

Deliberazione della Giunta Regionale 3 febbraio 2025, n. 13-754

Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021) e approvazione del documento di programmazione regionale



Seduta N° 45

Adunanza 03 FEBBRAIO 2025

Il giorno 03 del mese di febbraio duemilaventicinque alle ore 10:10 si è svolta la seduta della Giunta regionale in via ordinaria, presso la sede della Regione Piemonte, Piazza Piemonte 1 - Torino con l'intervento di Alberto Cirio Presidente, Elena Chiorino Vice Presidente e degli Assessori Paolo Bongioanni, Enrico Bussalino, Marina Chiarelli, Marco Gabusi, Marco Gallo, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Federico Riboldi, Andrea Tronzano, Gian Luca Vignale con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

DGR 13-754/2025/XII

OGGETTO:

Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021) e approvazione del documento di programmazione regionale sulla rete di riabilitazione e postacuzie

A relazione di: Riboldi

Premesso che:

- il quadro epidemiologico evidenzia anche nella Regione Piemonte, come nel resto del Paese, un miglioramento generale dell'aspettativa di vita, che ha portato all'incremento di persone con malattie croniche e disabilità;
- un efficiente ed efficace sviluppo del percorso dell'acuzie e della postacuzie ha, come presupposto, il corretto funzionamento di tutte le sue fasi, cosa che implica un'interrelazione continua tra prescrittori ed erogatori che intervengono nel percorso stesso. A tal fine, risultano, pertanto, fondamentali le modalità di accesso e la presa in carico del paziente e la garanzia della appropriatezza clinica ed organizzativo-gestionale;
- molti dei pazienti con un certo grado di disabilità residua in uscita dagli ospedali per acuti e che presentano una disabilità cronica, necessitano di un "percorso assistenziale integrato" e di un intervento in acuzie e postacuzie più o meno intenso e articolato, in grado di far guadagnare salute all'individuo.

Richiamata la D.C.R. n. 306-29185 del 10 luglio 2018: “Recepimento dell’Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019” con cui la Regione Piemonte ha recepito il Piano Nazionale Cronicità approvando contestualmente le Linee di indirizzo regionali.

Considerato che:

già 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 per la Riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR) affermando la necessità di 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, e, fra l’altro, l’indicazione degli strumenti e dei metodi da adottare per realizzare un percorso di riabilitazione della persona, che si configura quale “guadagno di salute”.

Preso atto che:

l’Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR, sopra citato prevedeva, tra l’altro, che le Regioni riorganizzassero 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, prevedendo la messa “in rete” delle risorse riabilitative, ma soprattutto governando gli accessi ai percorsi in modo da raggiungere la maggior appropriatezza insieme a condizioni economiche sostenibili;

l’Intesa 10 luglio 2014 - Rep. Atti n. 82/CSR, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, ha previsto, all’art. 3, che “[...] in coerenza ed a sviluppo di quanto previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 10 febbraio 2011 e in linea con i principi di riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera contenuti nel suddetto Piano, si conviene sulla necessità di definire [...] un documento di indirizzo che individui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso integrato all’interno della rete riabilitativa [...]”;

nella successiva Intesa Rep. Atti n. 113/CSR del 2 luglio 2015, concernente l’individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale, si è convenuto sulla individuazione dei requisiti di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l’evento acuto e nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto.

Considerato, inoltre, che:

nella seduta del 4 agosto 2021, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l’Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente “Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione.” (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021).

L’Accordo di cui all’alinea precedente prevede, fra l’altro, che:

“[...] 2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo, entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso.

3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano attivano le iniziative necessarie per promuovere l'applicazione delle Linee di indirizzo di cui al presente Accordo nei relativi percorsi ospedalieri e territoriali.

4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano ad effettuare il monitoraggio e la valutazione delle attività assistenziali riportate nel presente documento [...]”.

Preso atto, altresì:

il Decreto del Ministero della Salute del 09.08.2021, relativo alla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”, il cui schema è stato approvato con l'Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n.126/CSR del 4 agosto 2021;

il decreto del Ministero della Salute n. 165 del 26.09.2023 relativo al “Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati “ che ha introdotto l'integrazione e l'aggiornamento delle informazioni raccolte dal flusso SDO (tracciato C) relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (discipline codici 28, 56, 75) allo scopo di fornire una migliore descrizione del ricovero riabilitativo e di rappresentarne il prodotto assistenziale anche in termini di esito.

Dato atto che:

già con la D.G.R. n. 10-5605 del 02.04.2007, è stata approvata la riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, a modifica delle precedenti deliberazioni di Giunta (in particolare, la D.G.R. 50 – 3104 del 28.05.2001 “Riabilitazione, intensiva, estensiva di III, II e I livello” e la D.G.R. 49 - 6478 del 01.07.2002, di approvazione delle “Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale”) con cui sono state fornite alcune prime direttive alle Aziende Sanitarie regionali, in merito alle modalità di presa in carico dei pazienti nei vari setting assistenziali.

Nel documento suddetto, sono individuati i principi per la presa in carico del paziente:

- 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'outcome in termini di salute globale della persona);
- efficacia (interventi di validità riconosciuta e condivisa);
- partecipazione del cittadino al percorso riabilitativo.

Successivamente la DGR 1-600 di fine 2014 e s.m.i. sulla revisione della rete ospedaliera piemontese sopracitata ha previsto un riallineamento allo standard nazionale attraverso l'applicazione del “Regolamento” sugli standard ospedalieri approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in data 5 agosto 2014 (ratificato poi con il DM 70/2015). Il Regolamento stabilisce le modalità di calcolo del numero dei posti letto regionali al netto della mobilità prendendo come riferimento la popolazione residente. Inoltre, il Regolamento definisce che i posti di residenzialità territoriali, con un costo

giornaliero pari o superiore al valore della tariffa regionale giornaliera per la lungodegenza ospedaliera, sono da considerarsi equivalenti ai posti letto ospedalieri; fanno eccezione i posti letto disciplinati dall'art. 1, comma 3, lettera c, del Regolamento. Il Regolamento prevede uno standard massimo di 0,7 PL di post-acuzie per mille residenti di cui 0,2 PL per mille residenti per la lungodegenza ospedaliera e 0,02 PL per mille residenti per la neuroriabilitazione.

In ambito territoriale il riferimento è rappresentato dalla DCR n. 257-25346 del 20 dicembre 2022 "Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte", con cui è stato definito il modello di sviluppo della Regione Piemonte nello specifico ambito.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si rende ora necessario aggiornare le indicazioni regionali in ambito di appropriatezza nell'individuazione e nell'organizzazione dei percorsi di riabilitazione e recupero funzionale, secondo quanto dettagliato nel documento di cui all'Allegato sub B) al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale.

Ritenuto dunque, per tutto quanto sopra, di:

- prendere atto e recepire sul territorio regionale, l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione." (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021), di cui all'Allegato sub A) al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale;
- approvare il documento intitolato "Rete regionale di riabilitazione e postacuzie", dettagliato all'Allegato sub B) al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale;
- incaricare la Direzione Sanità dell'adozione di tutti gli atti necessari all'attuazione di quanto previsto dall'Accordo e dal documento regionale sopra citati, compresi il monitoraggio e la valutazione delle attività assistenziali di cui trattasi.

Visti:

- il D.Lgs. n. 502/1992, artt. 1 e 2;
- il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- il documento della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 5.08.2014 che ha sancito l'intesa (CSR n. 98), ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- il Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021;
- Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”(G.U. Serie Generale n. 144 del 22.06.2022);
- la DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 “Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale“;
- la DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924 “Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale“;
- la DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653 “Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”;
- la DGR 27 luglio 2015, n. 42-1921 “Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A "Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012", in cui viene definito il modello organizzativo della ASR“;
- la DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 “Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie. Modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015“;
- la DGR 16 maggio 2019, n. 91-9000 “D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i. “;
- la D.G.R. 14 aprile 2022 n. 4 - 4878 “Piano straordinario di recupero delle Liste d’attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso”;
- la DGR 14-8045/2023/XI del 29.12.2023, titolata “Procedura per la riconversione di posti letto accreditati e contrattualizzati di riabilitazione e lungodegenza neuropsichiatrica in posti letto extraospedalieri delle case di cura neuropsichiatriche”;
- il documento intitolato “Riorganizzazione dei posti letto della post-acuzie ospedaliera e dell’acuzie”, predisposto dalla Direzione Sanità ed inviato al Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, con nota prot. n. 1348 del 20.07.2023.

Attestato che, ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024, il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, in quanto l’attuazione delle disposizioni dell’Accordo di cui trattasi trova copertura negli stanziamenti di bilancio annuali a favore delle Aziende Sanitarie regionali, con il fondo sanitario indistinto nella Missione 13 Programma 1.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

Tutto ciò premesso, udite le argomentazioni del relatore, la Giunta regionale unanime,
delibera

1. di prendere atto e recepire sul territorio della Regione Piemonte l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione." (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021), di cui all'Allegato sub A) al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale;
2. di approvare il documento titolato "Rete regionale di riabilitazione e postacuzie", dettagliato all'Allegato sub B) al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale;
3. di incaricare la Direzione Sanità dell'adozione di tutte le azioni e degli atti necessari all'attuazione di quanto previsto dall'Accordo e dal documento regionale di cui ai paragrafi precedenti, compresi il monitoraggio e la valutazione delle attività assistenziali di cui trattasi;
4. che il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, per le motivazioni espresse in premessa.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-754-2025-All_1-Allegato_A_dgr_rec_accordo124_24_12_2024.pdf
2. DGR-754-2025-All_2-Allegato_B_dgr_rec_accordo124_24_12_2024.pdf



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione."

Rep. Atti n. **124/CSR** del 4 agosto 2021

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 4 agosto 2021:

VISTO l'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, che prevede che, su richiesta delle Regioni o direttamente, il Ministero della sanità, elabori apposite linee-guida in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento;

VISTI gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato - Regioni nella seduta del 7 maggio 1998, recanti "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione" (Rep. atti n. 457) e nella seduta del 10 febbraio 2011, concernenti il "Piano di indirizzo della riabilitazione" (Rep. atti. n. 50);

VISTA l'intesa Rep. Atti n. 113/CSR del 2 luglio 2015, concernente l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale si conviene sulla individuazione dei requisiti di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto;

VISTO il DPCM del 12 gennaio 2017 – "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" – che colloca i trattamenti di riabilitazione, sia nel livello di assistenza ospedaliera, sia nel livello dell'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;

VISTA la nota del 17 giugno 2021, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il provvedimento indicato in epigrafe, al fine di sancire un apposito accordo;

VISTA la nota del 18 giugno 2021, con la quale l'ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato il suddetto provvedimento alle Regioni e Province autonome e convocato una riunione tecnica per il giorno 23 giugno 2021, nel corso della quale sono stati esaminati, sia la proposta di accordo sulle Linee di indirizzo, sia lo schema di decreto relativo alla definizione dei "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera";



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA la nota del 7 luglio 2021, con la quale l'Ufficio di Segreteria della Conferenza ha diramato la documentazione trasmessa dalle Regioni contenente osservazioni e proposte di modifiche al testo del provvedimento in parola;

VISTA la nota del Ministero della salute in data 19 luglio 2021, con la quale è stata trasmessa una nuova versione del provvedimento, diramata con nota del 21 luglio 2021;

VISTO l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in argomento, pervenuto dal Coordinamento interregionale in sanità in data 22 luglio 2021;

CONSIDERATO che il provvedimento iscritto all'ordine del giorno della seduta del 29 luglio 2021 non è stato esaminato, in quanto la seduta non ha avuto luogo;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo, con la richiesta al Ministero della salute di procedere ad un'audizione delle associazioni e delle federazioni interessate che hanno rappresentato la necessità di un confronto;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta in esame, nella versione diramata il 21 luglio 2021;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei seguenti termini:

VISTO il decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012 concernente "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" che prevede, all'articolo 2 comma 2, oltre alle tariffe per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, anche i valori soglia dei ricoveri ordinari e dei ricoveri diurni, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC) e le tariffe giornaliere oltre soglia;

TENUTO CONTO di quanto previsto dall'Intesa sancita nella seduta della Conferenza Stato - Regioni del 10 luglio 2014 concernente "Patto per la salute 2014-2016", nella quale all'articolo 3, comma 3, si conviene sulla necessità di definire un documento di indirizzo che individui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 5, comma 22 della sopra citata Intesa, è stato istituito un gruppo di lavoro presso la Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, con l'obiettivo di predisporre il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa territoriale;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

che l'iter istruttorio del decreto si è svolto nel rispetto delle disposizioni riguardanti il confronto con i soggetti, associazioni e società scientifiche ed ha visto l'acquisizione del prescritto parere del Consiglio Superiore di Sanità;

TENUTO CONTO altresì che detto documento rappresenta una linea di indirizzo nazionale da utilizzare come supporto per la programmazione, la riorganizzazione e il potenziamento dei modelli assistenziali e dei servizi sanitari e socio sanitari a livello regionale e locale;

SI CONVIENE

1. E' approvato il documento recante "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di abilitazione", che allegato A) al presente atto, ne costituisce parte integrante.
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo, entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso.
3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano attivano le iniziative necessarie per promuovere l'applicazione delle Linee di indirizzo di cui al presente Accordo nei relativi percorsi ospedalieri e territoriali.
4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano ad effettuare il monitoraggio e la valutazione delle attività assistenziali riportate nel presente documento.
5. Alle attività previste dal presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Il Presidente
On.le Mariastella Gelmini

**“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.....	14
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.....	17
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 remuneri 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. Verbal 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 riaccutizzazione 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 Neurochirurgie, Chirurgie vertebrali, Ortopedie, 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.

