

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA

Oggetto: **Approvazione dei criteri per la verifica dell'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi erogati dalle strutture pubblicate e private accreditate di riabilitazione firmatarie degli accordi ARIS di cui alle DGR nn.1168/2019 - 1596/2021 - 04/2024**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTE le attestazioni del Direttore U.O.C. Controllo di Gestione e del Direttore U.O.C. Contabilità Bilancio e Finanza con riferimento alla spesa ivi contenuta;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

DETERMINA

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di richiamare, quale parte integrante e sostanziale del presente atto la determina DG ASUR n. 1938 del 15/11/2022 di cui all' allegato 1, con la quale si è provveduto a costituire la Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative;
3. di approvare e sottoscrivere il documento denominato "criteri per la verifica dell'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi" di cui all' allegato 2, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
4. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28, comma 2, della L.R. 19/2022.
5. di dare atto, infine, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale, a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19/2022;



6. che dal presente atto non scaturiscono oneri di spesa a carico del Bilancio dell'AST Ancona, in quanto lo stesso ha una valenza esclusivamente organizzativa e di recepimento.
7. Di trasmettere il presente atto per gli adempimenti di competenza:
 - Ai Direttori di Distretto
 - Ai Responsabili ed ai referenti dell'attività di controllo
 - Alla Direzione U.O.C. Privato convenzionato
 - Alla Direzione U.O.S.D. Assistenza Riabilitativa
 - Agli enti firmatari dell'accordo ARIS che operano sul territorio dell'AST Ancona
8. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28 della L.R. 19/2022;
9. di dare atto, infine, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale, a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19/2022.

IL DIRETTORE GENERALE

(Giovanni Stroppa)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Sonia Piercamilli)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Benedetta Raffaella Ruggeri)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

(Massimo Mazzieri)



DOCUMENTO ISTRUTTORIO DIREZIONE SOCIO SANITARIA

Normativa di riferimento

- Art. 26 L.833 1978;
- D.Lgs 229/99 e s.m.i.;
- L.R. 13/2023 e s.m.i.;
- Linee guida sulla riabilitazione del 07/05/1998;
- Piano di indirizzo per la riabilitazione del 02/03/2011;
- D.G.R. n. 1468 del 29.12.2014 "Definizione del Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche e relative tariffe" e ss.mm.ii.;
- Decreto Ministero della Salute n. 70 del 02.04.2015 "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. n.127 del 04.06.2015);
- Decreto 8/RAO del 5.04.2016: "Attuazione D.G.R n. 781 del 28.5.2013 - Dec. n. 16/RAO/2015." Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015" - Integrazione al punto A.3.5" Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione";
- Decreto n. 12/RAO del 28.04.2016 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 — Dec. n. 16/RAO/2015." Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015" - Integrazione al punto A.3.5 "Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione. Modifica e integrazione";
- L.R. 30.09.2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati";
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, avente ad oggetto "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- D.G.R. n. 1114 del 29.09.2017 "DGR 1438/2016 Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche. Accordo con Associazione ARIS per gli anni 2016- 2017-2018. Integrazione con il "Progetto Riabilitativo Età Evolutiva" con riferimento all'attività dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione";
- D.G.R. 1571 del 16.12.2019 "LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale di Autorizzazione delle Strutture ospedaliere ed extraospedaliere che erogano prestazioni in



regime ambulatoriale, degli stabilimenti termali e degli studi professionali di cui al comma 2 dell'art. 7 della L.R. 21/2016 (parte B)“

- D.G.R. n. 1668 del 30.12.2019 “Approvazione dello schema di accordo-quadro tra la Regione Marche e l'ARIS Marche per gli anni 2019 - 2020 - 2021”;
- D.G.R. N. 56 del 31/01/2022: “Recepimento dell’Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Atto n. 124/CSR del 4/8/2021);
- D.G.R. n. 702 del 06.06.2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 “Salute” – D.M. 29 aprile 2022. Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”;
- Decreto del Ministro della Salute 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”;
- L. R. del 8 agosto 2022, n. 19 “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale”;
- D.G.R. n. 6 del 16.01.2023 “Approvazione del manuale di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari”;
- D.G.R. n. 214 del 27.02.2023 “L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle Strutture (ospedaliere ed extraospedaliere) che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, degli stabilimenti termali e degli studi professionali di cui al comma 2 dell’art. 7 della L.R. 21/2016. Modifica della DGR 1571/2019”;
- D.G.R. n. 448 del 04.04.2023 “Nuove disposizioni per il controllo dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie ospedaliere degli erogatori pubblici e privati convenzionati. Revoca DGR n.1489/2019.”
- Determina ASUR/DG n. 467 del 30/06/2022 “Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell’ASUR Marche – anni 2022-2024”;
- Determina n. 1938/AV2 del 15/11/2022 “Commissione unica per la verifica dell’appropriatezza delle prestazioni riabilitative”.

Motivazione:

Premesso che:

- Con DGR n. 56 del 31 gennaio 2022 sono state recepite dalla Regione Marche le “Linee di indirizzo per l’individuazione dei percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” anche in linea con quanto sostenuto nei LEA 2017,



- Con det. n. 1938/AV2 del 15 novembre 2022 è stata istituita in AV2 ora AST Ancona, la Commissione Unica con il compito di verificare l'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate di riabilitazione.

La suddetta Commissione ha il compito di definire, tra l'altro, strumenti e metodi operativi per distinguere ciò che è appropriato da ciò che non lo è, con l'obiettivo di definire percorsi omogenei e condivisi anche nell'ottica di razionalizzazione dei costi e di ottimizzazione degli interventi in considerazione della frammentazione dei percorsi, la ridondanza delle prestazioni, la diversità o mancanza di strategie e strumenti condivisi, della mancanza di collegamenti tra operatori della riabilitazione e tra i vari setting che hanno reso sempre più necessario perseguire il fine di governare gli accessi ai percorsi per raggiungere la maggiore appropriatezza possibile e mantenere nel tempo la sostenibilità economica della riabilitazione stessa.

Considerato che tali criteri di valutazione sono stati redatti dalla Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative ed oggetto di confronto in sede di incontri congiunti con la Fondazione Don Gnocchi e con la KOS GROUP, entrambe presenti attivamente nel territorio dell'AST Ancona, si ritiene necessario procedere all'approvazione del documento denominato "Criteri per la verifica dell'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi".

Si attesta l'avvenuta verifica circa l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6-bis della L. 241/1990 e ss.mm.ii..

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto.

Si richiede la pubblicazione all'Albo on line (comprensiva di tutti gli allegati ovvero escludente uno o più allegati come specificati nel campo "allegati").

Esito dell'istruttoria (proposta dell'atto):

Tutto ciò premesso si propone al Direttore Generale dell'AST Ancona l'adozione del seguente atto:

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di richiamare, quale parte integrante e sostanziale del presente atto la determina DG ASUR n. 1938 del 15/11/2022 di cui all' allegato 1, con la quale si è provveduto a costituire la Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative;
3. di approvare e sottoscrivere il documento denominato "criteri per la verifica dell'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi" di cui all' allegato 2, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
4. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28, comma 2, della L.R. 19/2022;
5. di dare atto, infine, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è



efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale, a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19/2022;

6. che dal presente atto non scaturiscono oneri di spesa a carico del Bilancio dell'AST Ancona, in quanto lo stesso ha una valenza esclusivamente organizzativa e di recepimento.
7. Di trasmettere il presente atto per gli adempimenti di competenza:
 - Ai Direttori di Distretto
 - Ai Responsabili ed ai referenti dell'attività di controllo
 - Alla Direzione U.O.C. Privato convenzionato
 - Alla Direzione U.O.S.D. Assistenza Riabilitativa
 - Agli enti firmatari dell'accordo ARIS che operano sul territorio dell'AST Ancona
8. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28 della L.R. 19/2022;
9. di dare atto, infine, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale, a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19/2022.

**Il Dirigente responsabile del procedimento
dott.ssa Marta Fraternali**

ALLEGATI

Allegato 1 - Det.ASUR/DG n. 1938/AV2 del 15/11/2022"Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative";

Allegato 2 - "Criteri per la verifica dell'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi".



