso in cui il paziente provenga da un precedente ricovero in riabilitazione sarà fondamentale acquisire le valutazioni già fatte, il PRI eventualmente redatto e la documentazione clinica che illustri l'andamento del percorso riabilitativo già effettuato e da completare. Un contatto diretto con l'equipe del reparto di dimissione, comunque utile, può risultare indispensabile in casi particolari. In base alla valutazione effettuata, l'equipe stende il progetto riabilitativo che, come detto a proposito del ricovero ordinario, deve indicare chiaramente gli obiettivi che il paziente può raggiungere nel corso del ricovero (criterio riscontrabile attraverso analisi cartella clinica ed in particolare dal PRI) e le modalità di valutazione/misurazione del loro raggiungimento.

Tali obiettivi devono essere:

- a) realistici;
- b) riferiti a un miglioramento funzionale (riduzione del grado di disabilità);
- c) raggiungibili in tempi ragionevoli;
- d) tali da prevenire o limitare le complicanze secondarie e favorire la espressione della autonomia residua o, ove possibile, intervenire per ridurre la disabilità conseguenti alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale consentito.

Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente il PRI comprendente:

- i. Definizione degli outcome (globale e funzionale);
- ii. Definizione dei componenti del team;
- iii. Descrizione dei singoli Programmi riabilitativi (con obiettivi, tempi di raggiungimento e modalità di misurazione degli esiti);
- iv. Verbali delle riunioni di monitoraggio dello stato di avanzamento del programma;
- v. Descrizione/misurazione degli esiti raggiunti nei tempi previsti dal PRI.

Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente almeno una scala di valutazione validata del grado di disabilità all'ingresso ed alla dimissione, ed almeno una scala di valutazione validata della comorbidità all'ingresso (criterio riscontrabile attraverso analisi cartella clinica).

L'equipe curerà l'esecuzione degli interventi previsti nel PRI fino al momento della dimissione, ponendo particolare attenzione a trasmettere al paziente e ai suoi familiari le conoscenze necessarie a fronteggiare gli effetti della malattia e proseguire nell'esecuzione delle attività e dei movimenti utili al recupero dell'autonomia personale.

5 ATTIVITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE

L'attività territoriale di riabilitazione a favore dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali deve trovare collocazione all'interno della rete dei servizi di riabilitazione e svolgersi in stretta integrazione con l'attività erogata dalle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Per consentire la continuità del percorso riabilitativo, ai sensi dell'art 44 del dPCM 12 gennaio 2017, il medico specialista in riabilitazione, all'approssimarsi delle dimissioni del paziente del reparto di riabilitazione, attiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali per l'eventuale completamento del programma riabilitativo nel setting assistenziale appropriato.

Le Regioni possono disciplinare le procedure e le modalità per il prosieguo del ricovero in riabilitazione, anche con riferimento alla remunerazione delle prestazioni oltre soglia, nel caso in cui sia documentata l'impossibilità da parte del servizio territoriale individuato (domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale) di attivare il programma riabilitativo nei tempi previsti dal PRI, e sia certificato che il ritardo di attivazione dell'assistenza riabilitativa territoriale nel regime assistenziale individuato compromette i risultati raggiunti durante il ricovero in riabilitazione.

L'offerta territoriale include:

- Riabilitazione ambulatoriale;
- Riabilitazione domiciliare;
- Riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.

5.1 La riabilitazione ambulatoriale

Come previsto nel Piano di indirizzo esistono due tipologie di pazienti che possono usufruire dell'attività di riabilitazione ambulatoriale:

1. "casi complessi": utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti e un elevato grado di disabilità nelle ADL, che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine mediante un PRI che preveda molteplici programmi terapeutici eseguiti da un team multiprofessionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione). Le attività riabilitative vengono erogate sotto forma di prestazioni ambulatoriali complesse e coordinate nella loro esecuzione all'interno di strutture dipartimentali riabilitative con una durata complessiva del trattamento riabilitativo di almeno 90 minuti per accesso. I trattamenti riabilitativi erogati ai pazienti devono essere registrati in una documentazione clinica riabilitativa, dove sono riportate le variazioni rilevate nel compimento del PRI, articolato nei diversi programmi riabilitativi. Per la riabilitazione ambulatoriale dei "casi complessi" il setting assistenziale del *c.d.* "day service" può rappresentare una valida alternativa al day hospital, offrendo l'opportunità di coordinare l'erogazione delle diverse prestazioni che compongono il trattamento. Resta fermo che, in regime di day service possono essere erogate solo le prestazioni incluse nei nomenclatori regionali di assistenza specialistica ambulatoriale, e che le modalità di prescrizione, regolazione e partecipazione alla spesa sanitaria sono quelle previste dall'assistenza specialistica ambulatoriale;