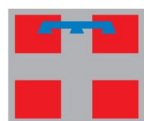
L'attivazione di queste strutture è stata una prima risposta alle situazioni di restrizione della partecipazione (handicap)/limitazione delle attività (disabilità), derivate da malattie, di carattere congenito o acquisito e/o progressivo, esitanti in motolesioni, neurolesioni o *disadattamenti sociali* (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.



**REGIONE
PIEMONTE**

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Sanità

Direzione Sanità

RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE E POSTACUZIE

DICEMBRE 2024

INDICE

1.	INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO	PAG.	3
2.	CONTESTO	PAG.	3
3.	EVOLUZIONE PROGRAMMATORIA GENERALE	PAG.	5
4.	SISTEMA DELL'OFFERTA IN AMBITO DI POSTACUZIE	PAG.	6
5.	PROGRAMMAZIONE ED ADEGUAMENTO AGLI STANDARD IN AMBITO DI POSTACUZIE	PAG.	8
6.	TEMPISTICA	PAG.	8
7.	MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DELLA RETE DI RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE	PAG.	8
8.	CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ	PAG.	10
9.	RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	PAG.	11
10.	RIABILITAZIONE TERRITORIALE	PAG:	19
11.	STRUTTURE EX ART. 26	PAG.	26
12.	MODALITA' DI REMUNERAZIONE ED ACCORDI CONTRATTUALI	PAG.	27
13.	COORDINAMENTO DELLA RETE	PAG.	28
14.	NODI DELLA RETE E LORO CONNESSIONI	PAG.	28
15.	PERCORSI. PROTOCOLLI E PROCEDURE IN AMBITO RIABILITATIVO	PAG.	29
16.	FORMAZIONE DEL PERSONALE	PAG.	31
17.	COMUNICAZIONE E MODALITÀ DI DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI	PAG.	31
18.	MONITORAGGIO ED INDICATORI	PAG.	32
19.	RIFERIMENTI DI INTERESSE	PAG.	33

1. INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO

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.

Le criticità oggi particolarmente evidenti nel sistema sono rilevabili nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie e nel governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio.

Premesso quanto sopra, risulta evidente la necessità di consolidare l'area di intervento che si occupa di quei pazienti che, superato l'evento critico contestuale al ricovero in ospedale per acuti, hanno ancora bisogno di continuità terapeutica-assistenziale e riabilitativa.

Deve altresì essere qualificata la medesima offerta sanitaria dando una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità, individuando ed attivando in rete percorsi predefiniti di continuità assistenziale-disabilità dipendenti, assicurando la disponibilità di setting riabilitativi completi di tutte le fasi ospedaliere e territoriali (3° livello, 2° livello, 1° livello e attività domiciliare), per la realizzazione del "progetto riabilitativo individuale (PRI)".

Nel DM 70/2015 sul Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, si evidenzia che le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie.

Con D.C.R. n. 306-29185 del 10 luglio 2018: "Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019" la Regione Piemonte ha recepito il Piano Nazionale Cronicità approvando contestualmente le Linee di indirizzo regionali.

Nella seduta del 4 agosto 2021, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, la Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione." (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021).

Alla luce di tutto quanto sopra espresso, il presente documento di riprogrammazione della rete della postacuzie di RRF si propone, a partire dalle specifiche criticità, le seguenti finalità:

- rivedere e riqualificare le reti della e postacuzie ospedaliera e territoriale, con particolare riferimento all'ambito della riabilitazione, in stretta sinergia con l'area dell'acuzie ospedaliera;
- porre le basi allo sviluppo dei percorsi di continuità assistenziale, in linea con quanto previsto dal Piano nazionale e regionale per la cronicità e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

In tale ambito, si intende porre il focus sul paziente che nel suo percorso assistenziale può necessitare di presa in carico, sia in ospedale (nei diversi regimi di erogazione delle prestazioni), sia sul territorio (anche in questo caso con modalità diverse di presa in carico); si intende altresì considerare che la terapia lungodegenziale e riabilitativa può avere intensità di diverso grado, sia a livello ospedaliero, sia territoriale: ad esempio, pazienti ricoverati possono necessitare di prestazioni di tipo riabilitativo di bassa intensità e, viceversa, pazienti seguiti in vari setting assistenziali del territorio possono abbisognare di intensità elevata di riabilitazione.

2. CONTESTO

Il quadro epidemiologico evidenzia anche nella Regione Piemonte, come nel resto del Paese, un miglioramento generale dell'aspettativa di vita che ha portato all'incremento di persone con malattie croniche e disabilità e, oltre a questo, si rileva un crescente aumento di casi di persone cosiddette "ad alta complessità".

Una percentuale importante di pazienti necessita di un percorso assistenziale integrato e di un intervento riabilitativo più o meno intenso e articolato, in grado di far guadagnare salute all'individuo e, ove possibile, “emendare la disabilità”.

Anche la continuità assistenziale è spesso realizzata attraverso la somma dei diversi interventi. Peraltro, la rete di erogazione è rappresentata per una componente importante da strutture private accreditate: ciò richiede lo sviluppo di un'incisiva capacità di committenza da parte delle funzioni territoriali (Distretti).

Un efficiente ed efficace sviluppo del percorso postacuzie ha come presupposto il corretto funzionamento di tutte le sue fasi, cosa che implica un'interrelazione continua tra prescrittori ed erogatori che intervengono nel percorso stesso. A tal fine, risultano, pertanto, fondamentali le modalità di accesso e la presa in carico del paziente ed i relativi controlli a garanzia della appropriatezza clinica ed organizzativo-gestionale.

Oltre a tutto quanto sopra, va segnalato che, come già detto, l'approccio riabilitativo nel tempo si è modificato, sia nei termini di contenuto dell'attività riabilitativa stessa, sia di attenzione alla corretta individuazione dell'appropriato regime di erogazione. Ad esempio il maggior bisogno di interventi riabilitativi a carattere intensivo si osserva nella fase di postacuzie immediatamente successivo ad un evento disabilitante (evento indice), mentre nelle fasi successive si rendono più frequentemente necessari interventi di tipo estensivo, intesi sia come caratterizzati da un minore impegno di risorse, sia di sviluppo in archi temporali maggiori.

Nella figura seguente viene presentata la piramide di età della popolazione della Regione Piemonte, con riferimento all'anno 2023.

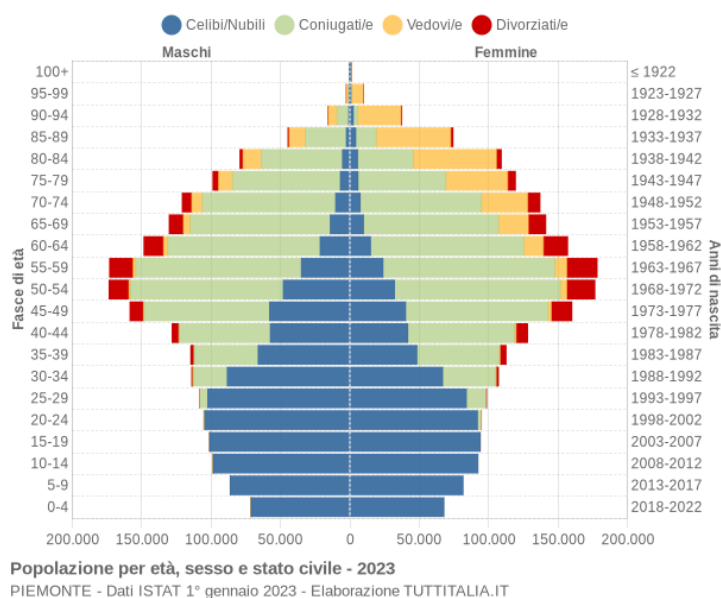


Figura. Piramide età della popolazione della Regione Piemonte (anno 2023)

Il termine di post-acuzie (che peraltro ha un impiego di ambito internazionale) definisce con relativa chiarezza quel complesso di cure che vengono erogate una volta superata la fase di “acuzie” della malattia e che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire.

Per quanto concerne gli aspetti temporali si tratta di cure che si inseriscono in un preciso momento della storia di malattia, successiva alla fase acuta (o di “criticità”) e precedente la fase stabilizzata (o di “cronicità”). Ha quindi un tempo di inizio, una precisa successione temporale nella storia di malattia, una durata non indefinita

La riabilitazione costituisce uno dei fondamenti del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla diagnosi e cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini e garantire loro il miglior stato di benessere possibile.

La riabilitazione, infatti, è un processo di soluzione di 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 ottenibile delle sue possibilità operative, pur nei limiti della sua menomazione.

3. EVOLUZIONE PROGRAMMATICA GENERALE

Con la D.G.R. n. 10-5605 del 02.04.2007, è stata approvata la riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, a modifica delle precedenti deliberazioni di Giunta (in particolare, la D.G.R. 50 – 3104 del 28.05.2001 *“Riabilitazione, intensiva, estensiva di III, II e I livello”* e la D.G.R. 49 - 6478 del 01.07.2002, di approvazione delle *“Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale”*) con cui si fornivano alcune prime direttive alle Aziende Sanitarie regionali, in merito alle modalità di presa in carico dei pazienti nei vari setting assistenziali.

Venivano individuati i principi per la presa in carico del paziente:

- 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'outcome in termini di salute globale della persona);
- efficacia (interventi di validità riconosciuta e condivisa);
- partecipazione del cittadino al percorso riabilitativo.

Veniva individuata la struttura complessa di Riabilitazione e Recupero Funzionale come garante dell'appropriato ed efficace governo del percorso riabilitativo e si prevedeva che i percorsi organizzativi fossero promossi e supportati dal Distretto, attraverso le sue funzioni di applicazione della programmazione, di sviluppo delle reti assistenziali e di valutazione degli outcome relativi alla popolazione generale.

In questo contesto le patologie d'organo (neurologiche, ortopediche, reumatologiche, urologiche, cardiologiche, pneumologiche, oncologiche, ecc.) non costituiscono di per sé il motivo della presa in carico riabilitativa, da ricercare invece nell'insieme e nella molteplicità dei problemi che concorrono a definire la disabilità.

Successivamente la DGR 1-600 di fine 2014 e s.m.i. sulla revisione della rete ospedaliera piemontese sopracitata ha previsto un riallineamento allo standard nazionale attraverso l'applicazione del “Regolamento” sugli standard ospedalieri approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in data 5 agosto 2014 (ratificato poi con il DM 70/2015). Il Regolamento stabilisce le modalità di calcolo del numero dei posti letto regionali al netto della mobilità prendendo come riferimento la popolazione residente. Inoltre, il Regolamento definisce che i posti di residenzialità territoriali, con un costo giornaliero pari o superiore al valore della tariffa regionale giornaliera per la lungodegenza ospedaliera, sono da considerarsi equivalenti ai posti letto ospedalieri; fanno eccezione i posti letto disciplinati dall'art. 1, comma 3, lettera c, del Regolamento. Il Regolamento prevede uno standard massimo di 0,7 PL di post-acuzie per mille residenti di cui 0,2 PL per mille residenti per la lungodegenza ospedaliera e 0,02 PL per mille residenti per la neuroriabilitazione.

La realizzazione dei cambiamenti previsti dalla DGR 1-600 e s.m.i. è stata formalizzata negli atti aziendali delle aziende sanitarie regionali, recepiti da parte della Regione a fine anno 2015, e posta tra gli obiettivi dei direttori generali per il 2016. Il percorso per la realizzazione dei cambiamenti nelle aziende non pubbliche è stato ottenuto attraverso gli accordi contrattuali stipulati nel 2015, e il relativo processo di riaccreditamento che ha impiegato anche una buona parte dell'anno 2016 per essere definito.

In ambito territoriale il riferimento è invece rappresentato dalla DCR n. 257-25346 del 20 dicembre 2022 “Decreto 23 maggio 2022 , n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”. Recepimento e approvazione

del provvedimento generale di programmazione “Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”, con cui è stato definito il modello di sviluppo della Regione Piemonte nello specifico ambito.

4. SISTEMA DELL’OFFERTA IN AMBITO DI POSTACUZIE

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

Per quanto riguarda il trend epidemiologico da COVID 19, deve essere rimarcato che l'emergenza e il conseguente bisogno sanitario di ricoveri ospedalieri ha comportato un impatto molto evidente a livello regionale sul numero dei posti letto sia in ambito di acuzie che di postacuzie, con la necessità di individuare ulteriori posti letto con modalità flessibile in ambito di acuzie allo scopo di fronteggiare le evenienze epidemiche.