**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE ASUR
ANCHE IN FUNZIONE DI DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 2
N. 1938/AV2 DEL 15/11/2022**

Oggetto: Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative

**IL DIRETTORE GENERALE ASUR
ANCHE IN FUNZIONE DI DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 2**

- -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA la Determina del Direttore Generale n. 483 del 15.7.2022 avente per oggetto: "Continuità gestionale dell'AV 2 di Fabriano in assenza del Direttore di AV – Determinazioni";

VISTA l'attestazione delle Dirigenti della U.O.C. Supporto all'Area Controllo di Gestione e U.O.C. Supporto all'Area Contabilità Bilancio e Finanza in riferimento al bilancio annuale di previsione.

- D E T E R M I N A -

1. Di procedere, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, alla istituzione della Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in Area Vasta 2;
2. Di dare atto che, ai sensi di quanto disposto al precedente punto 1, la Commissione risulta essere così composta:
 - Medico Fisiatra con funzioni di Presidente: Dr.ssa M. Grazia Altavilla o suo delegato;
 - Medico Fisiatra Area Territoriale: Dr.ssa Lucia Marinozzi o suo delegato;
 - Medico Fisiatra Area Ospedaliera: Dr.ssa Sara Giorgi o suo delegato;
 - Direttore di Distretto: Dr. Corrado Ceci o suo delegato;
 - Direttore UOC Privato Convenzionato: Dott.ssa Fiammetta Mastri o suo delegato.

3. Di dare altresì atto che dall'adozione della presente determina non deriva per l'Azienda alcun onere aggiuntivo di spesa in quanto la partecipazione dei componenti alla Commissione non comporta il riconoscimento ad alcun compenso, indennità o rimborso spese;
4. Di dare atto che rimane fermo e impregiudicato ogni potere di adottare nuovo e diverso atto di modificazione e/o integrazione della Commissione in relazione a processi di riorganizzazione e alla luce della normativa che dovesse medio tempore intervenire;
5. Di trasmettere il presente atto ai soggetti sopra nominati componenti la Commissione per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti all'adozione del presente atto;
6. Di dare atto che dal presente atto non derivano oneri a carico del Budget di Area Vasta;
7. Di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;
8. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i;

IL DIRETTORE GENERALE ASUR
anche in funzione di
DIRETTORE AREA VASTA N. 2
Dr.ssa Nadia Storti

PER IL PARERE INFRASCritto

UOC Supporto Area Controllo di Gestione

Vista la dichiarazione contenuta nel documento istruttorio, si attesta che dal presente atto non derivano nuovi o maggiori oneri economici.

Il Dirigente Amministrativo
Dott.ssa Letizia Paris

UOC Supporto Area Contabilità Bilancio e Finanza

Vista la dichiarazione contenuta nel documento istruttorio, si attesta che dal presente atto non derivano nuovi o maggiori oneri economici.

Il Dirigente Amministrativo
Dott.ssa Antonella Casaccia

La presente determina consta di n.6 pagine.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
UOC SUPPORTO AREA AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO

Normativa e atti di riferimento:

- Art. 26 L. 833/1978;
- D. Lgs. 229/99 e s.m.i.;
- L.R. 13/2003 e s.m.i.;
- Linee Guida sulla Riabilitazione del 07/05/1998;
- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 02/03/2011;
- Determina ASUR/DG n. 467 del 30/06/2022 - Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASUR Marche – anni 2022-2024;

Motivazione:

Al fine di migliorare l'accessibilità, la qualità dei servizi riabilitativi l'efficacia delle prestazioni erogate in relazione ai bisogni degli assistiti dell'Area Vasta 2, si rende necessario procedere alla istituzione della Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative.

Tale Commissione, nell'ottica del perfezionamento continuo del servizio pubblico, ha il compito di verificare il corretto comportamento dell'erogatore sanitario, anche sotto il profilo della congruità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle prestazioni erogate, il rispetto degli accordi contrattuali e di evitare, nei termini, con le modalità e le garanzie di cui alla vigente normativa, comportamenti scorretti che determinino erogazioni incongrue o inappropriate, o fattispecie comunque in contrasto con le norme vigenti, nonché tutti gli aspetti ritenuti opportuni.

Su conforme disposizione del Direttore Area Vasta, che ha incaricato il proponente servizio della predisposizione del presente atto, la Commissione risulta così composta:

- Medico Fisiatra con funzioni di Presidente: Dr.ssa M. Grazia Altavilla o suo delegato;
- Medico Fisiatra Area Territoriale: Dr.ssa Lucia Marinozzi o suo delegato;
- Medico Fisiatra Area Ospedaliera: Dr.ssa Sara Giorgi o suo delegato;
- Direttore di Distretto: Dr. Corrado Ceci o suo delegato;
- Direttore UOC Privato Convenzionato: Dott.ssa Fiammetta Mastri o suo delegato.

Dall'adozione della presente determina non deriva per l'Azienda alcun onere aggiuntivo di spesa in quanto la partecipazione dei componenti alla Commissione non comporta il riconoscimento ad alcun compenso, indennità o rimborso spese.

Per quanto sopra esposto, si propone l'approvazione della seguente:

DETERMINA DEL DIRETTORE DI AREA VASTA N. 2

1. Di procedere, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, alla istituzione della Commissione unica per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in Area Vasta 2;
2. Di dare atto che ai sensi di quanto disposto al precedente punto 1, la Commissione risulta essere così composta:
 - Medico Fisiatra con funzioni di Presidente: Dr.ssa M. Grazia Altavilla o suo delegato;
 - Medico Fisiatra Area Territoriale: Dr.ssa Lucia Marinozzi o suo delegato;
 - Medico Fisiatra Area Ospedaliera: Dr.ssa Sara Giorgi o suo delegato;
 - Direttore di Distretto: Dr. Corrado Ceci o suo delegato;
 - Direttore UOC Privato Convenzionato: Dott.ssa Fiammetta Mastri o suo delegato.
3. Di dare altresì atto che dall'adozione della presente determina non deriva per l'Azienda alcun onere aggiuntivo di spesa in quanto la partecipazione dei componenti alla Commissione non comporta il riconoscimento ad alcun compenso, indennità o rimborso spese;
4. Di dare atto che rimane fermo e impregiudicato ogni potere di adottare nuovo e diverso atto di modificazione e/o integrazione della Commissione in relazione a processi di riorganizzazione e alla luce della normativa che dovesse medio tempore intervenire;
5. Di trasmettere il presente atto ai soggetti sopra nominati componenti la Commissione per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti all'adozione del presente atto;
6. Di dare atto che dal presente atto non derivano oneri a carico del Budget di Area Vasta;

7. Di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;
8. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i;

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa M. Silvia Pesciarelli

Il Direttore
Dott.ssa Cristina Arzeni

- ALLEGATI -

N.N.

CRITERI PER LA VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA DEI TRATTAMENTI RIABILITATIVI

Con determina n 1938/2022 del Direttore Generale ASUR anche in funzione di Direttore di AV2 è stata costituita in AV2 ora AST Ancona, la Commissione Unica con il compito di verificare l'appropriatezza dei trattamenti riabilitativi erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate di riabilitazione.

Nonostante le Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 e il Piano di Indirizzo della Riabilitazione del 2011, il 4/08/2021 la Conferenza Stato/Regioni e PA, al fine di superare le criticità che hanno caratterizzato ed ancora caratterizzano la riabilitazione, ha ritenuto necessario approvare il documento "Linee di indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati nelle reti di riabilitazione", in linea con quanto già sostenuto nei LEA 2017 e recepito con DGR Marche n 56 del 31 Gennaio 2022.

La frammentazione dei percorsi, la ridondanza delle prestazioni, la diversità o mancanza di strategie e strumenti condivisi, la mancanza di collegamenti tra operatori della riabilitazione e tra i vari setting, l'aspetto prestazionale ancora presente in riabilitazione, hanno reso sempre più necessario perseguire l'obiettivo di governare gli accessi ai percorsi per raggiungere la maggiore appropriatezza possibile e mantenere nel tempo la sostenibilità economica della riabilitazione stessa.

Oggetto del lavoro della commissione è stato prima di tutto definire strumenti e metodi operativi per distinguere ciò che è appropriato da ciò che non lo è dal momento che la definizione usata più comunemente per l'appropriatezza "*fare la cosa giusta per la persona giusta al momento giusto e in modo giusto*" può sembrare un'espressione semplice, ma in realtà esprime un concetto complesso e multidimensionale che attraversa l'appropriatezza clinica e organizzativa passando per quella prescrittiva e temporale.

Si è partiti pertanto dalla analisi della normativa a disposizione, compresi i nuovi manuali di autorizzazione/accreditamento regionali, e si è arrivati alla definizione dei criteri di appropriatezza.

