



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 1520

Seduta del 20/03/2014

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **MARIO MANTOVANI** *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
PAOLA BULBARELLI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI

ALBERTO CAVALLI
MAURIZIO DEL TENNO
GIOVANNI FAVA
MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
ANTONIO ROSSI
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Mario Mantovani

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LE ATTIVITA' RIABILITATIVE
(RICHIESTA DI PARERE ALLA COMMISSIONE CONSILIARE)

I Dirigenti Luca Merlino Mauro Agnello

Il Direttore Generale Walter Bergamaschi

L'atto si compone di 38 pagine

di cui 33 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;

VISTA la Legge 135/2012, *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”* art. 15 comma 13 lettera c) che stabilisce che le Regioni adottino dei *“provvedimenti di 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, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti”*;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 02.03.2011, contenente il Piano Nazionale di Indirizzo per la Riabilitazione, il quale fornisce indicazioni sui criteri ed i requisiti dei vari *setting* riabilitativi;

RITENUTO indispensabile, al fine di dare attuazione al percorso applicativo del suddetto Piano Nazionale di Indirizzo per la Riabilitazione, procedere all'identificazione di concetti clinico-organizzativi e di requisiti di accreditamento in grado di declinare efficacemente i contenuti del Piano nell'organizzazione del sistema dei servizi;

RICHIAMATA, inoltre, l'evidenza che la Medicina Riabilitativa si organizza per livelli di complessità in risposta ai bisogni identificabili all'interno delle categorie di funzioni descritte nella classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'OMS (non riconducibili esclusivamente a diagnosi nosologiche) che ha imposto la necessità di definire ulteriori *setting* assistenziali, quali la Degenza di Alta Complessità Riabilitativa e le Macro Attività Ambulatoriali Complesse;

DATO ATTO che Regione Lombardia ha approvato le seguenti deliberazioni, in materia di requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie, con particolare riferimento alle attività riabilitative:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- DGR n. VI/38133 del 6 agosto 1998 “Attuazione dell’art. 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n. 31 Definizione di requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie”;
- DGR n. VII/ 19883 del 16 dicembre 2004 “Riordino della rete delle attività di riabilitazione”;
- DGR n. VIII/501 del 4 agosto 2005 “ adempimento attuativo della DGR n. VII/19883 del 16/12/2004 Riordino della rete delle attività di riabilitazione”;
- DGR n. VII/9014 del 20 febbraio 2009 “Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento”;
- DGR n. IX/898 del 2010 “Ulteriori determinazioni in ordine ai requisiti tecnologici e strutturali delle strutture sanitarie di diritto pubblico e privato”;

PRESO ATTO della DGR n. X/1185 del 20 dicembre 2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2014” con quale la Giunta Regionale ha dettato le Regole per la gestione del Servizio Sanitario 2014, delineando le linee evolutive del sistema e, in particolare, ha espresso la necessità di revisionare il sistema dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per le attività riabilitative;

VALUTATA, alla luce della succitata DGR, la necessità di procedere ad un aggiornamento dei requisiti di accreditamento per le attività di riabilitazione, secondo quanto contenuto nell’allegato A) “Requisiti di accreditamento per la riabilitazione”, parte integrante e sostanziale del presente atto, tenendo conto della seguente nuova classificazione:

- Riabilitazione di alta complessità;
- Riabilitazione intensiva;
- Riabilitazione estensiva;

RITENUTO di accogliere alcune delle osservazioni espresse dalle Associazioni degli erogatori sanitari privati nell’incontro tenutosi presso la DG Salute del 13 marzo 2014 e dei Professionisti sanitari operanti nel settore;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO, quindi, di riformulare i requisiti di accreditamento riportati nell'allegato A) "*Requisiti di accreditamento per la riabilitazione*" parte integrante del presente provvedimento, ed alcuni passaggi relativi alla definizione delle attività riabilitative e della loro remunerazione così come risulta nell'Allegato B) "*Attività riabilitative*" parte integrale e sostanziale del presente atto;

DATO ATTO che per l'assunzione del presente provvedimento è necessario acquisire, ai sensi dell'art 9, comma 3, della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*", il parere della competente Commissione Consiliare relativamente all'allegato A) "*Requisiti di accreditamento per la riabilitazione*";

RITENUTO di confermare quanto disposto dalla DGR 898/2010 per quanto riguarda il tempo di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici delle strutture sanitarie;

CONSIDERATO che per l'esercizio 2014 le attività erogate nelle Unità Operative che saranno riclassificate come U.O. di Riabilitazione di alta complessità, a seguito della conclusione dell'iter formalmente previsto per il presente atto, saranno considerate di alta complessità anche ai fini della remunerazione dei ricoveri resi per cittadini extraregionali secondo i criteri stabiliti dal tariffario nazionale;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti di programmazione regionale:

- DCR n. IX/88 del 17 novembre 2010 "*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*";
- DCR n. X/78 del 9 luglio 2013 "*Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura*";

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 recante "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" e successive modifiche e integrazioni;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERA

- 1) di chiedere, ai sensi dell'art. 9, comma 3, della L.r. 33/2009, il parere della competente Commissione Consiliare in ordine all'Allegato A) "*Requisiti di accreditamento per la riabilitazione*", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di trasmettere l'Allegato A) "*Requisiti di accreditamento per la riabilitazione*" della presente deliberazione al Presidente del Consiglio Regionale;
- 3) di approvare l'allegato B) "*Attività riabilitative*" parte integrale e sostanziale del presente provvedimento;
- 4) di stabilire che per l'esercizio 2014 le attività erogate nelle Unità Operative che saranno riclassificate come U.O. di Riabilitazione di alta complessità, a seguito della conclusione dell'iter formalmente previsto per il presente atto, saranno considerate di alta complessità anche ai fini della remunerazione dei ricoveri resi per cittadini extraregionali secondo i criteri stabiliti dal tariffario nazionale;
- 5) di confermare le disposizioni della D.G.R. 898/2010 per quanto riguarda il tempo di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici delle strutture sanitarie.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE**AREA DEGENZA****REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE
DI ALTA COMPLESSITA'****Note:**

() I requisiti 5-6-7 e 9 (solo per il piatto doccia complanare a pavimento) si applicano alle U.O. nuove o ai locali oggetto di interventi edilizi con opere murarie*

Laddove indicato, l'assolvimento dei requisiti per Area/Unità Operativa è vincolato alla relativa sostenibilità logistica ed organizzativa in aderenza a quanto già previsto dalla DGR n. 9014/09

1	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori nella struttura?
3	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
5	Il 60% delle camere di degenza è dotata di due posti letto e del rimanente, non più del 30% è dotata al massimo di 4 posti letto? (*) vedi nota
6	Almeno il 10% delle camere di degenza della struttura ospedaliera è ad un solo posto letto? (*) vedi nota
7	Esiste almeno un servizio igienico per ogni camera? (*) vedi nota
8	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
9	Il servizio igienico è idoneo a pazienti con disabilità motoria? Essendo dotato per esempio di maniglie a muro per appoggio, di piatto doccia complanare al pavimento, (*) e di wc idoneo a disabili motori (con seduta a ferro di cavallo e con doccia su tubo flessibile) (*) vedi nota
10	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
11	La superficie minima netta del locale di degenza con più di 1 posto letto (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
12	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
14	E' possibile l'accesso ad ogni letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina, o barella?
15	E' previsto in base al PRS un numero adeguato di camere che consentano il trasporto del paziente senza trasferimento dal letto di degenza?
16	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per visita e medicazioni dotato di lettino articolato e a sollevamento elettrico e/o idraulico?
17	Esiste nell'Area/Unità Operativa un locale/ spazio destinato al Coordinatore infermieristico e/o figure di coordinamento tecnico riabilitativo?
18	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale, non ad uso esclusivo, per le attività dello Psicologo e/o dell'Assistente Sociale?
19	Esiste nell'Area/ Unità Operativa, un locale/ spazio per il personale infermieristico, sociosanitario e ausiliario?
20	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale/ spazio per il Direttore/Responsabile di UO?
21	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale/ spazio dedicato ai dirigenti medici?
22	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per soggiorno e pasto in comune proporzionato al volume delle attività in base al PRS?