Peraltro è anche necessario focalizzare i diversi setting della postacuzie (tabella seguente) e rendere omogenee le modalità di utilizzo dei posti letto ospedalieri, ordinari e diurni, di riabilitazione (cod. 56), intensiva ad alta specializzazione o di terzo livello (codici 28 e 75) e di lungodegenza (cod. 60), anche 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.

Setting	Codice	Offerta
Lungodegenza	Cod 60	RO
Riabilitazione	Cod 56	RO, DH/day service, ambulatoriale
Unità spinale	Cod 28	RO, DH/day service, ambulatoriale
Neuroriabilitazione	Cod 75	RO, DH/day service, ambulatoriale

Tabella 2. Setting codici postacuzie

In particolare il ricovero ordinario in post-acuzie (riabilitativo e di lungodegenza ospedaliera) si configura quale insieme di atti medico-assistenziali volti ad assicurare un intervento terapeutico e terapeutico-riabilitativo organico ed appropriato, rivolto all'assistenza di soggetti che, avendo manifestato 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.

Assetto attuale dei posti letto di postacuzie

Con la D.G.R. n. 14-10598 del 30 ottobre 2003 avente ad oggetto “Accordo anno 2003 con l'Associazione di categoria ARIS per gli istituti ex art. 26 Legge 833/1978 – Approvazione tariffario”, sono state ridefinite, tra l'altro, le tariffe dei Centri di riabilitazione ex art. 26, tra cui anche il trattamento domiciliare;

La rilettura delle attività riabilitative piemontesi ha prodotto quindi la D.G.R n. 10-5605 del 2 aprile 2007 “Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte- Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali”.

Successivamente la DGR 28 gennaio 2011, n. 13-1439 “Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria” ha formalizzato i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza, nonché i criteri per la creazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

Il ricorso alla suddetta funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria deve essere conseguente all'attuazione di specifici percorsi da definire in stretta continuità con l'area

ospedaliera e territoriale, nell'ottica della creazione di un ponte tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.

Con la DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 "Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie. Modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015" sono state modificate le procedure di accesso e le attività di controllo per i ricoveri in post-acuzie.

Altresì con la DGR 14-8045/2023/XI del 29.12.2023, titulata "Procedura per la riconversione di posti letto accreditati e contrattualizzati di riabilitazione e lungodegenza neuropsichiatrica in posti letto extraospedalieri delle case di cura neuropsichiatriche", si è proceduto a:

- 1) recepire l'Accordo sottoscritto in data 20.12.2023 tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati ARIS e AIOP ad oggetto "Riconversione di posti letto accreditati di post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza neuropsichiatrica) e CAVS ordinari ad indirizzo neuropsichiatrico in posti letto extraospedalieri", Accordo di cui all'Allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale dell'atto, che definisce la regolamentazione della riconversione dei posti letto ospedalieri/CAVS neuropsichiatrici in posti letto territoriali;
2. approvare la procedura di riconversione di posti letto di post-acuzie ospedaliera neuropsichiatrica e di CAVS ad indirizzo neuropsichiatrico in posti letto psichiatrici territoriali nelle seguenti tipologie di setting e relative tariffe: SA1: Strutture extraospedaliere psichiatriche a carattere terapeutico-riabilitativo intensivo per l'accoglienza di utenti nell'immediata sub-acuzie (euro 189/die); PA2: Strutture extraospedaliere psichiatriche a carattere terapeutico-riabilitativo estensivo per l'accoglienza di utenti nell'immediata postacuzie.

La situazione dei posti letto nella Regione Piemonte attuale con proiezione al 31.12.2024 viene rappresentata nella tabella che segue, da cui si evince l'effetto dei provvedimenti emanati.

In particolare:

- il dato globale (acuzie e postacuzie) si attesta sul 3,6% e dunque è inferiore alla soglia 3,7%;
- il dato per la postacuzie si attesta sul 0,8%, con un moderato scostamento nei confronti della soglia dello 0,7%.

	Posti letto post- acuzie					
Popolazione			Numero PL	3.502	5	3.507
		4.252.581	Per 1.000 ab.	0,8	0,0	0,8
Popolazione	Posti letto TOTALI acuzie e post-acuzie					
			Numero PL	14.755	431	15.186
		4.252.581	Per 1.000 ab.	3,5	0,1	3,6

5. PROGRAMMAZIONE ED ADEGUAMENTO AGLI STANDARD IN AMBITO DI POSTACUZIE

Per quanto riguarda nello specifico le azioni di riprogrammazione si evidenzia che, a fronte di un sostanziale allineamento agli standard nelle aree 28 (Unità Spinale), 60 (Lungodegenza) e 75 (Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite) il moderato superamento della soglia di PL è ancora riscontrabile nella area della RRF codice 56 classificata come primo livello.

In tale ambito saranno pertanto da riconvertire circa 350 PL di primo livello in altri setting riabilitativi per raggiungere pienamente la soglia dello 0,7 per mille.

Le azioni di sviluppo della rete sono pertanto le seguenti:

- riequilibrio delle dotazioni nelle singole specialità (codici 28, 56, 60 e 75), sulla base della revisione del fabbisogno e in adeguamento agli standard previsti dal DM 70/2015;
- riqualificazione del moderato numero di posti letto di postacuzie ospedaliera cod. 56 di primo livello in altre forme di setting di offerta;
- miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri a tutti i livelli di post-acuzie sia di riabilitazione sia di lungodegenza postacuta in modo da poter offrire a ciascun paziente il trattamento secondo le risorse necessarie per la propria patologia;
- consolidamento del modello organizzativo a sostegno di una rete assistenziale che veda il percorso del paziente al centro delle attività, in una integrazione armonica tra ospedale e territorio, erogatori pubblici e privati accreditati, professionisti ed altri portatori di interesse;
- ridefinizione degli indirizzi e monitoraggio in tema di appropriatezza, efficacia ed efficienza, in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

6. TEMPISTICA

Lo stato di emergenza da COVID dichiarato a livello nazionale e il conseguente impatto sugli ospedali ha comportato e sta comportando la necessità di rivedere e di riadattare le attività secondo specifiche ed inevitabili priorità riorganizzative, con impatto anche sulla gestione delle attività in ambito di acuzie e di postacuzie.

Gli stessi posti letto di postacuzie hanno rappresentato nella situazione pandemica un importante serbatoio per fronteggiare la domanda di ricoveri COVID correlata; altresì gli stessi posti letto potranno ritornare utili in caso di recrudescenza epidemica.

Sono state pertanto differite temporaneamente le programmate azioni, anche per l'esigenza di mettere in atto i necessari interventi di adeguamento strutturale e organizzativo in Strutture dove sono ancora presenti pazienti COVID e le risorse strutturali, tecnologiche e professionali sono impegnate nella gestione della pandemia; inoltre è da prevedere l'impatto della pandemia nel periodo autunnale ed invernale.

Peraltro a seguito dei provvedimenti emanati nel corso degli anni 2023 e 2024 si è realizzato il progressivo adeguamento allo standard di posti letto al valore dello 0,7 per mille abitanti. La tempistica di realizzazione, comunque, prevede la realizzazione ancora delle azioni di riconversione definitiva dei PL di RRF primo livello al 30.06.2025 per le diverse tipologie di erogatori.

7. MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DELLA RETE DI RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE

Secondo quanto descritto in precedenza, in ambito più strettamente riabilitativo è necessario dotarsi di strumenti adeguati per governare i percorsi riabilitativo-assistenziali nell'ottica della continuità delle cure, in un sistema organizzativo complesso quale quello di cui fanno parte:

- punti di erogazione dell'attività (reparti di acuzie e post-acuzie ospedaliera, strutture di cure intermedie intra ed extraospedaliere, ambulatori ospedalieri e territoriali, domicilio, ecc.):
 - facenti capo ad aziende pubbliche differenti (ASL, ASO, AOU) e istituti privati accreditati nel medesimo territorio (il "peso" del privato accreditato, come già evidenziato, nell'ambito della post-acuzie ospedaliera e territoriale è in Piemonte preponderante);
 - afferenti operativamente a funzioni diverse (Direzioni ospedaliere, Distretti);
 - che garantiscono interventi/attività in diversi setting assistenziali: degenza, ambulatorio, domiciliare, con il personale sanitario di riferimento (fisiatri, fisioterapisti, ecc.);
- molteplici discipline e professionalità (medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri e tecnici sanitari, assistenti sociali, altro personale sanitario e non sanitario).

Da quanto sopra emerge un sistema complesso che richiede:

- capacità di governo dell'offerta pubblica e privata accreditata in relazione al reale bisogno espresso ed in una logica di programmazione di Area, con il lavoro integrato tra le ASL che devono esercitare le funzioni di "tutela" dei propri cittadini e le Strutture erogatrici, con un coinvolgimento strutturato degli erogatori privati;
- specifiche competenze di governo dei percorsi assistenziali integrati funzionali al concetto di presa in carico e di continuità clinico-riabilitativo-assistenziale;
- coerenza di sistema nella valutazione dei bisogni e nella costruzione dei percorsi riabilitativi individuali;
- criteri e requisiti che stabiliscano l'appropriatezza d'uso dei vari setting riabilitativo-assistenziali;
- integrazione delle competenze specialistiche clinico-riabilitativo-assistenziali-sociali necessarie a garantire l'unitarietà della presa in carico ed equità di accesso;
- una stretta integrazione tra tutti gli attori clinico-istituzionali che, a vario titolo, intervengono in una o più fasi del percorso comprese nuove figure professionali a valenza extrasanitaria;
- integrazione del privato accreditato nel sistema riabilitativo regionale;
- indicatori di struttura, processo ed esito espressamente valutativi;

La risposta a questi bisogni deve essere trovata nello sviluppo di un modello "a rete".

La "rete" ha quindi l'obiettivo di garantire la globalità degli interventi riabilitativi e assistenziali e la continuità dell'assistenza, assicurare il governo clinico della "produzione", finalizzata alla qualità ed appropriatezza di prestazioni e servizi ed all'efficiente rendimento delle risorse disponibili.

La rete garantisce la risposta al bisogno di cura del paziente da riabilitare, in armonia con le indicazioni regionali, sulla base di criteri di appropriatezza ed efficacia delle prestazioni riabilitative, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, fornendo, quando del caso, l'indicazione per un progetto che favorisca l'inclusione delle attività di riabilitazione nell'ambito di programmi più complessivi di promozione della salute.

Con riferimento alla governance dei percorsi vanno definiti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili. In questo ambito, particolare importanza riveste l'integrazione funzionale tra ospedale e territorio e tra pubblico e privato accreditato. La rete, infatti, deve farsi garante di una integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati presenti sul territorio (case di cura, ambulatori) secondo i principi di efficienza ed appropriatezza a partire da comuni percorsi formativi che coinvolgano le Aziende, le Strutture private accreditate, l'Università e le Società Scientifiche.

La realizzazione di un sistema informativo di rete costituisce elemento pregiudiziale e strumento indispensabile per poter esercitare una vera "governance" dei percorsi di riabilitazione e continuità assistenziale e dare gambe ad una revisione complessiva dell'appropriatezza.

Il collegamento in rete consente di unificare le informazioni che oggi viaggiano su binari distinti con risparmio di risorse, passaggio di informazioni più complete e articolate e con la possibilità di analizzare i dati di appropriatezza clinica e organizzativa in un'area geografica definita.

In particolare, comprendendo tutti gli attori coinvolti, sia pubblici che privati accreditati, nel progetto individuale la rete può consentire di uniformare l'applicazione di criteri ed indicatori di appropriatezza per prestazioni di ricovero, ambulatoriali e territoriali in una dimensione davvero governabile.

Obiettivi generali della rete:

- garantire la valutazione omogenea e tempestiva dei bisogni riabilitativo - assistenziali dei pazienti ospedalizzati (essenziale per limitare i tempi di ricovero);
- garantire le risposte ai pazienti di tutte le MDC, anche riorientando parte delle attività di ricovero, ambulatoriali e domiciliari e rendendole coerenti con il reale fabbisogno;
- sviluppare/innovare il modello di assistenza riabilitativa in regime territoriale e domiciliare;
- riallocare parte delle risorse della post-acuzie verso progetti di gestione riabilitativo-assistenziale nei diversi setting assistenziali anche attraverso la responsabilizzazione nell'uso

di budget predefiniti;

- migliorare l'appropriatezza prescrittiva di protesi e ausili e la relativa tempestività nella messa a disposizione del paziente, andando anche a definire un "albo prescrittori", con l'obiettivo, da una parte, di semplificarne la gestione e, dall'altra, di garantire un'adeguata competenza per la valutazione di quelli più complessi;
- ripensare il modello di erogazione dell'attività ambulatoriale perché si inseriscano e siano parte integrante di percorsi di gestione della cronicità definiti sulla base dell'EBM (con il supporto delle Società Scientifiche e dell'Università e di esperienze già avviate in altre regioni italiane);
- effettuare il monitoraggio delle prestazioni di terapia fisica inserite nei LEA;
- effettuare le verifiche di outcome clinici e organizzativi.