"Le linee di indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati in riabilitazione" (DM 5 agosto 2021) riguardano sia la Riabilitazione ospedaliera sia quella territoriale.

L'appropriatezza della riabilitazione ospedaliera è già in parte espressa nel DM 05/08/2021 che ne regola gli accessi ed è completata dal nuovo decreto ministeriale DM 165 del 26 settembre 2023 che contempla in forma sperimentale l'uso della SDO R e obbligatoriamente l'utilizzo di scale funzionali per codice ospedaliero rispettivamente 56-28-75.

Al di là dei risultati che si otterranno con l'utilizzo della SDO riabilitativa, il DM 05/08/2021 e ancor prima il Piano di indirizzo della riabilitazione del 2011 riconoscono comunque appropriato il ricovero con necessità di sorveglianza medico-infermieristica h 24, ove tale sorveglianza non sia necessaria il ricovero risulta inappropriato e sottolineano inoltre che la **"stabilizzazione delle funzioni internistiche e gli interventi necessari a mettere la persona in condizione di essere gestita in sicurezza in ambienti extraospedalieri, rappresenta il primo obiettivo delle attività di riabilitazione ospedaliera."**

L'accesso deve avvenire a seguito di evento acuto che ha determinato un ricovero ospedaliero.

“...Una deroga è consentita qualora il ricovero sia dovuto alla riacutizzazione/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...”(DGRM56/2022)

Il lavoro della commissione ha preso quindi in considerazione la Riabilitazione Territoriale: l’offerta include i setting ambulatoriale, domiciliare, residenziale /semiresidenziale e la teleriabilitazione.

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Il Piano di Indirizzo della Riabilitazione (2011) e a seguire le Linee di Indirizzo per l’individuazione dei percorsi appropriati nella rete della riabilitazione (2021), individuano due tipologie di pazienti che possono usufruire della riabilitazione ambulatoriale.

1. **Casi complessi** *“utenti affetti da menomazioni /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 tre** tipologie di professionisti della riabilitazione compreso il medico specialista in riabilitazione) Le attività riabilitative vengono erogate sotto forma di prestazioni ambulatoriale complesse....durata complessiva del trattamento riabilitativo **almeno 90 minuti per accesso...** per la riabilitazione dei casi complessi il setting assistenziale del c.d “day service” può rappresentare una valida alternativa al day hospital....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, regolazione e partecipazione 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 erogate o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione...Le prestazioni vengono erogate 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 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...”.*

Nell’AST Ancona ed in tutta la Regione, le due tipologie di utenti sono indirizzate verso i CAR che sono i **Centri Ambulatoriali di Riabilitazione** e verso quelle strutture ora identificate come **Ambulatori di Recupero e Rieducazione Funzionale (ARRF)** - ex presidi ambulatoriali.

Secondo l’attuale manuale regionale per l’autorizzazione di strutture che erogano prestazioni ambulatoriali, gli ARRF *“..forniscono prestazioni orientate alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo della disabilità e al trattamento delle disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie e comunque rispondenti alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della medicina fisica riabilitazione previste nel DPCM LEA 12 gennaio 2017 e s.m.i..”*

Nei requisiti minimi organizzativi del Manuale di autorizzazione, è richiesta la presenza del piano riabilitativo individuale in cartella.

I CAR sono centri ambulatoriali che *“svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale ...prevedono una presa in carico globale dell’assistito affetto da disabilità complessa con necessità di*

trattamento multidisciplinare integrato, modulabile tra tutte le figure professionali coinvolte in base all'età e ai bisogni specifici ...”

Le due tipologie di strutture ambulatoriali si differenziano in quanto:

1) Gli ambulatori di Recupero e Rieducazione Funzionale svolgono attività rivolte ad utenti di tutte le età e tariffate secondo DM 22/07/1996 e dal 1 gennaio 2025 secondo il nuovo nomenclatore della specialistica (Allegato 4-DPCM-LEA 2017-Decreto Tariffe CS/R e P.A 19 aprile 2023 s.m) come singola o somma di prestazioni, sottoposta a partecipazione della spesa da parte dell'utente se questi non ha alcun tipo di esenzione (ticket). Le disabilità sono di norma segmentarie o transitorie di qualunque origine ma anche complesse e la presa in carico dell'utente avviene sulla base di programmi riabilitativi.

2) I Centri Ambulatoriali di Riabilitazione invece prevedono una presa in carico globale dell'utente anche in questo caso di tutte le età, con disabilità importanti, multiple, con possibili esiti permanenti e stesura del Progetto Riabilitativo Individuale da parte dell'equipe multidisciplinare interprofessionale. La tariffazione è onnicomprensiva, su base oraria e a carico completamente del Sistema Sanitario

UTENZA -CAR

- 1) Pazienti provenienti dalle Degenze per acuti;
- 2) Pazienti provenienti da UU. OO di Riabilitazione ospedaliera e/o residenziale;
- 3) Pazienti provenienti dal domicilio.

TIPOLOGIA

Il paziente che accede al CAR è un paziente:

- 1) di tutte le età;
- 2) complesso, con disabilità importanti (autonomia limitata in più livelli di partecipazione), modificabili ma con possibili esiti permanenti (disabilità di ordine neurologico, di ordine ortopedico es. politrauma o se insorta su disabilità preesistenti con peggioramento della qualità di vita, disabilità di ordine cardiorespiratorio);
- 3) le cui condizioni (morbosità/comorbilità) consentano di raggiungere la struttura;
- 4) che necessita di una presa in carico globale con approccio multidisciplinare ed elaborazione del Progetto Riabilitativo con più programmi ed intervento di più figure professionali (almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione compreso il medico specialista in riabilitazione);
- 5) affetto da menomazione/disabilità di recente insorgenza (limiti di tempo) o da aggravamento della disabilità nell'ambito di patologie neurologico degenerative;
- 6) l'intervento riabilitativo attuato deve avere come obiettivo finale il miglioramento delle attività di vita quotidiana dal momento che il paziente è al suo domicilio e devono essere create tutte le condizioni perché rimanga nel suo ambiente;

7) per il quale infine sia rispettato il criterio di tempestività per cui gli interventi siano effettuati “in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi di intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socio-ambientali ...” (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione);

ACCESSO:

Si accede ai percorsi riabilitativi ambulatoriali tramite visita del medico specialista in riabilitazione (Piano di Indirizzo della riabilitazione e Linee di indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati nella rete di riabilitazione).

1) Paziente dimesso dall' Unità di degenza per acuti: la richiesta da parte del MMG/PL deve essere accompagnata dalla valutazione del fisiatra della struttura di degenza con indicazione del setting ambulatoriale – CAR.

2) Paziente dimesso da UU.OO ospedaliere e territoriali di riabilitazione: l'indicazione deve essere evidenziata nel Progetto Riabilitativo alla dimissione e deve accompagnare la richiesta del MMG/PL

3) Paziente proveniente dal domicilio. La visita fisiatrica deve essere parte integrante del percorso che ha determinato l'accesso alle cure riabilitative in multidisciplinarietà.

Criteri di accesso riguardano:

- 1) Menomazione e data evento indice;
- 2) Disabilità e sua modificabilità;
- 3) Obiettivi;
- 4) Fragilità e rete socio-familiare;

TEMPI DI EROGAZIONE ovvero tempi appropriati per l'avvio della presa in carico riabilitativa:
10 giorni.

Si richiama in questo caso il documento elaborato dal gruppo di lavoro della riabilitazione in AV2 (già approvato con nota **0053434 23-3-2022 ASURAV2/AFF.GEN** del Direttore di AV2) dove sono state definite le priorità e i tempi di presa in carico (vedi il Capitolo ARRF), ma anche quanto detto nell'ambito delle “Linee di indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati nella rete della riabilitazione (DGRM 56/2022) “...*L'efficacia della riabilitazione ambulatoriale è condizionata dalla distanza temporale tra valutazione/prescrizione ed il trattamento : pertanto dovranno essere definiti e fissati esplicitamente tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal Progetto Riabilitativo Individuale*”.

DURATA DEL TRATTAMENTO: definita dal Progetto Riabilitativo Individuale **ma soggetta a modifica se le valutazioni intermedie effettuate dal TEAM Riabilitativo riconoscono l'esigenza di ridefinire gli obiettivi.**

Il range di sedute entro cui il trattamento può essere definito è per un massimo di 30-40 in base al progetto riabilitativo individuale che chiaramente tiene conto anche del percorso riabilitativo che il paziente ha effettuato fino a quel momento.