23	Esiste, accessibile dall'interno della struttura, un locale/spazi per il deposito delle attrezzature tecnico-assistenziali, proporzionato al volume delle attività in base al PRS?
24	Esiste una tisaneria di Area/ Unità Operativa?
25	Esistono, per piano, servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti e distinti da quelli per i visitatori e, ove possibile, distinti per genere?
26	Esiste nella struttura, per i visitatori almeno un bagno per disabili?
27	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un'area/ locale di attesa per i visitatori proporzionato al volume delle attività?
28	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un numero di bagni assistiti con vasca apribile o barella doccia, adeguato al volume delle attività ?
29	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, ove previsti, sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in misura di almeno 20 mq per 20 posti letto, da incrementarsi in misura di 5 mq ogni ulteriori 10 posti letto o comunque proporzionato al volume delle attività?
30	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, ove previsti, sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto delle necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
31	Per i ricoverati in età evolutiva, ove previsti, esiste nell'edificio, uno spazio dedicato ad attività educative di almeno 9 mq o comunque proporzionato alla tipologia e volume di attività?
32	Esiste una palestra indivisa per l'esercizio terapeutico di almeno 40 mq per il trattamento contemporaneo di 5 pazienti, la cui superficie deve essere implementata di 5 mq per ogni paziente in più trattato contemporaneamente?
33	Le ulteriori aree di esercizio motorio terapeutico, se necessarie in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono ripartite in locali ciascuno di dimensioni non inferiori a 9 mq?
34	Se necessari in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono presenti locali per terapia occupazionale, logopedia, rieducazione cognitiva e attività di neuropsicologia e/o psicologia clinica ?
35	E' presente nell'edificio, in relazione alla tipologia di attività, un locale ove destinare, anche in via non esclusiva, l'attività di rieducazione sfinterica, dotato di servizio igienico esclusivo?
36	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
37	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
38	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
REQUISITI TECNOLOGICI	
A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI	
39	Sono disponibili materassi antidecubito, di differenti tipologie, in relazione alle necessità dei pazienti?
40	Sono presenti nell'Unità Operativa sistemi di monitoraggio di parametri vitali (almeno PA, FC, SatO2, ECG) completi di monitor e allarme acustico e trasmissione dell'allarme al personale di servizio, applicabili al letto del paziente, in numero di 1 ogni 10 posti-letto o comunque in numero adeguato alle attività svolte in base al PRS?
41	Si dispone, su ogni piano di degenza, di un carrello per la gestione della terapia, delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico?
42	Si dispone su ogni piano di degenza di un carrello per la gestione dell'emergenza, completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e bronco aspiratore?
43	Sono disponibili nella U.O. carrozzine di vario tipo, sistemi basculanti, sistemi di postura e ausili per la postura, sistemi pesa-persone per pazienti allettati e in carrozzina in numero adeguato alle attività svolte?
44	Nella Unità Operativa sono disponibili pompe infusionali, parenterali o enterali, in numero adeguato alle attività svolte?
45	Nell'Unità Operativa è presente una strumentazione impedenzometrica atta a stimare la composizione corporea?
46	Nella Unità Operativa sono disponibili ausili per le attività quotidiane per disabili motori (ad esempio set di posate modificate in numero proporzionato alle attività svolte)?
B. REQUISITI TECNOLOGICI /VALUTATIVI	
47	In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa?
48	In relazione all'attività svolta è garantita:
	a)l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria
	b)il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo
	c)la valutazione della capacità di deglutizione

	d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica
	e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico
	f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo tendinei
	g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino
	h) la valutazione della forza muscolare
49	Sono disponibili nell'Unità Operativa ventilatori meccanici in relazione all'attività svolta?
50	Esiste nell'Unità Operativa un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	
	La dotazione strumentale prevede in relazione all'attività svolta come declinata nel PRS:
	a) strumenti per la mobilizzazione degli arti
	b) strumenti per la verticalizzazione
	c) strumenti per il rinforzo muscolare
	d) strumenti per la elettrostimolazione antalgica o muscolare
51	e) strumenti per la riabilitazione del pavimento pelvico
	f) strumenti per il biofeedback elettromiografico
	g) strumenti elettromeccanici per la riabilitazione alla deambulazione
	h) strumenti per la rimozione delle secrezioni bronchiali
	i) ausili e ortesi personalizzate
	l) attrezzi portatili per l'esercizio terapeutico
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
52	Nella Unità Operativa è presente un Direttore/Responsabile medico?
53	I medici dell'unità operativa garantiscono uno standard assistenziale di 35 minuti (misurata in minuto/paziente/die dal lunedì al venerdì)?
54	Nell'ambito orario 8.00-20.00, dal lunedì al venerdì è garantito il minutaggio di 35 minuti per ogni paziente?
55	E' prevista la presenza di medici dell'Unità Operativa non coinvolti nei turni di guardia interdivisionale anche il sabato, per complessive 4 ore?
56	E' garantita la presenza di un medico 24 ore al giorno ai sensi della DGR n. 9014/09?
57	E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.), da aggiornare almeno ogni tre anni?
58	Il Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) prevede procedure informative a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa?
59	Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede che siano declinate nel Progetto Riabilitativo Individuale procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 6 mesi dopo la dimissione per almeno il 50% dei pazienti dimessi?
60	E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?
61	Il P.R.I e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?
62	Sono presenti, all'interno della struttura sanitaria, regimi riabilitativi in accreditamento con il SSN, sia in degenza sia ambulatoriale?
63	E' garantita la possibilità di prescrizione di ausili a carico del SSN presso il presidio se previsto dalla normativa vigente?
64	E' garantita, ove previsto dal PRS, la disponibilità dell'attività diagnostica neurofisiologica di EMG, PESS, PEM, EEG?
65	E' garantita, in relazione all'attività svolta, la consulenza dei seguenti specialisti (ove non siano già presenti le specializzazioni per i medici della UO): neurologo o neurofisiopatologo, internista, dietologo-nutrizionista, urologo, anestesista-rianimatore, cardiologo, pneumologo, neurochirurgo, ortopedico, oculista, otorinolaringoiatra, foniatra, infettivologo, psichiatra, chirurgo?
66	E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
67	L'Unità Operativa è diretta da un medico con idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione vigente ?