Il Decreto 5 agosto 2021, al fine di perseguire la finalità di efficientamento e razionalizzazione delle risorse disponibili e al contempo di promuovere qualità ed esiti positivi nei trattamenti riabilitativi afferenti al setting di ricovero ospedaliero, definisce i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera dei pazienti adulti (codice 56, codice 75 e codice 28) di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico, ortopedico (MDC 1-4-5-8).

8. CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ

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 approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 7 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:

- 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, ecc.);
- attività di riabilitazione sociale data dalle azioni e dagli 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.

Le stesse linee guida allora 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 a rendere disponibile le risorse e le potenzialità ambientali.

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 e adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza e delle attività erogate a favore della persona.

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)

Il Piano, dunque, impegnava le Regioni a mettere “in rete” le risorse dedicate alle attività riabilitative organizzando i percorsi riabilitativi in base ai criteri sopra indicati e a “governare” gli accessi ai percorsi in modo da raggiungere la maggior appropriatezza insieme a condizioni economiche sostenibili.

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011 e dallo Schema di accordo sul documento concernente le linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione del 2021, 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 disturbi cardio respiratori)
- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (destinata alle persone affette da mielolesioni acquisite, gravi cetebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici, turbe neuroscologiche 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 del completamento del processo di recupero
- fase di mantenimento e/p di prevenzione della progressione della disabilità

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 nelle 24 ore.

Le tipologie di prestazioni sopra indicate devono trovare una corretta ed omogenea codificazione nell'ambito del sistema informativo in sede ospedaliera il riferimento è il sistema di classificazione ICD 9 CM e per gli aspetti remunerativi il sistema DRG; in sede di assistenza specialistica ambulatoriale il riferimento è il sistema di classificazione ICD) CM riportata nei nomenclatori specialistici nazionali e regionali.

9. RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

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

Tale individuazione può avvenire solo tramite una adeguata valutazione degli elementi clinici e funzionali e sociali dai quali deve scaturire il piano riabilitativo individuale che permetterà la scelta del setting più appropriato di cure riabilitative in regime di ricovero, in considerazione del fatto che ciascuna struttura ospedaliera di riabilitazione ha caratteristiche specifiche e particolari competenze

ed esperienze al fine di garantire che i trasferimenti per reparti per acuti siano per quanto possibili tempestivi appropriati ed efficaci.

Il piano locale per l'assistenza riabilitativa e modalità di accesso

Sulla base del presente atto le Aziende Sanitarie predispongono un piano locale per l'assistenza riabilitativa.

Il piano contiene:

- i fabbisogni riabilitativi della popolazione di riferimento;
- la struttura della rete di offerta riabilitativa;
- i ruoli assegnati ai diversi nodi della rete locale;
- le modalità di comunicazione, collegamento, coordinamento e integrazione tra l'unità erogative i percorsi di cura per le principali condizioni di interesse riabilitativo;
- i sistemi di verifica dotati a garanzia della continuità di percorso e di qualità e l'appropriatezza erogativa.

Il piano dell'offerta è messo a disposizione degli ospedali per acuti che avvalendosi ove possibile 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.

Requisiti per l'accesso appropriato

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

Una volta effettuato il trasferimento dalla struttura per acuti alla struttura di riabilitazione il medico specialista in riabilitazione predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento.

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 e patologia a domicilio oppure a situazioni critiche 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 di ricoveri provenienti da domicilio in tutte le discipline previste (cod. 56, 28, 75) non dovrebbe di norma superare il 20% del totale dei ricoveri stessi. Tale quota non costituisce una limitazione all'accesso ma è da intendersi come riferimento generale nei confronti del quale le regioni possono adottare apposite rimodulazioni sulla base di percorsi regionali formalmente approvati o a particolari evidenze epidemiologiche locali.

Attività di riabilitazione intensiva a maggiore o minore complessità (codice 56a e codice 56 b) e attività estensiva (codice 56 c) esclusa l'attività di riabilitazione di alta specializzazione

Il primo requisito che risulta indispensabile per il ricovero ordinario in riabilitazione è la necessità clinica di sorveglianza medico e infermieristica per 24 ore; ove non sia necessaria tale sorveglianza il ricovero risulta inappropriato.

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 e appropriato, rivolto all'assistenza di soggetti che, presentando patologie e problemi acuti di varia gravità, possano necessitare di terapie e/o di specifici controlli clinici e strumentali, anche nell'arco delle 24 ore, nonché l'immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche.

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 legate alle condizioni del paziente:

- le condizioni cliniche e le comorbidità mediche e chirurgiche del paziente siano compatibili con l'erogazione dei trattamenti riabilitativi, criterio riscontrabile attraverso analisi della cartella clinica e in particolare del PRI; se nel corso di un ricovero in riabilitazione intensiva l'evolversi delle condizioni cliniche o delle comorbidità del paziente rendono inappropriato 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 all'ASL.

- sia effettuata una valutazione delle condizioni cliniche e 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 entro le 72 ore dall'accoglimento. La valutazione dei risultati ottenuti deve essere eseguita prima 72 ore della dimissione.

Requisiti di processo

Inoltre occorre che siano rispettati i seguenti requisiti generali di processo e che in modo particolare siano chiaramente definiti gli obiettivi del PRI da raggiungere nel corso del ricovero e siano esplicitati i criteri di valutazione del loro raggiungimento, riscontrabili attraverso analisi della cartella clinica e in particolare del progetto riabilitativo individuale.

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

- definizione degli outcome globale e funzionale
- definizione dei componenti del team
- descrizione dei programmi riabilitativi con obiettivi tempi di raggiungimento e modalità di misurazione degli esiti
- verbali delle riunioni di monitoraggio dello stato di avanzamento del programma
- descrizione e 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 e alla dimissione ed almeno una scala di valutazione validata della comorbidità all'ingresso.

Il ricovero si deve concludere con un progetto di dimissione condiviso con l'utente e caregiver esplicitato nella lettera di dimissione.

Livelli di intensità assistenziale

L'attività ospedaliera di riabilitazione intensiva identificata oggi dal codice 56 si caratterizza per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa per il recupero di disabilità importanti modificabili che richiedono un elevato impegno valutativo e terapeutico e una sorveglianza medico infermieristica per 24 ore. Gli interventi devono essere di norma di tre ore giornaliere sei giorni su 7 e comunque almeno 18 ore settimanali, ferma restando la possibilità in via eccezionale e per particolari e documentate condizioni cliniche del paziente di sospendere e ridurre la durata del trattamento riabilitativo sostituendole 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 di 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 possono individuare due sottolivelli in base alla complessità della patologia disabilitante e delle problematiche concomitanti caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, di assistenza infermieristica, di assistenza riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, eccetera nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto; tali sotto livelli potrebbero essere identificati con codici diversi derivati dal codice 56, che identificano la riabilitazione intensiva a maggiore complessità (56a) e quella di minore intensità (56b).

Ulteriori indicazioni per l'accesso appropriato alla riabilitazione sono il paziente che presenta all'ingresso significativa restrizione dell'attività con punteggio Barthel Index BI minore o uguale a 60 o punteggio di analogo significato in altre scale validate equivalenti nell'ambito della MDC 1 e MDC 8

(Barthel Index; anamnestico); anche per gli altri MDC la significativa restrizione dell'attività deve essere documentata attraverso scale di valutazione validate.

L'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva si caratterizza per interventi multiprofessionali 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 di 24 ore

Gli interventi devono essere di norma di un'ora giornaliera sei giorni su 7 e comunque di almeno sei ore settimanali, ferma restando la possibilità in via eccezionale per particolari documentate condizioni cliniche del paziente di sospendere o di 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 di intervento rieducativo; l'assistente sociale, lo psicologo e altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto.

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 e riabilitativi a un minor livello di intensità; sono ammessi ricoveri dal domicilio o da altre unità operative di ricovero ospedaliero non legate ad evento acuto per necessità documentate nel piano riabilitativo individuale.

La specificità della riabilitazione estensiva suggerisce una riflessione circa la necessità di attribuire ad essa un proprio codice di attività (cod. 56 c) coerente con, ma distinto, dall'attuale codice 56 atteso l'impegno riabilitativo richiesto che si differenzia negli obiettivi nell'intensità assistenziale da quello indicato per l'attività riabilitativa intensiva; l'adozione di tale codice eviterebbe l'utilizzo improprio del codice 60, da riservare esclusivamente alla lungo degenza 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 a un minor livello di intensità. Sono ammessi ricoveri dal domicilio da altre unità operative di ricovero ospedaliero non legate ad evento acuto per necessità documentate nel PRI.

Requisiti organizzativi e strutturali generali

Per quanto riguarda i requisiti organizzativi e strutturali generali deve essere definito un complessivo progetto riabilitativo di struttura che declini anche competenze esperienze e risultati clinici relativi alle casistiche di pertinenza per le attività di degenza riabilitative accreditate.

È auspicabile che la struttura di riabilitazione che svolge attività identificata con il codice 56 possa garantire sia trattamenti di riabilitazione intensiva 56 a e 56 b sia trattamenti di riabilitazione estensiva 56 c 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 progetto riabilitativo individuale.

Per le strutture di riabilitazione intensiva ed esclusiva ospedaliere è necessario inoltre il soddisfacimento di alcuni requisiti organizzativi essenziali, con la definizione di un collegamento funzionale formalizzato e condiviso tra le strutture sanitarie ospedaliere e ambulatoriali, quelle socio sanitarie distrettuali e con l'area della residenzialità extraospedaliera, per garantire la continuità assistenziale nella realizzazione dei percorsi riabilitativi e l'effettiva praticabilità dei percorsi di reinserimento.

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 multi morbidità che possano essere affrontati 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 e funzionale quando le condizioni generali richiedono un'assistenza medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.

Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico gestionale

Con la già citata DGR 28 gennaio 2011, n. 13-1439 "Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria" sono state definite le azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale, come di seguito illustrato.

A) Area delle attività riabilitative degenziali

L'identificazione del setting riabilitativo è effettuata al momento della stesura del progetto riabilitativo individuale. Al fine di migliorare l'appropriato utilizzo degli attuali posti letto presenti nelle strutture riabilitative, pubbliche e private accreditate, si propongono le seguenti azioni:

- adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto;
 - adeguamento del rapporto tra letti di R.O e DH: o 1 PL di DH ogni 10 R.O. per reparti di RRF 2° livello (cod. 56); o 1 PL di DH ogni 6 R.O per reparti di RRF di 3° livello (cod. 75 e 28);
 - rimodulazione dei valori soglia delle degenze: o per tale ipotesi si è tenuto conto anche dei percorsi riabilitativi già definiti con gli specialisti di riferimento e riguardanti i pazienti di area neurologica, cardiologica e pneumologica (D.D. n. 26 del 22.10.2007); o i valori soglia vengono ridefiniti anche in funzione della necessità di offrire un percorso riabilitativo complessivo, modulato attraverso interventi degenziali, ambulatoriali e domiciliari: RRF 2° livello
 - MDC 1 – sistema nervoso - gg. 60 41 • MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25 • MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
 - MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica
 - Altri MDC – 20 giorni fRRF 1° livello • MDC 1 – sistema nervoso - gg. 45 • MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25 • MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15 • MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica
 - Altri MDC – 20 giorni per quanto riguarda le strutture RRF di III livello, nel corso del II semestre 2011, quando saranno operativi i letti di continuità assistenziale extraospedalieri e sarà completata l'attivazione dei letti previsti per gli stati vegetativi, sarà considerata l'introduzione di valori soglia delle degenze, unitamente ad altri indicatori di appropriatezza di funzione
 - indicatori di appropriatezza di funzione del reparto per l'ingresso dei pazienti: o RRF 2° livello f90% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti; f10 % max dei pazienti da domicilio o da RRF 1° livello o RRF 1° livello f80% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti; f10 % max dei pazienti da RRF 2° livello f10 % max dei pazienti da domicilio
- Dovranno essere definiti criteri di valutazione di eventuali scostamenti dalle suddette percentuali, che tengano in debito conto una approfondita valutazione del percorso realizzato, anche al fine di una revisione/aggiornamento dei predetti indicatori.

Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono erogate all'interno di una rete riabilitativa caratterizzata da una integrazione organizzativa che in ambito regionale garantisca percorsi dedicati per persone affette da mielolesione acquisita, da gravi cerebrolesioni acquisite, da turbe neuropsicologiche acquisite.

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono erogate all'interno di una rete riabilitativa caratterizzata da una integrazione organizzativa che in ambito regionale garantisca percorsi dedicati per persone affette da

- mielolesione acquisita;
- gravi cerebrolesioni acquisite;

- turbe neuropsicologia che 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 col medico specialista in riabilitazione responsabile della unità operativa che accoglie il paziente che redige il PRI, anche in base alle caratteristiche del progetto riabilitativo della struttura della struttura stessa.

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.

Lesione midollare traumatica e non traumatica (codice 28)

Le Unità Spinali 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 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.

Le Unità Spinali sono dedicate alla presa in carico di persone affette da patologia spinale traumatiche non traumatica di recente insorgenza l'accesso avviene da reparti per acuti in particolare i da neurochirurgie, chirurgie vertebrali, ortopedia e 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 vai a dire quando è risolta l'instabilità del danno midollare primario EO l'instabilità vertebrale emodinamica e respiratoria.