UTENZA- CAR TARIFFA INTERMEDIA

Con la DGRM 1299 del 3/08/2009 (ed altre) è stata individuata nell'ambito delle tariffe per le prestazioni fornite dal CAR anche la tariffa definita intermedia, ridotta del 20% rispetto alla tariffa completa. È riferita a prestazioni definite "provvisoriamente intermedie", perché appunto intermedie tra quelle del CAR e quelle dell'ARFF.

Con tale termine sono state definite quelle prestazioni complesse che non rispondevano in pieno ai criteri dell'art. 26/833 ma che sono stati inclusi in tale categoria anche nel caso di mancanza di altra modalità di presa in carico.

Si fa presente che l'art. 26/833 nella regione Marche è superato dall'accreditamento regionale del 2001, con il quale le strutture definite "ex art.26/833" si sono accreditate come strutture di riabilitazione residenziali/semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

La durata del trattamento effettivo è di 45 minuti.

La prestazione intermedia riguarda sia l'adulto che il minore, sia il paziente ambulatoriale che il paziente domiciliare con modalità individuali o di gruppo, sia trattamenti a secco che in H2O.

L'introduzione della prestazione intermedia ha avuto ed ha vari significati:

- 1) maggiore appropriatezza per quelle prestazioni che non rientravano nei criteri dell'accesso al CAR (equipe multidisciplinare...) e che invece venivano trattati come tali;
- 2) favorire la riduzione delle liste d'attesa;
- 3) favorire un maggior numero di trattamenti per pazienti dell'età evolutiva con riduzione delle liste d'attesa;

I criteri che permettono di definire le prestazioni a tariffa intermedia sono:

- 1) necessità di una sola tipologia di professionista della riabilitazione, compreso lo specialista in medicina fisica e riabilitazione
- 2) Progetto Riabilitativo Individuale
- 3) Non presenza di altra modalità di presa in carico.

Rientrano in tariffa intermedia anche:

- 1) Tutti quei pazienti che già in trattamento per disabilità complessa usufruiscono nel tempo di un programma di mantenimento con obiettivi di minima;
- 2) Tutti quei pazienti che sono seguiti tramite controlli longitudinali da parte di un solo operatore

Il concetto di prestazione intermedia non deve essere interpretato come ampliamento delle attività del CAR per prestazioni che altrimenti non avrebbero potuto essere fornite oppure fornite in maniera inappropriata.

Inoltre il concetto di tariffa intermedia può essere interpretato come espressione di maggiore /minore intensità di cure riabilitative (APPROPRIATEZZA) da utilizzare nel caso di una stessa disabilità che alterna momenti di stabilità a momenti evolutivi (vedi per es. quadro clinico della S.M remittente/intermittente).

La tariffa intermedia deve essere applicata da parte di tutti i CAR presenti in AST ANCONA e riguardare anche l'età evolutiva, in questo caso tutta la disabilità di ordine ortopedico compresa la Scoliosi rientra nelle prestazioni a tariffa intermedia se la presa in carico non è multiprofessionale.

Gli stessi concetti di presa in carico con tariffa intermedia vengono applicati nei confronti dei pazienti il cui trattamento è domiciliare (Es: Distretto di Jesi).

L'attività riabilitativa a tariffa intermedia prevede l'elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale.

La presa in carico multiprofessionale e quella monoprofessionale richiedono l'uso di scale funzionali di menomazione e di disabilità. In questo secondo caso le scale sono rappresentate dalla Scala Barthel, dalla scala FIM e dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).

Le scale funzionali di disabilità devono essere compilate all'inizio del trattamento e al termine

AMBULATORI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Gli Ambulatori di Recupero e Rieducazione Funzionale (ex Presidi) sono localizzati a livello ospedaliero e/o a livello territoriale e sono sia servizi pubblici sia privati accreditati convenzionati.

Gli ARRF situati a livello ospedaliero erogano assistenza riabilitativa per i soggetti affetti da patologie disabilitanti indipendentemente dalla natura della menomazione e dalla fascia d'età del paziente anche presso tutte le degenze per acuti della struttura ospedaliera in cui sono collocati e nelle degenze di "Cure intermedie" o in Residenze Sanitarie qualora venga evidenziato il bisogno tramite visita fisiatrica.

Le indicazioni seguenti sono riprese dal documento elaborato dal gruppo di lavoro della riabilitazione in AV2 ed inviato con nota **0053434 23-3-2022 ASURAV2/AFF.GEN/P** al Direttore Medico presidio Ospedaliero Unico AV2, ai Direttori Distretti Sanitari AV2, e per p.c alla U.O.C Cure Tutelari AV2, al Direttore D.A.O di AV2, alla Direzione Generale ASUR Marche e alla Direzione Sanitaria ASUR Marche, ai Dirigenti Medici Medicina Fisica e Riabilitazione, alla Dirigente Professioni Sanitarie Area Riabilitazione

UTENZA -ARRF

- 1) Pazienti provenienti dalle Degenze per acuti di tutto il territorio nazionale con indicazione al trattamento riabilitativo ambulatoriale
- 2) Pazienti provenienti da UU. OO di Riabilitazione intensiva ed estensiva di tutto il territorio nazionale purchè ci sia l'indicazione da parte del fisiatra alla dimissione.
- 3) Pazienti provenienti da ambulatori fisiatrici regionali ed extraregionali.
- 4) Pazienti provenienti da visite di medici specialisti in discipline equipollenti alla medicina fisica e riabilitazione purché vengano rispettate determinate procedure come da Manuale di autorizzazione regionale (elaborazione del piano di trattamento con indicazione medica sul tipo di trattamento da fare, numero di sedute e diagnosi clinica-funzionale).

Tale puntualizzazione diventa necessaria dal momento che il Manuale di autorizzazione regionale tra i requisiti minimi organizzativi al punto 10 recita “...*Il Direttore responsabile è un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine...*”

e al successivo punto 11.“...*Il Direttore responsabile, garantisce il monitoraggio periodico dell'attuazione del piano di trattamento (indicazione sul tipo di trattamento da fare, numero di sedute e diagnosi clinica funzionale di malattia)*...” e tra le evidenze a tal proposito viene indicata la presenza del piano riabilitativo individuale .

La richiesta di trattamento riabilitativo deve essere fatta su ricettario da parte del MMG o PLS di libera scelta o dallo specialista se provvisto di ricettario e deve essere sempre accompagnata dal piano riabilitativo individuale.

Essendo richiamato il DPCM LEA 2017, si fa presente che l'allegato 4 che rappresenta il nuovo Nomenclatore delle prestazioni specialistiche, prevede varie tipologie di visita, varie tipologie di intensità della disabilità compresa quella complessa con tempi di trattamento diversi e associata o meno a mezzi fisici, inoltre le varie prestazioni comprese le valutazioni, vengono definite richiamando sempre l'ICF ovvero la “Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute”.

Si precisa inoltre che la terapia fisica come singola prestazione non è presente nell'allegato 4.

Le sedute sono al massimo in numero di dieci per ciclo.

L'accesso al trattamento deve essere diversificato nei tempi in base a criteri di priorità che tengono in considerazione la patologia, la data dell'evento indice, la modificabilità e gli obiettivi da perseguire.

Vengono pertanto identificati tre codici di priorità, (ripreso in parte ed aggiornato dal Percorso.” Presa in carico riabilitativa del paziente in AV2”):

Codice 1: alta priorità

Codice 2: media priorità

Codice 3: bassa priorità

CODICE 1- ALTA PRIORITA'

Il trattamento deve aver inizio entro dieci giorni dalla presentazione della richiesta.

Esempi di Tipologia di patologie che rientrano nel Codice 1:

- esiti interventi chirurgici non superiore a 30 giorni dalla dimissione;
- esiti patologie traumatiche, fratture, lussazioni, distorsioni non superiori a 30 gg dalla dimissione;
- linfedema in fase di prima insorgenza;
- ustioni recenti;
- post inoculazione di tossina botulinica;
- esiti di lesione di nervi periferici non superiore a 30 gg;
- età evolutiva afferente all'area ortopedica;
- pazienti dimessi da reparti ospedalieri e/o con diagnosi recenti;
- pazienti dimessi da strutture di riabilitazione intensiva-estensiva ospedaliera ed extraospedaliera di tutto il territorio nazionale.