2. “casi non complessi”: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, necessitano di una sola tipologia di prestazioni riabilitative erogate o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione. Le prestazioni riabilitative vengono erogate da servizi dipartimentali nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale e nel rispetto della disciplina prescrittiva ed erogativa di tale livello assistenziale;
3. in presenza di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, per l'erogazione di semplice terapia fisica strumentale non è necessaria la redazione di un PRI; in tutti gli altri casi il PRI deve essere formulato.

Si accede ai Percorsi riabilitativi ambulatoriali secondo le modalità fissate dalle Regioni fermo restando che l'efficacia della riabilitazione ambulatoriale è condizionata dalla distanza temporale tra la valutazione/prescrizione ed il trattamento; pertanto, dovranno essere definiti e fissati esplicitamente tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo.

5.2 La riabilitazione domiciliare

In ambito domiciliare, l'attività riabilitativa può avere le caratteristiche della riabilitazione estensiva (minimo un'ora al giorno) o della socio-riabilitazione di lunga durata. In tale ambito possono essere condotte sia la valutazione clinica e ambientale per la fornitura degli ausili, sia l'attività di addestramento per il caregiver, sia vere e proprie sedute riabilitative per il recupero o mantenimento funzionale definito nel PRI per i pazienti che non possono accedere all'attività ambulatoriale.

Sono destinatari dell'intervento domiciliare i pazienti che presentano i seguenti requisiti generali:

- sono intrasportabili per motivi clinici: si tratta di pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto renderebbe inefficace l'intervento stesso o sarebbe rischioso dal punto di vista sanitario;
- è presente un caregiver che garantisca la possibilità della permanenza al domicilio;
- necessitano di un progetto riabilitativo, con durata ed esiti definiti, che sia chiaramente definito come realizzabile efficacemente in ambiente domiciliare.

I pazienti possono presentare:

- disabilità a medio/alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero;
- disabilità maggiore cronica stabilizzata, in condizione di intrasportabilità; in questi casi può essere necessario e possibile l'addestramento del paziente a determinate attività della vita quotidiana, l'adattamento all'uso di ortesi e ausili e/o l'addestramento del caregiver al sostegno e al supporto, con monitoraggio periodico;
- disabilità maggiori progressive nell'ambito di progetti di cure palliative.

La valutazione dei bisogni riabilitativi è effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale territoriale utilizzando tutte le informazioni già disponibili (ad esempio: lettera di dimissione, cartella clinica, relazione del MMG, progetto riabilitativo di un medico specialista in riabilitazione, relazioni di altri specialisti, notizie socio-assistenziali, ecc.) anche attraverso l'uso dello strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione.

Il progetto riabilitativo e la sua articolazione in programmi definisce il tipo di trattamento da erogare, la sua durata, la frequenza degli accessi a domicilio, il case manager a cui il paziente può

rivolgersi in fasce orarie molto ampie, il caregiver a cui gli operatori fanno riferimento, il risultato atteso e le modalità di valutazione del raggiungimento del risultato.

5.3 La riabilitazione intensiva ed estensiva in strutture residenziali e semiresidenziali

Le strutture di riabilitazione che prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale sono presidi della rete di riabilitazione ed operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia nella fase di completamento del programma per i pazienti provenienti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Le attività di riabilitazione svolte nelle **strutture residenziali e semiresidenziali** si rivolgono a pazienti in condizione clinica stabilizzata che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti e che hanno necessità di un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o per tempi minori (regime semiresidenziale).

La valutazione dei bisogni riabilitativi è effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale utilizzando tutte le informazioni già disponibili (ad esempio: lettera di dimissione, cartella clinica, relazione del MMG, progetto riabilitativo di un medico specialista in riabilitazione, relazioni di altri specialisti, notizie socio-assistenziali, ecc.) anche attraverso l'uso dello strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione.

Sulla base del Piano dell'offerta riabilitativa messo a disposizione dalla Regione e dalla Asl (cfr paragrafo 3.2), l'unità di valutazione multidimensionale potrà inviare i pazienti alla struttura residenziale più idonea ad offrire il trattamento riabilitativo appropriato, per area di intervento e livello di intensità, rispetto alle necessità del paziente, previ opportuni contatti/accordi con i sanitari della struttura riabilitativa stessa.