La necessità di ventilazione controllata non esclude l'accesso all'unità spinale e la gestione deve avvenire in collaborazione con la terapia intensiva.

Nella tabella che segue sono presentati i posti letto codice 28 delle Aziende sanitarie della regione Piemonte.

Codice Azienda	AZIENDA	Codice struttura	Subcodice	STRUTTURA	Codice disciplina	DISCIPLINA	Progressivo divisione	Tipo divisione	Degenza ordinaria	Day hospital	TOTALE
909	AO CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	010909	04	PRES. OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO	28	UNITA' SPINALE	02		46	7	53
909	AO CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	010909	04	PRES. OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO	28	UNITA' SPINALE	99	COVID	4	0	4
905	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	010905	01	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	28	UNITA' SPINALE	01		10	1	11
907	AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	010907	03	CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T. BORSALINO	28	UNITA' SPINALE	01		10	2	12
	TOTALE								70	10	80

Tabella. Posti letto codice 28 delle Aziende sanitarie della regione Piemonte

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 della para osteo artropatia neurogena diagnosticata e trattamento neuro urologico trattamento del dolore controllo e verifica dell'efficacia 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 acuti disabilitanti documentate nel PRI, che non necessitano di un ricovero in reparto per acuti ma possano essere appropriatamente presa in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione.

I criteri di dimissione prevedono che siano effettivi quando 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 trattamenti erogabili ad altro livello.

Gravi cerebrolesioni (codice 75)

Le Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (UGCA) sono finalizzate alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma protratto per almeno 24 ore ove coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano disabilità multiple complesse che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello per la criticità clinico assistenziale.

Vengono quindi escluse tutti le cerebrolesioni di natura congenito connatale e le condizioni di riduzione progressiva della responsabilità della responsività fino al coma dovute a malattie progressive.

Nella tabella che segue sono presentati i posti letto codice 75 delle Aziende sanitarie della regione Piemonte.

Codice Azienda	AZIENDA	Codice struttura	Subcodice	STRUTTURA	Codice disciplina	DISCIPLINA	Progressivo divisione	Tipo divisione	Degenza ordinaria	Day hospital	Totale
909	AO CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	010909	04	PRES. OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO	75	NEURORIABILITAZIONE	02		12	2	14
909	AO CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	010909	04	PRES. OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO	75	NEURORIABILITAZIONE	99	COVID	4	0	4
301	ASL CITTA' DI TORINO	010999	00	PRESIDIO AUSILIATRICE DON GNOCCHI	75	NEURORIABILITAZIONE	01		21	0	21
904	AZIENDA OSP. S.LUIGI	010904	00	AOU SAN LUIGI GONZAGA	75	NEURORIABILITAZIONE	01		16	1	17
905	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	010905	01	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	75	NEURORIABILITAZIONE	01		4	0	4
921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	010921	00	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - VERUNO	75	NEURORIABILITAZIONE	01		10	0	10
210	ASL CN1	010126	04	OSPEDALE MAGGIORE SS. TRINITA' FOSSANO CN1	75	NEURORIABILITAZIONE	31		10	1	11
907	AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	010907	03	CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T. BORSALINO	75	NEURORIABILITAZIONE	02		11	2	13
907	AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	010907	03	CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T. BORSALINO	75	NEURORIABILITAZIONE	99	COVID	4	0	4
	TOTALE								92	6	98

Tabella. Posti letto codice 75 delle Aziende sanitarie della regione Piemonte.

I pazienti che accedono alla UGCA devono di norma provenire direttamente dalle unità operative di terapia intensiva o delle unità operative di neurochirurgia o neurologia e in ogni caso da unità operative i per acuti salvo trasferimenti da altre unità operative riabilitative.

La valutazione dell'appropriatezza al ricovero viene effettuata nei reparti per acuti di provenienza da parte degli specialisti in riabilitazione presenti nella struttura in cui il paziente è ricoverato considerate le evidenze difficoltà ad esprimere un giudizio prognostico in fase acuta è possibile ritenere l'accesso appropriato per tutti i pazienti che in seguito ad eventi acuti sono andati incontro a una fase di coma per almeno 24 ore con GCS minore o uguale a 8.

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

In generale l'accesso da domicilio è consentito qualora il ricovero sia dovuto alla riaccutizzazione della disabilità patologia a domicilio o a situazioni critiche acute e disabilitanti documentati nel PRI che non necessitano di un ricovero in reparto per acuti ma possono essere appropriatamente presi in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione

Per quanto riguarda i criteri di dimissione, se sono prevedibili ulteriori miglioramenti sul piano funzionale ma non viene necessità di personale e attrezzature specifiche e non è più necessaria una

riabilitazione intensiva ad alta specialità vale a dire se quantità e qualità del trattamento non sono più proporzionali all'entità del ricovero il paziente viene trasferito in altri nodi della rete riabilitativa utilizzando i criteri di appropriatezza per i vari setting codice 56 riabilitazione estensiva. Quando non si prevedono ulteriori modificazioni del quadro clinico funzionale da attribuire a un intervento riabilitativo specifico il paziente viene avviato a domicilio o al collocamento in strutture dedicate.

Turbe cognitive comportamentali acquisite

I pazienti affetti da grave cerebrolesione acquisita presentano una incidenza e prevalenza molto elevata di disturbi neuropsicologici e comportamentali che possono essere associati o meno al disturbo motorio e che inficiano notevolmente il percorso riabilitativo.

La unità operativa per le turbe neuropsicologiche acquisite può avvalersi di posti letto e in caso di necessità utilizza i posti letto dell'area medica della neurologia della medicina fisica e riabilitazione.

I pazienti che accedono alla struttura devono provenire da unità operative di terapia intensiva, da reparti per acuti di neurologia incluse le stroke unit neurochirurgia o da altri reparti di riabilitazione intensiva per riconosciuta competenze per avvicinamento al luogo di residenza.

Il paziente può essere dimesso e avviato a un day hospital riabilitativo o un trattamento ambulatoriale anche in forma di dei service dedicato quando sono prevedibili ulteriore miglioramento sul piano cognitivo e comportamentale ma non vi è necessità di una riabilitazione intensiva di alta specialità resa con personale e attrezzature specifiche.

Day hospital riabilitativo

Il day hospital riabilitativo è una modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa prevista da una serie di atti normativi.

La degenza diurna deve ritenersi appropriata per tutte le condizioni disabilitanti più severe 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 modalità ben strutturate può 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 infermieristica h 24.

Per tutti i pazienti in regime di degenza diurna i trattamenti sono eseguiti in base a un progetto riabilitativo individuale 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 nonché delle risorse disponibili.

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 percorsi è previsto l'accesso dal domicilio quanto sopra per aggravamento di patologie degenerative o patologie intercorrenti che aggravano situazioni di disabili città preesistenti le condizioni del paziente devono comunque consentire il trasferimento da e per il domicilio.

All'ingresso è effettuata la valutazione clinica del paziente dei suoi bisogni riabilitativi mediante strumenti standardizzati a livello nazionale o internazionale ad esempio scale di valutazione test strumentali laboratorio analisi del movimento eccetera

Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente almeno una scala di valutazione validata del grado di disabilità all'ingresso e alla dimissione ed almeno una scala di valutazione validata della comorbidità all'ingresso.

Codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Il decreto ministeriale n. 165 del 26 settembre 2023 "Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati " ha introdotto l'integrazione e l'aggiornamento delle informazioni raccolte dal flusso SDO (tracciato C) relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (discipline codici 28, 56, 75) allo scopo di fornire una migliore descrizione del ricovero riabilitativo e di rappresentarne il prodotto assistenziale anche in termini di esito.

L'integrazione informativa si è resa necessaria per dare attuazione ai contenuti del Decreto ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera"

10. RIABILITAZIONE TERRITORIALE

Con la DCR 2022,n. 257 - 25346 "Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte" è stata ridefinita nella Regione Piemonte la rete territoriale, sulla base Decreto 23 maggio 2022, n. 77.

L'attività territoriale di riabilitazione a favore di 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.

Attività riabilitativa territoriale

Per consentire la continuità del percorso riabilitativo all'approssimarsi delle dimissioni del paziente dal reparto di riabilitazione viene presa in carico da parte dei servizi territoriali per l'eventuale completamento del programma riabilitativo nel setting assistenziale appropriato.

L'offerta territoriale include

- la riabilitazione ambulatoriale,
- la riabilitazione domiciliare
- la riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.

Riabilitazione ambulatoriale

In tale ambito va considerato che il Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021 e i diversi provvedimenti regionali sul tema contemplano tra le diverse prestazioni anche la vista fisiatica.

Esistono peraltro due tipologie di pazienti che possono usufruire dell'attività di riabilitazione ambulatoriale.

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 composto da almeno tre 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 piano riabilitativo individuale , articolato nei diversi programmi riabilitativi.

Casi non complessi: utenti affetti da menomazioni e ho 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. In presenza di disabilità

minimali segmentari 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.

Le prestazioni riabilitative vengono erogate nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale e nel rispetto della disciplina prescrittiva ed erogativa di tale livello assistenziale. Le terapie fisiche vanno erogate esclusivamente all'interno di un PRI e, qualora indicate, sono giustificate solo se costituiscono una integrazione del trattamento riabilitativo complessivo e sono basate su evidenze di efficacia.

Anche nell'ottica di una integrazione tra i vari attori pubblici e privati, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e di erogazione delle prestazioni, le prestazioni ambulatoriali vanno erogate sulla base di protocolli che a partire dalla specificità clinica- riabilitativa della struttura, prevedano modalità e tempi di erogazione, strumenti di facile somministrazione per la valutazione dell'esito (scale di valutazione, ecc.).

Con la D.D. 7 maggio 2020, n. 417 "Aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. Integrazione degli Allegati A e B della D.D. n.871 del 12.12.2019", sono state definite le specifiche tariffe ambulatoriali.

Con riferimento alle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la Regione Piemonte applica quelle individuate dalla normativa nazionale e, segnatamente, dal nomenclatore di cui alla D.G.R. n. 11-6063 del 02.07.2013 e s.m.i., vigente fino alla entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario nazionale, di cui alla D.G.R. n. 3-8294 del 12.03.2024, ai sensi del DPCM del 12 gennaio 2017 e del DM del 23 giugno 2023, così come modificato con DM del 31 dicembre 2023 e con DM del 28.03.2024.

Day service

Per la riabilitazione ambulatoriale dei casi complessi il setting assistenziale del cosiddetto 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 nel nomenclatore regionale di assistenza specialistica ambulatoriale e che le modalità di prescrizione, registrazione, pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria sono quelle dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Il Day service riabilitativo (a "pacchetto" di prestazioni) è caratterizzato da interventi di riabilitazione a valenza multiprofessionale e afferenti ad aree specialistiche diverse, distribuiti nell'arco della giornata. Nel periodo di permanenza nella struttura è garantita l'erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici plurispecialistici e delle terapie farmacologiche eventualmente necessarie.

Il day service riabilitativo deve ritenersi appropriato per tutte le condizioni disabilitanti più severe che richiedono interventi di alta specializzazione o che, comunque, siano in stretta correlazione temporale con la dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario o diurno o con un evento indice recente; il paziente si trova, quindi, in una fase clinica in cui è ancora elevata l'efficacia dell'intervento riabilitativo intensivo che, se erogato secondo criteri precisi e modalità ben strutturate, può verosimilmente abbreviare i tempi della presa in carico. I pazienti non hanno bisogno di sorveglianza medica e infermieristica nelle 24 ore.

Per tutti i pazienti in cura, 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 nonché delle risorse disponibili. I trattamenti riabilitativi erogati ai pazienti devono essere registrati in apposita cartella ambulatoriale, dove sono riportate le variazioni rilevate nel compimento del PRI, articolato nei diversi programmi riabilitativi.

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.

In regime di day service possono essere erogate solo le prestazioni incluse nel nomenclatore regionale di assistenza specialistica ambulatoriale e le modalità di prescrizione, registrazione e pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria sono quelle dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

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 ambientabile 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 piano riabilitativo individuale 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, è presente un caregiver, necessitano di un progetto riabilitativo con durata ed esiti definiti.

I pazienti possono presentare disabilità a medio alto gradiente di modificabilità in fase post acute di recupero, disabilità maggiore cronica stabilizzata 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 come lettera di dimissione cartella clinica relazione del medico di medicina generale progetto riabilitativo di un medico specialista in riabilitazione relazione di altri specialisti notizie social assistenziali 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, le modalità di valutazione del raggiungimento del risultato.

L'intervento domiciliare è destinato ai pazienti che risultano 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.

La valutazione dei bisogni riabilitativi è effettuata dalla UVM 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.

Con la DGR 16 maggio 2019, n. 91-9000 D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i. sono state approvate le nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative così come descritto nell'Allegato A "Cure Domiciliari Riabilitative", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, a modifica ed integrazione della DGR n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i..