CODICE 2- MEDIA PRIORITA'

Il trattamento deve aver inizio entro 45 giorni, le priorità vengono stabilite dalla valutazione da parte dello specialista in riabilitazione o dal direttore dell'ARRF cui è afferto il paziente con la propria richiesta.

Riguarda pazienti in controllo di follow-up per patologie cronico degenerative, esiti di patologie neurologiche, oncologiche, prevenzione decadimento funzionale.

CODICE 3 -BASSA PRIORITÀ

Il trattamento avrà inizio dopo che i codici 1 e 2 sono stati evasi

Rientrano in questi codice:

- pazienti con esiti stabilizzati
- pazienti affetti da sindromi algiche da ipomobilità (definite come tutte quelle condizioni da artrosi ed artropatie con disturbo algofunzionale caratterizzate da un andamento cronicizzante e con un bisogno di adattamento al proprio stile di vita).

Per entrambe le patologie sono più appropriati programmi di attività motoria di gruppo nel lungo periodo che rientrano nel campo della educazione alla salute e della promozione di stili di vita corretti per mantenere "il funzionamento" della persona (PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2020-2022).

Le prestazioni riabilitative presenti nel nomenclatore sono articolati in moduli di 30 minuti per la prestazione semplice, di 60 minuti se complessa.

Negli ARRF laddove è presente il logopedista vengono erogati anche trattamenti logopedici.

I logopedisti presenti nei servizi pubblici rivolgono la loro attività ad utenti minori e/o adulti.

Nel caso di minori l'attività è espletata soprattutto in ambito UMEE.

Per quanto riguarda il trattamento logopedico per l'età adulta anche in questo caso come già definito per la fisioterapia, l'accesso è regolamentato da:

1) **alta priorità** che comprende:

- pazienti con patologie neurologiche in fase acuta/subacuta fino al 6° mese (di natura vascolare traumatica, oncologica);
- pazienti con malattie neuromuscolari e neurodegenerative in prima diagnosi o in fase di riacutizzazione;
- pazienti con patologie post-chirurgiche (interventi maxillo-facciali, otorino-laringoiatrici, impianti cocleari) da non oltre 30 giorni;
- pazienti con lesioni di nervi periferici da non oltre 30 giorni.

2) **media priorità** che comprende:

- pazienti con patologie neurodegenerative/neuromuscolari nel periodo di non riattivazione;
- pazienti con patologie neurologiche (di natura vascolare, traumatica, oncologica) in fase subacuta (6°-12° mese);
-

3) **bassa priorità** che comprende:

- pazienti con disfonie disfunzionali;
- pazienti con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, chirurgiche, oncologiche con obiettivi specifici.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE

Nel caso in cui i pazienti non possono accedere alla sede ambulatoriale, l'attività riabilitativa diventa domiciliare con caratteristiche della riabilitazione estensiva con almeno un'ora di trattamento oppure di riabilitazione nel lungo termine e quindi socio-riabilitazione

Sono destinatari della riabilitazione domiciliare pazienti che presentano i seguenti requisiti generali:

- 1) Sono intrasportabili per motivi clinici dal momento che il trasporto renderebbe inefficace l'intervento riabilitativo o potrebbe rivelarsi pericoloso;
 - 2) È presente il caregiver (rete socio familiare) a domicilio;
 - 3) Il progetto riabilitativo evidenzia in maniera precisa che può essere realizzato efficacemente in ambiente domiciliare e con quali modalità;
 - 4) Disabilità a medio/alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero;
 - 5) Disabilità maggiore cronica stabilizzata;
 - 6) Disabilità maggiori nell'ambito di progetti di cure palliative.
- (da Linee di Indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati nella rete della riabilitazione e DGRM 56/2022)

L'appropriatezza del setting deve risultare nel PRI che, articolato in programmi stabilisce anche il tipo di trattamento, la durata, il numero di sedute e chiaramente gli obiettivi.

Accesso:

- 1) Pazienti degenti in UU. OO per acuti
- 2) Pazienti provenienti da UU. OO di Riabilitazione ospedaliera e/o residenziale
- 3) Pazienti provenienti dal domicilio
- 4)

L'Unità Valutativa territoriale supportata dallo specialista della riabilitazione valuta tutta la documentazione disponibile (PRI, Lettera di dimissione, relazione MMG, aspetto socio-assistenziale...) e indirizza alla domiciliarità. I tempi di intervento dell'UVI sono gli stessi definiti dalla DGRM riferita alla Dimissione Protetta. (1237/2021)

In casi particolari laddove la documentazione presenta criticità viene organizzata la visita fisiatrica a domicilio (Linee di Indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete della riabilitazione -CSR e PA 2021 e DGRM 56/2022).

LA RIABILITAZIONE DOMICILIARE È:

- Fisioterapia in determinati casi (disabilità con gradiente medio-alto di modificabilità/disabilità cronica stabilizzata /disabilità nell'ambito di progetti di cure palliative);
- Valutazione ambientale per il superamento delle barriere architettoniche;
- Educazione /allenamento alle AD per il reinserimento e riadattamento del paziente in ambiente domestico;
- Potenziamento delle abilità residue e nello stesso tempo individuazione di potenzialità non indagabili per qualunque motivo in regime di ricovero;
- Educazione/Formazione/Informazione del caregiver e della famiglia;
- Monitoraggio del paziente per contrastare il decadimento/deterioramento funzionale.

Anche nella Riabilitazione Domiciliare le strutture che affrontano il trattamento sono di due tipologie

- 1) Il CAR che come per il paziente ambulatoriale, interviene nella disabilità complessa, con presa in carico multidisciplinare, interprofessionale e multipli programmi che definiscono il Progetto riabilitativo
- 2) Le COOPERATIVE che vengono coinvolte nel caso di disabilità transitorie o di trattamenti nel lungo periodo organizzati in cicli per un massimo di dieci sedute a ciclo. Nel caso di disabilità transitorie alle dieci sedute, può essere aggiunto un secondo ciclo se gli obiettivi non sono stati raggiunti mentre per quanto riguarda i trattamenti nel lungo periodo, i cicli vengono distribuiti nell'arco dell'anno.

Le scale funzionali adottate devono essere compilate all'inizio della presa in carico e al termine sia essa di tipo ambulatoriale che domiciliare (efficacia del trattamento).

Ai fini di un miglioramento continuo della presa in carico devono essere presenti anche scale funzionali per la valutazione della soddisfazione del paziente e della percezione del trattamento effettuato come del resto già richiesto nel manuale di autorizzazione per la teleriabilitazione.

TELERIABILITAZIONE

Nell'ambito del trattamento territoriale è ricompresa anche la teleriabilitazione.

La teleriabilitazione consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi congeniti o acquisiti transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli.

È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e quanto ciò costituisca un vantaggio per il paziente può richiedere la collaborazione di caregiver, familiari e non e/o insegnanti.

Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico e lavorativo.

APPLICAZIONE

Si intende:

- rivolta a persone di ogni età,
- utilizzata in continuità o ad integrazione o in alternativa alle metodiche e prassi tradizionali
- finalizzata a contribuire alla prevenzione o riduzione dell'espressività del disturbo, allo sviluppo delle funzioni adattive, alla realizzazione dell'autosufficienza nel soddisfacimento dei bisogni, al miglioramento della qualità della vita e delle attitudini ai rapporti interpersonali, allo sviluppo o al recupero parziale o totale delle capacità scolastiche, sociali e lavorative verso il massimo livello di autonomia possibile ed a favorire l'integrazione nei contesti di vita oltre che ad abilitare o riabilitare, per i casi di disturbi di neurosviluppo, la predisposizione, personalizzazione e condivisione di materiali da utilizzare per i percorsi abilitativi e riabilitativi. Pertanto come la riabilitazione la teleriabilitazione è motoria, e cognitiva, neuropsicologica, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologica e polmonare.

L'introduzione di attività e servizi di teleriabilitazione può offrire vantaggi nella misura in cui garantisce la continuità del trattamento anche in condizioni di difficoltà o impedimento di spostamento da parte del paziente, può facilitare la presa in carico per un maggior numero di assistiti, può migliorare il trattamento riabilitativo nelle sue caratteristiche tipo frequenza, intensità, preferenze del paziente, può favorire le attività di formazione, educazione sanitaria, informazione e adozione di pratiche di autocura.

EROGAZIONE

Affinché possa essere erogata la teleriabilitazione, deve essere stabilita prima di tutto l'idoneità del paziente a fruire tale tipologia di servizio.