Una volta effettuato il trasferimento nella struttura di riabilitazione, il medico specialista in riabilitazione, ai sensi dell'art. 34 del dPCM 12 gennaio 2017, predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento. Gli accordi contrattuali e i contratti di cui all'art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni prevedono misure per evitare la selezione dei pazienti all'ingresso nelle strutture riabilitative che non siano motivati dall'oggettiva impossibilità di garantire il trattamento riabilitativo adeguato al bisogno del paziente.

La struttura garantisce:

- l'intervento di tipo intensivo nelle fasi immediatamente post-acute o di riacutizzazione delle patologie invalidanti. È caratterizzato da un impegno di almeno 3 ore di attività di riabilitazione individuale, erogata in parte anche con modalità di training attivo, o di gruppo, anche finalizzata al recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana (*Activity Daily Living* - ADL), compatibili con gli obiettivi da raggiungere; l'intervento riabilitativo deve essere di norma di tre ore giornaliere, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 18 ore settimanali, ferma restando la possibilità, in via eccezionale e per particolari, documentate, condizioni cliniche del paziente, di sospendere/ridurre la durata del trattamento riabilitativo, sostituendolo con altre attività di natura clinico assistenziale. L'intervento è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'intervento si svolge in un rapporto tra paziente e professionista della riabilitazione preferibilmente di 1 a 1, e comunque in coerenza con il Progetto riabilitativo individuale e i relativi programmi d'intervento rieducativo. L'assistente sociale, lo psicologo e altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto. Tale tipo di intervento è a totale carico del

Ssn e non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo; considerata l'intensità e la durata dell'impegno riabilitativo quotidiano, l'intervento è erogato di norma in regime residenziale;

- l'intervento di tipo estensivo (almeno 1 ora di attività riabilitativa, 6 giorni su 7), nell'ambito di un progetto riabilitativo volto a facilitare l'adattamento della persona con limitazione delle attività al proprio ambiente di vita, è caratterizzato da un intervento di riabilitazione individuale, erogata in parte anche con modalità di training attivo, o di gruppo, con attenzione anche agli obiettivi di socializzazione e occupazionali. La durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. In relazione alla intensità e alla durata dell'impegno riabilitativo quotidiano, l'intervento può essere erogato sia in regime residenziale sia in regime semiresidenziale.

Gli interventi indicati richiedono una presa in carico da parte di un Team riabilitativo multiprofessionale come indicato nel Piano di Indirizzo, con il coinvolgimento degli specifici professionisti, in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali della persona, e presuppongono la formulazione di:

- un progetto di struttura che definisce l'insieme delle caratteristiche strutturali, organizzative, e di personale, le competenze e le attrezzature disponibili, coerenti con standard di riferimento, necessarie per erogare le prestazioni in un contesto operativo adeguato al livello e alla complessità dell'attività;
- un progetto riabilitativo individuale, definito dal medico specialista in riabilitazione per ciascun paziente, contenente:
 - una valutazione multidimensionale;
 - la definizione degli obiettivi attesi in termini di recupero delle abilità;
 - le strategie e le risorse per realizzarli;
 - le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi
 - i tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti.

5.4 La riabilitazione sociosanitaria

Lo scopo dei trattamenti socio-riabilitativi di lunga durata è quello di assicurare il recupero o il mantenimento delle abilità funzionali residue per le persone con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali croniche o comunque stabilizzate, congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità.

L'accesso ai trattamenti socio-riabilitativi deve essere preceduto dalla valutazione multidimensionale dei bisogni riabilitativi e assistenziali del paziente, effettuata da parte dell'unità di valutazione multidimensionale mediante l'uso dello strumento di valutazione adottato dalla Regione, e autorizzato dall'Azienda sanitaria di residenza.

In relazione alle caratteristiche degli ospiti (età, gravità della condizione clinica e/o funzionale, livello di autonomia, adesione al programma, ecc.) i trattamenti comportano un impegno differenziato per quanto riguarda sia gli aspetti riabilitativi sia gli aspetti più propriamente assistenziali, che si riflette anche sulla scelta del regime di erogazione: il regime semiresidenziale dovrà essere prioritariamente assicurato ai minori e alle persone che dispongono al proprio domicilio di un sufficiente supporto della famiglia o della rete sociale, formale o informale; il

regime residenziale, anche con finalità di sollievo, sarà garantito alle persone in condizioni di maggiore gravità che non possono essere assistite al domicilio per problemi ambientali, familiari o di altra natura.