Inoltre è stato stabilito che le Cure Riabilitative Domiciliari (SRD- RRF / SRD- NPI) possono essere erogate anche attraverso Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo, e che le modalità di presa in carico ed erogazione delle prestazioni sono descritte nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante dell'atto deliberativo, al punto Cure Riabilitative Domiciliari SRD- RRF / SRD- NPI con coinvolgimento di Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978; - di stabilire che la tariffa di Euro 46,98= riconosciuta a favore degli ex art. 26 L. 833/1978, con D.G.R. n. 14-10598 del 30 ottobre 2003, si applichi anche a favore degli ex art 43 L. 833/78 per le prestazioni rese dalle figure professionali - di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione - comprensiva di spese accessorie, quali spese di trasporto, tempo di percorrenza e raccolta ed imputazione dati per alimentazione flussi; - di stabilire che le disposizioni di cui al presente provvedimento si applicano per le Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo, a far data dal 1 ottobre 2019 al fine di consentire l'adeguamento contrattuale e la formazione degli operatori per l'utilizzo dei sistemi informativi per i flussi ministeriali.

Sono eleggibili alle Cure Domiciliari Riabilitative i pazienti che:

- sono intrasportabili per motivi clinici ovvero pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto comprometterebbe l'intervento stesso o sarebbe di nocumento alla salute degli stessi;

- necessitano di un progetto riabilitativo estensivo, con modalità, tempi ed esiti definibili. I setting di provenienza I destinatari delle Cure Domiciliari Riabilitative possono provenire da setting di cura ospedalieri (pubblici o privati accreditati) o extraospedalieri (CAVS) oppure dal domicilio.

Scale di valutazione per la presa in carico

Scale di valutazioni validate per la presa in carico Cure Domiciliari Riabilitative sono:

- per il paziente adulto l'Indice di Barthel;
- per il paziente età evolutiva si raccomanda l'utilizzo di scale validate (a titolo di mero esempio, Scale Vineland II, Movement ABC 2, DP3, etc.).

Le figure professionali possono essere: fisiatra, foniatra, neuropsichiatra infantile, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva. Ogni figura professionale che accede al domicilio del paziente per effettuare le prestazioni previste deve compilare il diario clinico, conservato presso il domicilio del paziente e fornito dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL (in base all'organizzazione dell'ASL può essere a livello aziendale o distrettuale), annotando il Servizio/Struttura di appartenenza, la data, l'ora di ingresso e di uscita, tipologia e tempo della prestazione erogata, la figura professionale, il nome, il cognome e la firma leggibile dell'operatore. Le prestazioni erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il DM 17 dicembre 2008 e con la DGR n. 69-481 del 2 Agosto 2010.

Riabilitazione intensiva ed estensiva in strutture residenziali e semiresidenziali

Le strutture di riabilitazione che prendono in carico soggetti di portatori di disabilità fisiche psichiche e sensoriali in regime residenziale e semi residenziali sono presidi della rete della riabilitazione e operano in stretta indicata integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali.

Le attività di riabilitazione svolte nelle strutture residenziali e semi residenziali si rivolgono a pazienti in condizioni clinica stabilizzata che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti e che hanno la necessità di una adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore in regime residenziale o per tempi minori in regime semi residenziale

La valutazione dei bisogni riabilitativi effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale utilizzando tutte le informazioni già disponibili ad esempio lettera di dimissione cartella clinica relazione del medico di medicina generale progetto riabilitativo di un medico specialista in riabilitazione relazioni di altri specialisti notizie socio assistenziali eccetera anche attraverso l'uso dello strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla regione.

Una volta effettuato il trasferimento nella struttura di riabilitazione il medico specialista in riabilitazione predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi le modalità e i tempi di completamento del trattamento.

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 tre 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 dell'attività quotidiana (ADL), compatibile con gli obiettivi da raggiungere. L'intervento riabilitativo deve essere di norma di tre ore giornaliere sei giorni su 7 e comunque gli almeno 18 ore settimanali ferma restando la possibilità in via eccezionale per particolari documentati condizioni cliniche del paziente di sospendere ridurre la durata del trattamento riabilitativo sostituendolo con altre attività di natura clinico assistenziale. L'intervento 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 uno a uno e comunque in coerenza col progetto riabilitativo individuale e i relativi programmi di intervento rieducativo. L'assistente sociale lo psicologo e altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario richiesto. Tale tipo di intervento è a totale carico del servizio sanitario nazionale e non supera di norma i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo.

- l'intervento di tipo estensivo almeno un'ora di attività riabilitativa sei giorni su 7 nell'ambito di un progetto riabilitativo volto a facilitare l'andamento della persona con limitazione delle attività al proprio ambiente di vita è caratterizzato da un intervento di riabilitazione individuale erogato in parte anche con modalità di training attive di gruppo con attenzione anche agli obiettivi di socializzazione e occupazionale. 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 semi residenziale.

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 di personale, le competenze 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 le risorse per realizzarsi le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi i tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti.

CAVS riabilitativo

Con la DGR 23 maggio 2016, n. 32-3342 Disposizioni relative all'attivazione di prestazioni di tipo riabilitativo aggiuntive alle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013 e s.m.i., per far fronte alla suddette esigenze riabilitative, la Direzione Sanità, anche mediante un confronto con le Aziende Sanitarie di riferimento, ha elaborato una proposta che prevede, nell'ambito del ricovero in CAVS presso i Centri ex art. 26 L. 833/1978, a fronte di un bisogno specifico di riabilitazione valutato per singoli casi dal Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure dell'ASL di residenza dell'assistito (in conformità a quanto previsto nella D.D. n. 924 del 30 dicembre 2015), un pacchetto di prestazioni di tipo riabilitativo, aggiuntive al ricovero in CAVS e ai requisiti organizzativi per esso previsti, così definito: Medico con specializzazione in Medicina Fisica e della Riabilitazione o titoli equipollenti: 30 minuti/paziente a settimana; Fisioterapista o altre figure professionali sanitarie di tipo riabilitativo (logopedisti, psicomotricisti, terapisti occupazionali, etc.) o titoli equipollenti: 45 minuti/paziente al giorno per sei giorni alla settimana.

Pertanto, è stato previsto che: - in considerazione di specifiche situazioni clinico-assistenziali, al ricovero CAVS presso i Centri di riabilitazione ex art. 26 può essere aggiunto il pacchetto di prestazioni di tipo riabilitativo di cui sopra, secondo i bisogni riabilitativi valutati, per singolo paziente, dal Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure dell'ASL di residenza dell'assistito, con un costo di 20 € a giornata da aggiungersi alla tariffa giornaliera CAVS.

Successivamente con la DGR n. 8-8280 del 11 marzo 2024 si è stabilito che l'attivazione di prestazioni riabilitative aggiuntive alle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) possa avvenire presso tutte le strutture sanitarie accreditate nell'ambito delle quali è possibile attivare posti letto CAVS (Centri di riabilitazione ex art. 26 e Case di cura), ad integrazione della D.G.R. n. 32-3342 del 23 maggio 2016 e nel rispetto delle modalità operative ivi richiamate.

La Continuità Riabilitativa a Valenza Sanitaria (CRVS)

I posti letto CRVS derivano in generale dalla riconversione di posti letto RRF ospedalieri di primo livello codice 56.

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 nuove realtà organizzative eroganti attività di continuità riabilitativa a valenza sanitaria, derivanti dalla riconversione di posti letto, devono possedere i requisiti organizzativi della RRF ospedaliera di primo livello, mentre per i requisiti strutturali devono essere mantenuti quelli definiti dalla specifica regolamentazione di origine rispetto alla quale le strutture sono state autorizzate ed accreditate.

Altresì, nelle more dell'espletamento delle procedure di autorizzazione e di accreditamento, l'attivazione della funzione riabilitativa di continuità assistenziale potrà avvenire dietro presentazione, da parte del rappresentante legale delle singole strutture interessate alla nuova funzione, di autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sul possesso dei requisiti organizzativi quali richiesti. L'autocertificazione dovrà essere trasmessa dai soggetti interessati all'ASL territorialmente competente e alla Regione.

La verifica ai fini dell'accreditamento è svolta dall'ARPA ai sensi della D.G.R. n. 3-6015 del 28.06.2013, sulla base di procedure e modalità operative definite dall'Amministrazione regionale con specifica regolamentazione. L'ARPA svolgerà le verifiche di accreditamento dell'attività CAVS secondo il manuale di accreditamento di cui all'allegato B) del presente provvedimento. Il procedimento amministrativo di accreditamento, di competenza regionale, dovrà concludersi entro 180 giorni dal ricevimento dell'istanza. I contratti stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate per l'attività di CAVS e le ASL di riferimento, dovranno essere trasmessi, a cura delle Aziende Sanitarie, alla Regione - Direzione "Sanità".

La riabilitazione socio sanitaria

Lo scopo dei trattamenti social riabilitativi di lunga durata è quello di assicurare il recupero al 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 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 e 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 altro 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 agli attività della vita quotidiana e potrà includere attività svolta in laboratori o centri occupazionali.

Riabilitazione in età evolutiva

La riabilitazione in età evolutiva è composta di interventi integrati di rieducazione educazione e assistenza.

La medicina riabilitativa in età evolutiva rappresenta lo strumento elettivo in grado di ritardare, contenere e permettere il miglioramento clinico-funzionale di molte malattie infantili: patologie neuromotorie (paralisi cerebrali infantili, genetiche, postraumatiche), patologie neuromuscolari, disturbi delle funzioni comunicative e relazionali che necessitano di trattamenti riabilitativi diversi ed individualizzati.

La riabilitazione, intesa come processo complesso teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile, si concretizza con la formulazione del progetto riabilitativo e dei vari programmi terapeutici attivi nei diversi ambiti di vita del minore che debbono integrarsi tra loro.

Proprio in questa direzione nell'ultimo decennio si è verificata un'importante evoluzione del pensiero e della prassi riabilitativa. Sono stati ridefiniti i concetti di qualità della cura, intesa come processo complesso in cui la valutazione dell'outcome di una funzione non è sufficiente, ma deve essere integrata in una visione globale del bambino. Il concetto di salute, in altri termini, è inteso come il risultato dell'interazione dinamica tra uno stato psicofisico e i fattori contestuali (personali o ambientali), in accordo con il modello bio-psicosociale.

L'assistenza ha per obiettivo il benessere del bambino e della sua famiglia. Essa deve accompagnare senza soluzioni di continuità il bambino e la sua famiglia sin dalla diagnosi di disabilità.

L'attuale riferimento normativo regionale è la DGR 10-5605 del 2 aprile 2007.

Seguendo le indicazioni delle linee guida della riabilitazione infantile, sulla base della valutazione diagnostica e, soprattutto, funzionale, si attiva per ogni bambino, un progetto riabilitativo individualizzato composto di momenti di trattamenti ambulatoriali, ma anche di un progressivo lavoro di facilitazione e sensibilizzazione rivolta ai diversi contesti di vita del bimbo. Pertanto, l'operatività in rete (nidi, scuole, servizi sociali, quartieri, ambienti di vita, educatori ecc.) risulta un mezzo indispensabile per sostenere la crescita delle competenze alla partecipazione.

La presa in carico rappresenta, pertanto, un intervento tecnico, il più possibile ampio ed adeguato, con lo scopo di favorire uno sviluppo adattivo, interattivo e reciproco in grado di individuare e predisporre le azioni atte a garantire la massima partecipazione alla vita sociale, economica e culturale, in relazione allo sviluppo di abilità raggiunte e potenziali.

Alla luce di tutto quanto sopra detto la revisione degli indirizzi in tema di riabilitazione in ambito evolutivo dovrà fare riferimento, in particolare ai seguenti elementi:

- la definizione di percorsi omogenei di presa in carico per tutta la rete dei servizi che si occupano di riabilitazione in età evolutiva, tenuto conto della peculiarità della tipologia del paziente e del suo nucleo familiare;
- la presenza all'interno di tutti i servizi di team multiprofessionali per indirizzare in modo integrato tutti i momenti del processo riabilitativo;
- una dotazione di personale e attrezzature nei servizi adeguata per garantire un adeguato livello di assistenza per i diversi vari tipi di disabilità;
- l'approccio globale e non settoriale e la necessità di ottenere la massima collaborazione dai piccoli pazienti;
- il riferimento costante nell'operatività alle migliori evidenze scientifiche e linee guida nazionali e internazionali;
- l'utilizzo di strumenti standardizzati e adeguati di valutazione, inquadramento funzionale, valutazione di outcome;
- l'attenzione mirata alla tutela della salute mentale dei ragazzi e delle famiglie;
- la valutazione e rivalutazione del trattamento riabilitativo in atto e dei suoi obiettivi;
- la frequenza, intensità e durata dei singoli trattamenti adeguate alla specifica disabilità e alle finestre terapeutiche proprie dell'età evolutiva;
- la trasmissione di competenze e formazione ai contesti di vita (famiglia, scuola, contesti di vita allargati);
- lo stretto raccordo con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;
- la presenza di analoghi servizi per la disabilità dello sviluppo in età adulta;
- la presenza di strutture residenziali o di sollievo temporaneo, in raccordo con il sociale.