La valutazione deve essere eseguita sempre in presenza e l'equipe multidisciplinare adotta la classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per verificare la presenza di fattori abilitanti e/o di barriere per la fruizione da parte del paziente dei servizi di teleriabilitazione.

L'idoneità è stabilita caso per caso considerando:

- le competenze e/o abilità minime che il paziente deve possedere per poter utilizzare gli strumenti;
- la necessità di caregiver/genitori/insegnanti e quindi loro formazione;
- la necessità di un mediatore –culturale e sua formazione;
- la compliance del paziente;
- l'adeguatezza degli aspetti sociali del contesto familiare, dell'ambiente domestico e della rete di sostegno;
- l'idoneità strutturale del contesto abitativo.

Se dopo un'attenta analisi il paziente risulta idoneo, l'attività di teleriabilitazione deve essere evidenziata nel Progetto Riabilitativo individuale o nel PAI o nel PTI

Nel progetto deve risultare:

- la valutazione in presenza;
- il percorso che ha condotto alla scelta della teleriabilitazione;
- in cosa consiste la prestazione, i vantaggi e gli eventuali rischi;
- gli obiettivi;
- il numero delle sedute;
- gli operatori coinvolti;
- la modalità utilizzata (SINCRONA- le altre, asincrona o mista, possono essere in aggiunta ma la remunerazione è in relazione alla modalità sincrona).
- le evidenze scientifiche e/o linee guida di buona pratica per programmazione ed erogazione della tipologia di teleriabilitazione: motoria, cognitiva, neuropsicologica, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologica e respiratoria;
- la valutazione finale in presenza.

Essendo rapportata alla riabilitazione "tradizionale" ai fini di outcome funzionali e assistenziali devono essere presenti scale di valutazione condivise all'inizio della presa in carico e al termine del trattamento.

Devono essere presenti anche scale funzionali per la valutazione della soddisfazione del paziente e la percezione del trattamento effettuato.

UTENZA

Possono essere degenti provenienti da:

- 1) UU.OO di degenze per acuzie;

2) UU. OO di Riabilitazione ospedaliera o extraospedaliera e quindi con attivazione della dimissione protetta

3) Domicilio.

Oltre a trattamenti riabilitativi specifici, la teleriabilitazione può essere usata come modalità per la condivisione della prescrizione nell'ambito dei percorsi per l'appropriatezza prescrittiva degli ausili, nel caso in cui il privato accreditato abbia in carico l'utente si formerebbe una équipe mista "pubblico-privato accreditato" funzionale alla prescrizione e si risponderebbe alla DGRM 893/2020.

RIABILITAZIONE RESIDENZIALE

RIABILITAZIONE INTENSIVA ED ESTENSIVA IN STRUTTURE RESIDENZIALI

IL DPCM LEA 2017 all'Articolo 34 e Le linee di Indirizzo per l'appropriatezza dei percorsi stabiliscono che le strutture residenziali di riabilitazione si distinguono in strutture che erogano trattamenti di riabilitazione intensiva, trattamenti di riabilitazione estensiva e trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento.

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA *"...persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse modificabili.... necessità di un'adeguata tutela assistenziale nell'arco delle 24 ore..."*

"...Le strutture sono presidi nella rete della riabilitazione in stretta integrazione con le degenze ospedaliere e le altre strutture territoriali.... accolgono pazienti provenienti dalle degenze per acuti, dalle UUOO di riabilitazione ospedaliera, pazienti dal territorio ..."

"Setting definito da specialista in riabilitazione ...e ...la valutazione dei bisogni riabilitativi viene effettuata dall'Unità valutativa multidimensionale ...che sulla base del Piano locale dell'assistenza riabilitativa messo a disposizione dalla regione o dall'ASL potrà inviare alla struttura residenziale più idonea....." , " ...la durata del trattamento non supera di norma i 45 giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo ..." (Linee di Indirizzo per l'appropriatezza ...- DGRM 56/2022)"

PERCORSO /CRITERI DI ACCESSO

Le strutture territoriali di Riabilitazione intensiva sono ricomprese a livello regionale nell'area disabilità e identificate con RD1: Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per disabili.

Sono strutture collocate all'interno della rete della riabilitazione in continuità con le degenze ospedaliere e con le strutture distrettuali territoriali.

UTENZA

Modalità di Accesso

1) Pazienti degenti in UUOO per acuti

Lo specialista in riabilitazione presente nella struttura per acuti, effettua la consulenza e stabilisce il grado di necessità della persona da riabilitare non solo per pianificare l'intervento riabilitativo durante la degenza in acuto ma anche per definire alla dimissione, il setting più appropriato in relazione alla fase del percorso di cura e all'impiego di risorse.

2) Pazienti degenti in UUOO di Riabilitazione Ospedaliera

Nel PRI definito in ambito ospedaliero deve essere indicato il completamento del percorso con indicazione del setting residenziale territoriale vista la modificabilità della disabilità ancora possibile, la necessità di ambiente protetto e la non possibilità di altra modalità di trattamento (per es. acquisire maggiore sicurezza nelle ADL, svezamento SNG e/ o recupero dell'alimentazione orale in sicurezza facilitando la gestione assistenziale domiciliare, sopraggiunte complicanze superate ma che hanno comportato un allungamento dei tempi di degenza, utilizzo di ausili tecnologici).

3) Pazienti provenienti dal domicilio

Il MMG richiede visita fisiatrica domiciliare per valutazione ai fini di percorsi riabilitativi residenziali.

In tutti i casi qualunque sia la provenienza il paziente deve:

- 1) essere affetto da disabilità complessa ma modificabile e misurabile (autonomia limitata in più livelli di partecipazione),
- 2) essere relativamente stabile nella sua fragilità ma stabile nei parametri vitali;
- 3) aver necessità di tutela assistenziale nelle 24 ore;
- 4) aver necessità di un intervento riabilitativo multicomprendivo nell'arco dell'intera giornata con presa in carico globale;

Il profilo della persona da riabilitare è completato poi dalla valutazione delle seguenti dimensioni:

Comorbilità/Fragilità, Data dell'Evento Indice, Fattori ambientali.

Per quanto riguarda l'uso di scale funzionali ai fini della disabilità e della stabilità, nel primo caso deve essere usata la scala di Rankin quale indicatore di funzionalità premorbosa e la Barthel Index a punteggi scomposti versione italiana del 2015 per la disabilità nelle attività di vita quotidiana, nel secondo caso deve essere usata la scala Modified Early Warning Score (MEWS) già in uso obbligatoriamente nel percorso della dimissione protesica dall'Unità Valutativa (DGRM 1237/2021).

La comorbilità è espressa dalla Scala CIRS (presente anche tra le scale della dimissione protetta).

La richiesta del setting riabilitativo territoriale viene inviata alla segreteria dell'Unità Valutativa che intervenendo entro 48/72 ore dall'arrivo della richiesta, completa con approccio multidimensionale la valutazione dei bisogni riabilitativi.

L'intervento dell'Unità valutativa può avvenire con due modalità a seconda della sede della degenza per acuti in cui è ricoverato il paziente:

- 1) l'UVI può intervenire direttamente se sede distrettuale dell'UVI e degenza ospedaliera coincidono.

2) Se la richiesta proviene da altro Ospedale, l'UVI vaglia tutta la documentazione inviata, compresa la richiesta dello specialista in riabilitazione della struttura ospedaliera per acuti che accoglie il paziente e decide sulla base delle informazioni disponibili (es. Azienda Universitaria-Ospedaliera Ancona – UVI distretto di JESI).

Nel caso di non coincidenza di sede (Degenza -UVI) l'Unità Valutativa si avvarrà del fisiatra territoriale per la valutazione della documentazione inviata e per la scelta più appropriata del setting.

Nel caso di richiesta proveniente dalle UU. OO Riabilitative Ospedaliere, il percorso che prevede la continuità in senso territoriale deve essere espresso nel Progetto Riabilitativo Individuale inviato alla segreteria UVI del Distretto di appartenenza dell'utente.

Nel caso di pazienti provenienti dal domicilio la valutazione fisiatrica viene effettuata su richiesta del MMG ed anche in questo caso la valutazione multidimensionale viene effettuata dall'Unità Valutativa.

Le linee di indirizzo per l'appropriatezza a questo punto sostengono:

“...Sulla base del Piano dell'offerta riabilitativa messo a disposizione dalla Regione e dall'ASL, l'unità di valutazione potrà inviare i pazienti alla struttura residenziale più idonea ad offrire il trattamento più appropriato per area di intervento e livello di necessità...”