Il programma riabilitativo sarà prevalentemente orientato al miglioramento, al mantenimento o al recupero delle attività fondamentali della vita quotidiana (ADL e IADL), attraverso interventi di abilitazione e riabilitazione in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana, e potrà includere attività svolta in laboratori o centri occupazionali.

6 APPENDICE

6.3 LE STRUTTURE EX ART. 26

Fino alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza nel 2001, ma anche negli anni immediatamente successivi, la riabilitazione territoriale è stata prevalentemente assicurata dalle strutture ambulatoriali, diurne e residenziali già classificate come “ex articolo 26 della legge 833/78”.

Per comprendere la natura e il ruolo di tali strutture è utile ricordare che ai tempi in cui risale la loro istituzione (collegata alla legge sull'invalidità civile del 1971) il Ministero della sanità aveva la facoltà di convenzionarsi con centri di riabilitazione e altre istituzioni terapeutiche (focolari, pensionati, comunità di tipo residenziale, etc.), per ospitare e “riabilitare” minori e adulti che potessero anche seguire attività di istruzione e di formazione professionale. Queste strutture, pertanto, hanno garantito, insieme alla “rieducazione funzionale e motoria”, anche attività formative e di socializzazione specie per le persone con scarse capacità di recupero.

L'attivazione di queste strutture è stata una prima risposta alle situazioni di restrizione della partecipazione (handicap)/limitazione delle attività (disabilità), derivate da malattie, di carattere congenito o acquisito e/o progressivo, esitanti in motolesioni, neurolesioni o *disadattamenti sociali* (come si può osservare, nell'ultimo caso, problemi comportamentali erano assimilati all'handicap). La risposta fornita era quindi di tipo integrato tra funzioni riabilitative e didattico-educative (scuola/formazione).

Il profilo dell'handicap/disabilità si è notevolmente modificato nel tempo e gli inserimenti nella scuola dell'obbligo e nei corsi di qualificazione professionale hanno ridotto il bisogno collegato all'apprendimento; pertanto, le strutture ex art. 26 si sono successivamente qualificate come strutture prevalentemente riabilitative e, già dopo le Linee Guida del 1998, si sono caratterizzate in due filoni:

- uno strettamente riabilitativo con ricoveri a termine;
- l'altro con attività di tipo socio-riabilitativo derivanti dall'articolo 8 della legge 104/92 (“Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”).

Con l'entrata in vigore del dPCM 14 febbraio 2001 in materia socio-sanitaria e del dPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Lea (allegato 1C interventi sociosanitari) e con l'introduzione dei nuovi criteri per l'attribuzione delle competenze al Ssn ed ai Comuni, nonché del DPCM 12

gennaio 2017 di aggiornamento dei Lea, è risultato evidente che il rapporto delle strutture in questione con il Ssn dovesse essere ridefinito; la maggior parte delle Regioni ha provveduto, quindi, ad accertare la natura e le caratteristiche dell'attività riabilitativa effettivamente svolta e a "ricollocare" ciascuna struttura nel quadro dell'offerta regionale, articolata per livello di intensità dell'intervento e per tipologia di utenti. In queste Regioni le strutture hanno perso la denominazione di "ex art. 26" e si sono collocate nei livelli di assistenza integrandosi nei Dipartimenti o servizi per la riabilitazione, con caratteristiche di riabilitazione "estensiva" (quindi ancora a completo carico del sistema sanitario) o di "mantenimento" per disabili gravi (con quota pagata in parte dal sistema sanitario e in parte dalla persona/famiglia/Comune). Questo processo è avvenuto, in particolare, nelle Regioni che hanno avviato o completato il processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie dopo averne chiaramente identificato i requisiti organizzativi, tecnologici e di personale. In alcune Regioni, invece, si continua a parlare di "strutture ex art. 26" come se gli oltre 20 anni (dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 502/1992 e della legge n. 724/1994, con la cessazione dei "rapporti convenzionali in atto e l'entrata in vigore dei nuovi rapporti fondati sull'accREDITamento" o anche dall'entrata in vigore dei primi Lea, con l'introduzione della nuova definizione delle attività riabilitative), fossero passati invano.