Riabilitazione della persona con grave disturbo nutrizionale e con grave obesità

La problematica dei Disturbi dell'alimentazione (DA) rappresenta un'area di crescente importanza per la salute pubblica.

Gli interventi "nutrizionali" nei disturbi dell'alimentazione costituiscono un aspetto molto importante di un programma di trattamento più complesso, che include cure mediche e specialistiche e attribuisce una particolare importanza agli aspetti psicosociali di questi disturbi. La maggior parte dei pazienti con disturbo dell'alimentazione presenta problemi nella consapevolezza di malattia e nella motivazione al trattamento, che possono rendere difficile la collaborazione al programma di cura: per questo è necessario che gli interventi nutrizionali siano sostenuti da un approccio psicologico e inseriti in un programma di cura complessivo, che consideri la necessità di una condivisione con il paziente delle scelte terapeutiche e tenga in attenta considerazione le sue difficoltà alla collaborazione.

Un Tavolo di lavoro ministeriale a composizione multidisciplinare, ha steso un primo documento "Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione" approvato in sede di Conferenza Stato Regioni a giugno 2017 e le linee di indirizzo sono pubblicate nel Quaderno del Ministero della Salute n. 29, settembre 2017.

Tale recentissimo documento, che esplora anche tutta la letteratura disponibile sul tema tra le altre cose definisce i modelli organizzativi, i vari livelli di cura e gli strumenti per la gestione dei percorsi dei pazienti con DA.

Il luogo definito come ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale che viene considerato il livello di cura di prima scelta. Si parla anche di trattamento ambulatoriale "intensivo" nella forma del "day hospital / day service", anche in regime semiresidenziale.

Il trattamento riabilitativo residenziale in centro specialistico rappresenta il livello di cura più intensivo e pertanto i trattamenti proposti devono necessariamente tenere conto di tutti gli aspetti caratterizzanti il disturbo dell'alimentazione: il trattamento offerto deve essere di tipo integrato tra le varie discipline mediche e si avranno quindi interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico e familiare. Una struttura residenziale dedicata ai disturbi dell'alimentazione deve essere in grado di fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti.

La riabilitazione del paziente gravemente obeso, che si inserisce all'interno del più ampio spettro della "riabilitazione metabolica, nutrizionale e psicologica", necessita di un percorso integrato per una patologia / disabilità grave e complessa che può prevedere diversi livelli assistenziali (ambulatoriale, centri diurni, ricovero ospedaliero sia in fase acuta, sia in fase di riabilitazione) per l'inquadramento delle condizioni cliniche del paziente e della presa in carico sia della patologia principale sia delle comorbidità associate.

Con la D.G.R. 22 Ottobre 2021, n. 36-3977 "Rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e relative tariffe delle strutture dedicate. Integrazione e revoca parziale della D.G.R. 9 dicembre 2013, n. 42- 6860" è stato definito il documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, costituendo la "Rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", con sei livelli di presa in carico e cura del paziente:

11. 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".

L'art. 26 della L. 833/1978 prevede infatti che "le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della Sanità (...)".

Per comprendere la natura e il ruolo di tali strutture è utile ricordare che ai tempi in cui risale la loro istituzione (collegata alle 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).

Nel tempo il profilo dell'handicap/disabilità si è notevolmente modificato 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, è risultato evidente che il rapporto delle strutture in questione con il SSN dovesse essere ridefinito.

In Regione Piemonte l'attività residenziale dei centri di riabilitazione ex art. 26 è stata oggetto, a far data dalla fine degli anni '90, di progetti di trasformazione funzionale/riconversione in altre tipologie di attività sanitarie, socio-sanitarie o socio-assistenziali.

In particolare, le disposizioni contenute nei provvedimenti di attuazione del programma di revisione della rete ospedaliera piemontese (D.G.R. n. 77-2775 del 29.12.2015 e D.G.R. n. 12-3730 del 27.07.2016) hanno previsto la riconversione dell'attività residenziale dei residuali tre centri di riabilitazione ex art. 26 (Fondazione Sacra Famiglia, Centro Ferrero d'Alba, Centro Don Gnocchi) in posti letto CAVS e in posti letto di RRF.

I procedimenti di autorizzazione/accreditamento delle nuove attività sanitarie oggetto di riconversione dell'attività residenziale dei Centri ex art. 26 si sono realizzati secondo la programmazione di cui alla D.G.R. n. 77-2775 del 29.12.2015 e s.m.i..

12. MODALITA' DI REMUNERAZIONE ED ACCORDI CONTRATTUALI

Anche le modalità di remunerazione delle attività riabilitative possono/devono essere funzionali all'integrazione ed all'efficacia 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.

Premesso tutto quanto sopra, si provvederà alla revisione del sistema tariffario in termini di post-acuzie ospedaliera con successivo provvedimento.

Pertanto la Regione adotta il provvedimento di definizione del livello massimo di finanziamento complessivo assegnato per singola Azienda Sanitaria;

- le singole Aziende Sanitarie adottano un proprio provvedimento di assegnazione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata;
- le strutture private accreditate assegnatarie del livello massimo di finanziamento sottoscrivono il contratto con l'ASL competente per territorio, secondo lo schema ratificato con i decreti sopra richiamati.

13. COORDINAMENTO DELLA RETE

Al fine di implementare la “rete” della post-acuzie ospedaliera sul territorio regionale, presso la Direzione Sanità si istituisce il coordinamento della rete. Essa ha ruolo propositivo e consultivo ed è composta da rappresentanti della Direzione Sanità, da professionisti esperti nell’ambito della riabilitazione, da rappresentanti di Direzioni Aziendali delle Aziende Sanitarie Regionali, da rappresentanti del privato accreditato ed eventuali altre figure, come sarà definito con successivo provvedimento, con l’obiettivo di fornire atti di indirizzo e con i seguenti compiti:

- Definizione di linee di indirizzo, raccomandazioni, percorsi, ecc. (anche con il supporto delle società scientifiche). Le dimensioni coinvolte sono sia quella clinica attraverso la stesura di protocolli che prevedano modalità e tempi di erogazione, in relazione alla specificità clinica oltreché strumenti di valutazione di esito, sia quella organizzativa gestionale che regola le modalità di trasferimento, di accesso e di uscita in continuità assistenziale dalle strutture. Devono essere considerate tutte le tipologie di pazienti: quelli che, al momento della dimissione ospedaliera, necessitano di prestazioni riabilitative che non consentono il ritorno diretto al loro domicilio; quelli dimessi che devono attuare programmi riabilitativi a domicilio; quelli che dal loro domicilio devono essere trasferiti in specifici setting di cura, necessitando di prestazioni riabilitative non erogabili presso la loro abitazione, quelli che devono accedere a percorsi riabilitativi preoperatori (es. tumori vescica, colon retto, mammella per prevenzione linfedema), quelli che devono accedere a percorsi riabilitativi per gruppi (es. lombalgia, cervicalgia, osteoporosi), ecc.
- Individuazione di indicatori di appropriatezza, di processo, di esito e loro monitoraggio.
- Definizione di strumenti utili e necessari alla gestione dei percorsi e valutazione dei pazienti (scale di valutazione, ecc.).
- Supporto alla razionalizzazione del sistema tariffario dei diversi livelli assistenziali anche attraverso proposte di criteri di remunerazione innovativi che favoriscano la continuità e la qualità assistenziale.
- Definizione di linee di indirizzo per l’informatizzazione a supporto della governance dei percorsi di riabilitazione e post-acuzie in generale, ambulatoriali e domiciliari e per le relative verifiche di outcome.
- Facilitazione della circolazione dei dati per incrementare la confrontabilità delle singole situazioni e favorire le buone pratiche.
- Stesura di una relazione annuale su:
 1. andamento degli indicatori di appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali;
 2. percorsi regionali adottati;
 3. stato della copertura della rete informatica;
 4. andamento della spesa per protesica.

Il coordinamento potrà attivare tavoli operativi su specifiche linee di lavoro.

14. NODI DI RETE E LORO CONNESSIONI

Il modello attuale della rete ospedaliera prevede l’organizzazione in aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino, AO OIRM Torino ;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;

- Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AOU SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

La rete è data dall'insieme dei "nodi" (rappresentati da professionisti, strutture, servizi, funzioni, ecc) collegati tra loro da "maglie" senza soluzione di continuità che determinano una sorta di "interdipendenza" dei nodi stessi tra loro. All'interno della rete (lungo le "maglie"), quindi, si dipanano i percorsi dei pazienti, dove lo strumento del dipartimento anche di diverso livello (aziendale, interaziendale, regionale) può essere un utile elemento per la realizzazione della rete stessa e dove la presenza di eventuali Centri di riferimento può favorire la presa in carico delle maggiori complessità, la crescita ed il mantenimento delle competenze e lo sviluppo di attività di ricerca nella pratica clinica. Bisogna sostituire l'attuale sistema di rete "peer to peer", in cui ogni nodo della rete è autonomo e talvolta non conosce il nodo successivo, con un sistema in cui i percorsi sono prevedibili e rapidi in funzione delle esigenze appropriate dei pazienti.

Per favorire l'efficienza della Rete e l'integrazione effettiva tra i vari nodi della stessa, sono messi in atto strumenti che consentano anche la condivisione delle risorse (tecnologiche, di personale ed economiche) nonché il loro utilizzo da parte dei nodi, secondo modalità organizzative flessibili ma ben definite che garantiscano:

- la presa in carico in forma omogenea delle persone assistite sul territorio regionale;
- l'unitarietà e l'appropriatezza del percorso di cura in maniera aderente al PSDTA;
- la qualità dei livelli assistenziali tra i vari nodi della Rete;
- l'uniforme crescita professionale degli operatori;
- l'ottimizzazione delle risorse;
- l'omogeneizzazione delle capacità di intervento della Rete attraverso l'attribuzione di specifici ruoli e livelli di responsabilizzazione nell'erogazione delle prestazioni ai differenti nodi della stessa, secondo criteri che tengano conto delle esigenze e dei bisogni assistenziali del territorio su cui i nodi insistono.

15. PERCORSI, PROTOCOLLI E PROCEDURE IN AMBITO RIABILITATIVO

In quest'ottica il passaggio che si sta concretizzando è dal "percorso di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziale" (PDTA) al "percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziale" (PSDTA), che viene sviluppato in modo più ampio, tale da delineare la presa in carico, gestione e valutazione del paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza e del welfare: la prevenzione, il domicilio, le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, le reti della comunità.

La costruzione di PSDTA centrati sui pazienti anche in ambito riabilitativo è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi caregiver di riferimento.

L'approccio appropriato prevede, nell'ambito della rete integrata dell'assistenza primaria, una presa in carico condivisa centrata sulla persona in un percorso assistenziale che preveda un'integrazione dei servizi sanitari e sociali (Distretto, servizi socio-assistenziali, caregiver, ecc.), una dimensione multiprofessionale e multidisciplinare (MMG, PDLS, specialisti, infermieri, IFEC, ecc.) in cui i diversi attori si muovono in un unico percorso, quello del PSDTA territorio-ospedale-territorio.

I PSDTA, protocolli e procedure debbono prevedere quali elementi essenziali (indicativamente):

- linee guida di riferimento;
- criteri di inclusione dei pazienti;
- modalità di presa in carico e gestione dei pazienti;
- modalità di passaggio tra i vari setting (comprese le dimissioni protette e/o assistite), il relativo timing ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria;
- modalità operative sottese all'attuazione del piano di assistenza personalizzato;
- flow chart di sintesi del processo;

- indicatori di processo, di esito (ove possibile) ed i relativi flussi informativi, come esemplificati e la loro misurazione;
- la programmazione degli audit interni;
- le azioni di miglioramento.

Poiché per rete riabilitativa si deve intendere l'insieme di tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, ospedaliere e territoriali, ambulatoriali, domiciliari e residenziali, lo strumento di garanzia dei percorsi attraverso i nodi della rete è il PRI. Nell'ambito della rete riabilitativa prevale il concetto di continuità della cura (passaggio di setting) sul concetto di dimissione. Pertanto, il paziente che necessita della rete riabilitativa del SSR non viene dimesso da una struttura verso un'altra, ma segue un percorso di cura riabilitativa definito dal PRI: tale modalità, che dovrà tenere anche in considerazione fattori quali l'età del paziente, la residenza e le condizioni sociali, dovrebbe limitare l'opposizione al trasferimento verso setting appropriati per motivi non clinici.

Per tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, e per tutti i setting assistenziali coinvolti (residenzialità ospedaliera ed extra-ospedaliera, semiresidenzialità, ambulatoriale, domiciliare) nella riabilitazione intensiva e specialistica, nonché per la lungodegenza, è necessario un collegamento funzionale formalizzato e condiviso per garantire la continuità assistenziale nella realizzazione dei "piani" riabilitativi individuali e l'effettiva praticabilità dei percorsi di reinserimento.

Dovrà essere ripensato in tale ottica tutto il sistema degli strumenti attualmente previsti (NOC, NDCC, COT, ecc.) per una realizzazione efficace della continuità dell'assistenza.

La definizione delle modalità organizzative e dei processi di tali collegamenti si troveranno all'interno dei provvedimenti di attuazione delle "reti" sanitarie e socio-sanitarie territoriali.