L'AST Ancona ha già iniziato l'elaborazione del piano dell'assistenza riabilitativa dal momento che sono stati elencati i livelli organizzativi e assistenziali disponibili nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere pubbliche e private accreditate presenti nel territorio di competenza, definendo così quella che è la struttura di base della rete della offerta riabilitativa.

Per il completamento deve però essere specificato il ruolo di ciascun nodo nell'ambito della rete (Progetto di Struttura) in relazione alle diverse fasi e tipologie di percorso riabilitativo e devono essere definite le modalità di comunicazione, collegamento ed integrazione fra le varie Unità erogatrici.

Degenza

Entro 72 ore dall'ingresso per ciascun paziente deve essere elaborato il Progetto Riabilitativo Individuale definito dal medico specialista in Riabilitazione che evidenzia:

- 1) l'approccio multidimensionale
- 2) gli obiettivi attesi in termini di recupero
- 3) le strategie e le risorse per realizzarli
- 4) le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi
- 5) i tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti

L'intervento di tipo intensivo è caratterizzato da un impegno di almeno tre ore (3) di attività di riabilitazione individuale, 6 giorni su 7, erogata in parte anche con modalità di gruppo, di training attivo, ed è fornito dal medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e da personale infermieristico; altre figure come l'assistente sociale, lo psicologo, il tecnico ortopedico

possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto.(Piano della Riabilitazione 2011 e DGRM 56/2022).

La degenza non deve superare di norma i 45giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno **riabilitativo intensivo. È comunque una degenza a termine.**

In questo caso il nuovo Progetto riabilitativo verrà inviato dalla Struttura alla segreteria UVI che ne prenderà visione.

Dimissione

In previsione della dimissione verrà elaborato in tempi appropriati, il Progetto Riabilitativo che esprimerà il continuum fino al rientro a domicilio del paziente o in altre strutture sanitarie e/o sociosanitarie in relazione ai risultati raggiunti.

Il Progetto Riabilitativo pre-dimissione verrà inviato all'UVI che valutata tutta la documentazione e la proposta di ulteriore percorso, stabilirà la continuità assistenziale-riabilitativa (DGRM Cure Domiciliari).

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Le strutture territoriali di Riabilitazione estensiva sono ricomprese a livello regionale nell'area disabilità e identificate con RD2: Residenza Sanitaria Riabilitativa Estensiva per disabili.

Sono strutture collocate all'interno della rete della riabilitazione in continuità con le degenze ospedaliere e con le strutture distrettuali territoriali.

Da precisare però che la riabilitazione estensiva ricomprende anche strutture sociosanitarie con trattamenti nel lungo periodo identificate con RD3. Le due tipologie RD2 e RD3, possono coesistere nello stesso modulo. (Manuali di autorizzazione/ accreditamento)

Le strutture RD2come già le strutture RD1, hanno un'impronta strettamente riabilitativa con ricoveri a termine, si differenziano tra loro per livello di intensità e tipologia di utenti e sono completamente a carico del SSN.

Le strutture RD3 sono strutture che accolgono disabili gravi con limitazioni funzionali severe, erogano trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle residue abilità funzionali congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità.

Sono a carico del SSN per una parte e a carico della famiglia /comune per la restante.

L'invio presso queste strutture avviene sempre tramite l'unità di Valutazione Multidimensionale che in questo caso è rappresentata dall'UMEA/UMEE (DGRM 1237/2021Dimissione Protetta)

UTENZA RD2 (Riabilitazione estensiva)

Accesso

1) Pazienti degenti in UUOO per acuti

2) Pazienti degenti in UU. OO di Riabilitazione Ospedaliera

3) Pazienti provenienti dal domicilio

Ai fini della corretta individuazione del setting è necessaria la valutazione riabilitativa associata alla valutazione multidimensionale dell'Unità Valutativa.

Tipologia

Il paziente che accede alla riabilitazione estensiva è un paziente:

1) fragile, che pur non presentando particolari criticità richiede però una assistenzialità socio-sanitaria nelle 24 ore;

2) con necessità di riabilitazione per contenere e/o prevenire il rischio disabilitante legato a evento acuto, malattie, ricoveri, recidive, età, situazione familiare, riacutizzazione di malattie croniche, ecc.;

3) non in grado di sostenere una riabilitazione di tipo intensivo;

4) con potenzialità di recupero funzionale;

La procedura è quella già descritta per la riabilitazione intensiva con intervento del fisiatra, valutazione multidimensionale dell'unità valutativa e indicazione della struttura tramite piano locale dell'assistenza riabilitativa;

Degenza

Entro 72 ore dall'ingresso per ciascun paziente deve essere elaborato il Progetto Riabilitativo Individuale definito dal medico specialista in Riabilitazione che evidenzia:

1) l'approccio multidimensionale;

2) gli obiettivi attesi in termini di recupero;

3) le strategie e le risorse per realizzarli;

4) le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi;

5) i tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti.

L'intervento di tipo estensivo è caratterizzato da almeno un'ora di attività riabilitativa individuale, 6 giorni su 7, erogata in parte anche con modalità di gruppo e di training attivo fornito dal medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione, dagli infermieri; altre figure come l'assistente sociale, lo psicologo, il tecnico ortopedico possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto (Piano della Riabilitazione 2011).

Il trattamento deve essere volto al recupero funzionale e della autonomia nelle attività quotidiane accompagnato da attività di socializzazione per il recupero di una migliore qualità di vita.

La degenza non deve superare i 60 giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno **riabilitativo estensivo. È comunque una degenza a termine.**

In questo caso il nuovo Progetto riabilitativo verrà inviato dalla struttura alla segreteria UVI che lo prenderà in visione.

Dimissione

In previsione della dimissione verrà elaborato in tempi congrui il Progetto riabilitativo che esprimerà il continuum fino al rientro a domicilio del paziente o in altre strutture sanitarie e/o sociosanitarie in relazione ai risultati raggiunti.

Il Progetto riabilitativo pre-dimissione verrà inviato all'UVI che valutata tutta la documentazione e la proposta di ulteriore percorso, stabilirà la continuità assistenziale-riabilitativa. (Linee di indirizzo/DGR Cure Domiciliari).

ETA' EVOLUTIVA : Profili di Cura AST 2

Concetti chiave

La Riabilitazione in età evolutiva richiede la piena consapevolezza di alcuni concetti base. La presa in carico di un minore con patologia complessa è un processo che necessita di una molteplicità di interventi in parte rivolti direttamente al minore e in parte coinvolgenti gli operatori che ruotano attorno al bambino nei vari contesti di vita (genitori, educatori, insegnanti). Nel percorso di presa in carico, tutti gli interventi, anche non erogati direttamente al minore, e svolti a seconda della specificità, dai vari membri della Equipe, (colloqui con genitori, gruppi di lavoro con insegnanti, confronto con educatori etc.) sono da ritenere parte essenziale e non rinunciabile del PRI.

La molteplicità di interventi è necessaria proprio perché la ri-abilitazione ha l'obiettivo di promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore partecipazione e qualità di vita possibile. Nella presa in carico gli interventi previsti riguardano la Rieducazione, l'Educazione e l'Assistenza.

- **La rieducazione** è la fase della riabilitazione che si avvale dell'impiego di terapie volte a ripristinare una funzione compromessa o, come di frequente accade in età evolutiva, a favorire l'apprendimento di strategie che possano assolvere a compiti richiesti dalla fase di sviluppo. E' un processo di competenza dei professionisti sanitari, è discontinuo nel tempo ed è coerente con le possibilità e i tempi di modificabilità della funzione, concludendosi infatti quando per un tempo ragionevole non si verificano cambiamenti significativi né nello sviluppo né nell'utilizzo delle funzioni adattative. La rieducazione è specificamente la fase della presa in cura che è una parte all'interno di quel processo più ampio che è la presa in carico globale.
- **L'educazione** è competenza della famiglia, del personale sanitario e dei professionisti del settore educativo ed ha per obiettivo sia la preparazione del paziente ad esercitare il proprio ruolo nell'ambiente sia l'educazione dell'ambiente all'accoglienza del minore con disabilità.
- **L'assistenza** ha per obiettivo il benessere del paziente e della sua famiglia ed è competenza del personale sanitario e degli operatori del sociale.