Con il nuovo disegno di rete riabilitativa piemontese si intende porre il focus sul paziente che nel suo percorso assistenziale può necessitare di presa in carico riabilitativa sia in ospedale (nei diversi regimi di erogazione delle prestazioni) che sul territorio (anche in questo caso con modalità diverse di presa in carico); si intende altresì considerare che la terapia riabilitativa può avere intensità di diverso grado sia a livello ospedaliero che territoriale: ad es. pazienti ricoverati possono necessitare di prestazioni di tipo riabilitativo di bassa intensità e, viceversa, pazienti seguiti in vari settori assistenziali del territorio possono abbisognare di intensità elevata di riabilitazione.

Altro elemento fondamentale di attenzione è la necessità di definire, in ambito di postacuzie, una adeguata risposta ai bisogni dei pazienti COVID 19, considerando anche che in molti casi sono i pazienti di età avanzata, sovrappeso o con multiple malattie croniche a sviluppare maggiormente le forme gravi di COVID-19.

Le nuove tecnologie di Telemonitoraggio unite ai nuovi sistemi di interconnessione possono altresì permettere di ottimizzare il percorso del Paziente attraverso strumenti di Telemedicina.

Con la D.G.R. n. 4-6815 del 4/05/2023 è stato approvato il Piano operativo e del fabbisogno per i servizi minimi di telemedicina, a seguito di valutazione di congruità espressa dalla Commissione tecnica di valutazione, ai sensi di quanto disposto dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale del 30/09/2022, aggiornato con D.G.R. n. 29-7327 del 31/07/2023;

Successivamente con D.G.R. n. 20-7658 del 06.11.2023 è stato approvato il modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di Telemedicina della Regione Piemonte.

La Telemedicina, già oggi affermata nell'ambito del teleconsulto, della telerefertazione e nel monitoraggio in remoto del paziente, avrà sempre più un ruolo per il cambiamento culturale e logistico della sanità.

La Teleriabilitazione, utilizzando gli strumenti di telemonitoraggio e di telemedicina, rappresenta un moderno approccio al percorso riabilitativo del paziente fisiiatrico. La Teleriabilitazione infatti permette di rendere più efficiente il processo riabilitativo, modificando non solo l'ambito della logistica sanitaria, ma lo stesso Progetto Riabilitativo Individuale. Il paziente realizza il suo PRI al proprio domicilio, divenendo attore protagonista (insieme agli eventuali caregivers) del proprio percorso di cura e del proprio stato di salute, attraverso l'utilizzo di strumentazione che consente al "curante/tutor" di seguire in remoto l'attività svolta, apportarvi gli eventuali aggiustamenti e monitorarne gli esiti. Gli strumenti di teleriabilitazione inoltre, permettendo una domiciliante protetta del paziente, garantiscono il superamento dei cicli di terapia ad oggi vincolo dei trattamenti standard. Tale approccio aumenta la compliance dei pazienti e riduce la pressione sulle strutture sanitarie consentendo un migliore utilizzo

delle risorse umane e strumentali garantendo altresì una responsabilità e sostenibilità sociale del progetto riabilitativo. In questa ottica, quindi, per teleriabilitazione si deve intendere un processo riabilitativo integrato, supportato da una piattaforma informatica che consenta la condivisione dei dati sanitari e del Progetto Riabilitativo Individuale da realizzarsi al di fuori delle strutture sanitarie sotto il monitoraggio di un team multidisciplinare.

Requisiti base del sistema sono la certificazione della piattaforma informatica, a garanzia delle norme nazionali di riservatezza dei dati sanitari, nonché la certificazione dell'avvenuta esecuzione dei trattamenti proposti nell'ambito del PRI e il loro monitoraggio sanitario.

La teleriabilitazione non prescinde dalla valutazione clinica del Paziente e dalla stesura del PRI, ma ne è parte integrante. Le ricadute attese all'introduzione nella pratica clinica della teleriabilitazione vanno ricercate in termini di riduzione dei costi sanitari a fronte di un aumento delle sessioni di terapia erogate. Nell'ambito della teleriabilitazione, oltre a strumenti prettamente sanitari, si possono annoverare risorse umane e tecnologiche normalmente utilizzate in ambito di telemonitoraggio per il controllo degli stili di vita e per il mantenimento del buon stato di salute nell'ambito della cronicità.

Naturalmente la riabilitazione domiciliare dovrà essere pianificata in raccordo con eventuali altre forme di assistenza domiciliare cui il paziente sia soggetto e, comunque, con previsione di integrazione territoriale dei percorsi di cura. L'appropriatezza clinica e gestionale deve essere monitorata e valutata attraverso specifici indicatori di risultato per la tracciabilità, l'evoluzione e la modificabilità del bisogno riabilitativo.

L'integrazione della riabilitazione domiciliare nella rete assistenziale riabilitativa deve prevedere quindi:

- sia una modalità di continuità terapeutica dall'ospedale per acuti che dalle strutture di post-acuzie, sia la presa in carico della disabilità cronica, con team professionali dedicati in collegamento tecnico ed organizzativo nell'ambito delle cure domiciliari;
- sia interventi programmati per il monitoraggio della disabilità cronica.

16. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione di tutto il personale dell'area della riabilitazione che opera nelle unità operative ospedaliere e nei servizi territoriali è uno degli elementi qualificanti del percorso assistenziale, garanzia di qualità ed efficienza del sistema e strumento per contribuire a ridurre il rischio clinico e migliorare la sicurezza dei pazienti.

Le attività formative dovranno essere indirizzate verso percorsi di salute e diagnostico-terapeutici e assistenziali in ambito riabilitativo finalizzati ad un processo di integrazione tra cure territoriali ed ospedaliere. Nell'ottica di una efficace programmazione degli interventi, dovranno essere predisposti piani di intervento per la formazione integrata del personale medico, dei fisioterapisti e delle professionalità sanitarie coinvolte nel processo di riorganizzazione in rete delle cure pediatriche, anche attraverso sistemi di rilevazione periodica delle esigenze formative emergenti.

I programmi di formazione/aggiornamento sono orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione, nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate. In questa logica vanno considerati la formazione ECM e tutti gli strumenti di accrescimento e di certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi.

17. COMUNICAZIONE E MODALITÀ DI DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI

Particolare importanza rivestono per il funzionamento di Rete e il raggiungimento dei risultati attesi, la comunicazione interna tra i nodi e gli operatori coinvolti nelle attività di Rete nonché le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini, ai pazienti e alle associazioni di volontariato.

In tal senso, sono adottati modelli condivisi per una fluida e corretta comunicazione interna ed esterna, alla cui efficacia concorre anche il pieno soddisfacimento degli obblighi di trasparenza e il miglioramento continuo delle modalità di coinvolgimento dei cittadini al percorso di cura.

La Carta dei servizi è l'impegno che la struttura si assume nei confronti della popolazione di riferimento. Ogni struttura sanitaria che eroga prestazioni deve sviluppare una Carta dei servizi specifica per l'assistenza riabilitativa, conforme ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza.

L'ascolto, la condivisione, la partecipazione e il coinvolgimento fanno parte del processo di umanizzazione che unisce pazienti, operatori, cittadini, familiari, istituzioni nel riconoscere il diritto a una sanità rispettosa delle esigenze relazionali delle persone assistite, senza trascurare gli aspetti sanitari, organizzativi e strutturali.

Prioritario è l'approccio globale al paziente attraverso l'adozione di strategie organizzative e gestionali mirate non solo alla ottimizzazione dei processi di diagnosi e cura, ma anche orientata all'attenzione di tutte le esigenze del bambino e della famiglia nelle fasi di emergenza – urgenza, ricovero ospedaliero, assistenza ambulatoriale e comunque in una ottica di continuità delle cure.

Le associazioni di volontariato rappresentano una risorsa sia per la conoscenza diretta delle necessità e problematiche assistenziali e psicologiche dei pazienti; sia e per la possibilità di trovare collegamenti empatici e fiduciari con gli utenti. Sono pertanto da sviluppare azioni specifiche per il coinvolgimento diretto delle famiglie e del volontariato nei processi di cura.

18. MONITORAGGIO ED INDICATORI

Al fine di una corretta gestione della Rete e secondo gli indirizzi della programmazione regionale, questa deve dotarsi preliminarmente, fin dalla sua costituzione formale, di un idoneo sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità, di appropriatezza e di sicurezza delle attività svolte e in generale dei risultati raggiunti.

Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento, nonché le check list per la valutazione dei PSDTA in ambito riabilitativo, devono interessare tutte le componenti ospedaliere e territoriali della Rete.

I flussi informativi devono essere coerenti agli indicatori utilizzati. Questi ultimi devono essere aggiornati con cadenza almeno biennale, così come gli standard di riferimento e le check list, in quanto tali elementi hanno natura dinamica.

Gli indicatori di primo livello rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio EMUR e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle Reti.

Gli indicatori di secondo livello non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.

Attraverso le attività di audit sono periodicamente verificati, in un contesto multiprofessionale e multidisciplinare, sia nei contenuti che nella loro applicazione, i protocolli e le procedure operative per il passaggio dei pazienti e delle relative informazioni tra i vari setting assistenziali ed in particolare da quelli del territorio a quelli dell'ospedale e viceversa.

19. RIFERIMENTI DI INTERESSE

I principali riferimenti sono i seguenti:

- il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, che intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha dettato nuove disposizioni inerenti la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati. In particolare l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto citato, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

- Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in cui si riporta tra l'altro quanto segue: 2. Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni. 2.6. La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospécialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante "Piano di indirizzo per la Riabilitazione", allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione, entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti. 2.7. I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post-acute delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5, sono attuati nel rispetto dello standard fissato dal presente provvedimento per la lungodegenza e la riabilitazione;

- il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- la DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 "Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie. Modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015";

- il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

- la DCR. del 22 febbraio 2000, n. 616-3149 "Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione";

- la DGR del 5 dicembre 2000, n. 82-1597 "Disposizioni attuative della D.C.R. n. 616-3149 del 22/2/2000 sui requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private, nonché i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture medesime";

- la DGR 2 aprile 2007, n. 10-5605 "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali";

- la DCR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087 “Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali”;
- la DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519 “Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)”;
- la DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992 “Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012”;
- la DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 “Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”;
- la DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924 “Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 “Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”;
- la DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653 “Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”;
- la DGR 27 luglio 2015, n. 42-1921 “Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A “Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012”, in cui viene definito il modello organizzativo della ASR”;
- la DGR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087 “Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali”, che riporta che ai fini del governo clinico e della razionalizzazione della rete dei posti letto di riabilitazione dell'area di post-acuzie si rende pertanto attualmente necessario individuare e realizzare azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale attraverso un'azione monitorata che individui in ogni setting riabilitativo indicatori specifici con valori soglia e criteri oggettivabili di complessità assistenziale e riabilitativa e di funzione nell'ambito della rete;
- la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, con cui la Giunta regionale ha approvato i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, in particolare il programma 14 - intervento 14.1.1 “Rete ospedaliera e riconversioni” – in cui si prevedeva, entro il 31/12/2013, la ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento), per realizzare il risultati programmati di allineamento della rete ospedaliera del Piemonte ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto F);
- la DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519 “Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)”;
- la D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 “Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”, con cui si è dato seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto, definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale, con l'individuazione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale;
- la DGR n. 1-924 del 23 gennaio 2015, “Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”, in cui è stato previsto nell'Allegato, relativamente allo specifico cronoprogramma, il raggiungimento di 0,7 posti letto per mille abitanti per la postacuzie nel biennio 2017-2018;
- DGR 16 maggio 2019, n. 91-9000 “D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i. “;

- DGR 19 febbraio 2021, n. 14-2889 “Modifiche e integrazioni alle DD.G.R. n. 1-1881 del 10.08.2020 e n. 5-2435 del 1.12.2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Proroga regole in via transitoria per l'anno 2021. Valorizzazione economica delle eccedenze di prestazioni sanitarie realizzate per residenti in altre regioni negli anni 2017-2018”;
- DGR 13 marzo 2020, n. 12-1124 Emergenza da covid 19.” Variazione temporanea nella dotazione dei posti letto nell'ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattualizzazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema pubblico” ha disposto un incremento temporaneo delle dotazioni di posti letto delle strutture pubbliche, con specifico riguardo ai posti letto in terapia intensiva, semi- intensiva, nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive. In particolare, le Aziende hanno dovuto individuare per degenze COVID a media intensità, il 40% dei posti ospedalieri e nelle Aziende Ospedaliere hub il 25% dei posti letto ospedalieri;
- la D.G.R. 12 Giugno 2020, n. 7-1492. Emergenza da COVID-19. Approvazione del “Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19” da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020.
- la DCR 2022,n. 257 - 25346 “Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”;
- la DCR 2022,n. 257 - 25346 “Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”;
- la DGR 29 dicembre 2023, n. 14-8045 “Procedura per la riconversione di posti letto accreditati e contrattualizzati di riabilitazione e lungodegenza neuropsichiatrica in posti letto extraospedalieri delle case di cura neuropsichiatriche”.