La **presa in carico**, diversamente dalle fasi di presa in cura, è un processo continuo che accompagna tutta la vita del paziente quando si rivolge a patologie life span come sono i quadri clinici sotto elencati che esordiscono in età evolutiva.

Il nucleo della presa in carico è la stesura del **progetto riabilitativo individuale** che deve avvalersi di una valutazione **multiprofessionale** e **multidimensionale**, in quanto, in età evolutiva, la compromissione di un'area influenza quasi inevitabilmente gli altri assi di sviluppo. In età evolutiva la comorbilità omotipica ed eterotipica è pressoché la regola.

Nella valutazione multidimensionale, in particolare per quanto riguarda l'inclusione scolastica, si fa costante riferimento all' **ICF**.

L'avvio della presa in carico vede come momento iniziale e fondamentale la condivisione di un **contratto terapeutico** con la famiglia con definizione della diagnosi, della prognosi, degli obiettivi e dei percorsi di cura necessari.

La condivisione con la famiglia richiede competenze adeguate nella **gestione delle relazioni di aiuto** in cui sono necessarie comprensione ed empatia e, parallelamente, capacità di evitare collusioni e invischiamenti che comprometterebbero l'efficacia dell'alleanza terapeutica. E' auspicabile che l'intervento terapeutico venga svolto attraverso il coinvolgimento della famiglia senza confusione di compiti e di ruoli.

Il processo di cura prosegue fino a quando previsto dal progetto condiviso.

A tal proposito è da considerarsi **Dimissione volontaria** e quindi contro il parere dei Sanitari (per criteriologia analogica sulla base di quanto previsto dal D.M del 26.07.93 al punto 26 "Modalità di dimissione" n.5) l'assenza ripetuta dell'Utente o del legale rappresentante al trattamento riabilitativo tale da inficiarne l'esito finale (fino ad un massimo del 30% del progetto riabilitativo in atto)

QUADRI PATOLOGICI CHE AFFERISCONO AI CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE (CAR) E CHE RICHIEDONO UNA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA:

Disturbi del neurosviluppo: Disabilità intellettiva, Disturbi dello spettro dell'autismo, Disturbi della Comunicazione, Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, Disturbo specifico dell'apprendimento, Disturbi del movimento, altri Disturbi come il Disturbo evolutivo specifico misto.

Disturbi del Comportamento: Disturbo oppositivo provocatorio

Patologie del Sistema nervoso centrale e periferico e miopatie: Paralisi Cerebrali Infantili, Mielolesioni, Malattie neuromuscolari e muscolari, etc..

Quadri sindromici, malattie metaboliche e Condizioni mediche che compromettono il funzionamento neuropsichico e la qualità di vita (esempi: fibrosi cistica, cardiopatie, etc...)

Quadri plurimalformativi del Sistema muscolo-scheletrico

Esiti di politrauma o di interventi chirurgici (esempio asportazioni di neoplasia)

Alterazioni sensoriali (ipoacusia, ipovisione, etc)

La tabella sottostante esprime il tentativo di quantificare l'intensività degli interventi necessari sulla base delle fasce di età. In linea di massima gli interventi dovrebbero essere più intensivi in età precoce, all'esordio delle patologie o in fasi particolari del decorso della malattia (es. post-chirurgiche, insorgenza di problemi respiratori alimentari, etc.)

Gli operatori dell'Equipe menzionati devono essere sempre presenti all'interno del processo di cura e presa in carico e intervengono in modo diverso a seconda delle patologie e del Progetto Riabilitativo Individuale, che vede la responsabilità del medico specialista della patologia in oggetto.

Nella definizione della quantità e dei tempi di erogazione degli interventi fa fede il PROGETTO RIABILITATIVO che è congruente con la patologia e con le linee guida delle società scientifiche laddove esistono.

Fascia di età	Durata e Frequenza	Ambito di intervento Essenziale
0-3 anni	Intensivo per i primi 6 mesi dalla presa in carico con frequenza massima degli interventi multiprofessionali fino a 5 volte a settimana, sulla base di quanto previsto dal PRI. Successivamente trattamento continuativo multiprofessionale con 2/3 interventi a settimana, sulla base del PRI	-Fisioterapia -Neuropsicomotorio -Logopedico -Psicologico -Sociale -Consulenze mediche specialistiche specifiche per il disturbo
4-5 anni	Se primo accesso trattamento multiprofessionale continuativo, intensivo per i primi 6 mesi con frequenza massima fino a 4 volte a settimana. Successivamente, o se già in carico, continuativo con frequenza 2/3 volte a settimana sulla base del PRI	Come sopra
6-8 anni	Se primo accesso, trattamento continuativo per i primi 3-4 mesi intensivo con frequenza 2/3 volte a settimanale. Dalla classe 1° primaria se già in carico, fino ad un massimo di 80 interventi /anno multiprofessionali, sulla base del PRI	-Fisioterapia -Neuropsicomotorio -Logopedico -Psicologico -Sociale -Consulenze mediche specialistiche specifiche per il disturbo
9-11 anni		

	Fino a un massimo di 50 interventi /anno multiprofessionali, sulla base del PRI	-Fisioterapia -Neuropsicomotorio -Logopedico -Psicologico -Sociale -Consulenze mediche specialistiche specifiche per il disturbo -Terapia occupazionale
Oltre gli 11 anni	Una eccezione è rappresentata dalle Paralisi Cerebrali Infantili solo in particolari momenti e per obiettivi e durata definiti dal PRI quali: interventi di chirurgia funzionale, inoculo di tossina botulinica, addestramento a presidi ortopedici innovativi, utilizzo di tecniche o strumentazioni particolari, sperimentazione di farmaci innovativi, ecc...	- Fisioterapia -Neuropsicomotorio -Logopedico -Psicologico -Sociale -Consulenze mediche specialistiche specifiche per il disturbo -Terapia occupazionale

FUNZIONI UMEE PER BAMBINI GIA' IN TRATTAMENTO AL CAR

Al termine del percorso riabilitativo realizzato presso il CAR, i minori vengono dimessi e inviati alle UMEE dell'AST.

L'UMEE dell'AST può avvalersi del CAR per l'espletamento delle funzioni UMEE (finalizzate all'inclusione scolastica) da effettuare per tutto l'arco del ciclo scolastico. Nei passaggi di grado di scuola si **prevedono un massimo di 10 interventi multiprofessionali. Negli anni successivi un massimo di 8 interventi.**

Nell'ambito degli interventi multiprofessionali devono essere ricomprese anche le Consulenze mediche specifiche per la tipologia di disturbo.

FUNZIONI UMEE ASSEGNATE DALL' UMEE DELL' AST PER BAMBINI NON IN CARICO AL CAR

L'UMEE dell'AST gestisce la lista d'attesa unica, relativa alle Funzioni UMEE, inserendo le segnalazioni provenienti dalla Scuola, dai PLS e dai Centri Ospedalieri (Salesi, Fano e altro).

La gestione della lista avviene secondo un algoritmo che assegna la priorità di presa in carico.

Nel caso di ridotte risorse e/o eccessiva lista con conseguenti lunghi tempi d'attesa, l'UMEE dell'AST assegna al CAR bambini in lista per procedere con la presa in carico UMEE.

Sono previsti dai **12 ai 15 interventi** multiprofessionali nel primo anno di presa in carico, per poi diminuire progressivamente fino ad un **massimo di 8 interventi multiprofessionali.**

Nell'anno di passaggio dei cicli scolastici successivi alla prima presa in carico sono previsti fino ad un massimo di **12 interventi multiprofessionali.**

Qualora venisse evidenziata la necessità di trattamento riabilitativo il CAR lo comunica all'UMEE di riferimento dell'AST e se concordato lo inserisce in lista d'attesa per presa in carico riabilitativa. Se le Funzioni UMEE sono rivolte ad un bambino già in lista d'attesa presso il CAR, al momento della presa in carico riabilitativa, le Funzioni UMEE sono ricomprese in tale attività.

FUNZIONE UMEE -EQUIPE MISTA

Si può verificare, su richiesta del servizio UMEE territoriale che per carenza di operatori dell'Equipe, la funzione UMEE venga espletata da operatori del servizio pubblico e del CAR in collaborazione. In questo caso la responsabilità del progetto riabilitativo è sempre del medico specialista con modalità stabilite da accordi tra le parti. L'operatore coinvolto effettua le sedute di valutazione (mediamente 3 più 1 di equipe con gli altri professionisti).

In questo caso la tariffazione è di tipo intermedio.