68	I medici non apicali della Unità Operativa sono in possesso di idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione vigente ?
69	E' garantita la presenza del personale infermieristico sulle 24 ore?
70	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
71	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?
72	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 125 min/paziente/die? (Se l'organizzazione prevede un coordinatore infermieristico per UO queste unità possono rientrare nel conteggio del tempo infermieristico tranne che per una percentuale pari al 10% riservata a compiti organizzativi)
73	L'assistenza erogata dall'operatore socio-sanitario può rientrare nel minutaggio infermieristico, determinandone non oltre il 50%, mentre l'OTA per non oltre il 30%?
74	Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, psicologo e dietista garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 500 min/paziente/settimana?
75	E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per un minutaggio previsto dal PRS?
76	E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, per un minutaggio previsto dal PRS?
77	E' presente almeno un logopedista per un minutaggio previsto dal PRS?
78	E' presente almeno un terapeuta occupazionale (limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore) per un minutaggio previsto dal PRS?
79	È garantito per i pazienti l'accompagnamento alla dimissione raccordandosi con i servizi socio sanitari delle ASL?
80	L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 6 giorni su 7?

AREA DEGENZA

REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE INTENSIVA

Note:

(*) I requisiti 5-6-7 e 9 (solo per il piatto doccia complanare a pavimento) si applicano alle U.O. nuove o ai locali oggetto di interventi edilizi con opere murarie

Laddove indicato, l'assolvimento dei requisiti per Area/Unità Operativa è vincolato alla relativa sostenibilità logistica ed organizzativa in aderenza a quanto già previsto dalla DGR n. 9014/09

1	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori nella struttura?
3	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
5	Il 50% delle camere di degenza è dotata di due posti letto e del rimanente, non più del 40% è dotata al massimo di 4 posti letto? (*) vedi nota
6	Almeno il 10% delle camere di degenza della struttura ospedaliera è ad un solo posto letto? (*) vedi nota
7	Esiste almeno un servizio igienico per ogni 4 posti-letto? (*) vedi nota
8	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
9	Il servizio igienico è idoneo a pazienti con disabilità motoria? Essendo dotato per esempio di maniglie a muro per appoggio, di piatto doccia complanare al pavimento, (*) e di wc idoneo a disabili motori (con seduta a ferro di cavallo e con doccia su tubo flessibile) (*) vedi nota
10	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
11	La superficie minima netta del locale di degenza con più di 1 posto letto (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
12	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
14	E' possibile l'accesso ad ogni letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina, o barella?
15	E' previsto in base al PRS un numero adeguato di camere che consentano il trasporto del paziente senza trasferimento dal letto di degenza?
16	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per visita e medicazioni dotato di lettino articolato e a sollevamento elettrico e/o idraulico?
17	Esiste nell'Area/Unità Operativa un locale/ spazio destinato al Coordinatore infermieristico e/o figure di coordinamento tecnico riabilitativo?
18	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale, non ad uso esclusivo, per le attività dello Psicologo e/o dell'Assistente Sociale?
19	Esiste nell'Area/ Unità Operativa, un locale/ spazio per il personale infermieristico, sociosanitario e ausiliario?
20	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale/ spazio per il Direttore/Responsabile di UO?
21	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale/ spazio dedicato ai dirigenti medici?
22	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per soggiorno e pasto in comune proporzionato al volume delle attività in base al PRS?
23	Esiste, accessibile dall'interno della struttura, un locale/spazi per il deposito delle attrezzature tecnico-assistenziali proporzionato al volume delle attività in base al PRS?
24	Esiste una tisaneria di Area/ Unità Operativa?

25	Esistono, per piano, servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti e distinti da quelli per i visitatori e, ove possibile, distinti per genere?
26	Esiste nella struttura, per i visitatori almeno un bagno per disabili?
27	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un'area/ locale di attesa per i visitatori proporzionato al volume delle attività?
28	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un numero di bagni assistiti con vasca apribile o barella doccia, adeguato al volume delle attività ?
29	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, ove previsti, sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in misura di almeno 20 mq per 20 posti letto, da incrementarsi in misura di 5 mq ogni ulteriori 10 posti letto o comunque proporzionato al volume delle attività?
30	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, ove previsti, sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto delle necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
31	Per i ricoverati in età evolutiva, ove previsti, esiste nell'edificio, uno spazio dedicato ad attività educative di almeno 9 mq o comunque proporzionato alla tipologia e volume di attività?
32	Esiste una palestra indivisa per l'esercizio terapeutico di almeno 40 mq per il trattamento contemporaneo di 5 pazienti, la cui superficie deve essere implementata di 5 mq per ogni paziente in più trattato contemporaneamente?
33	Le ulteriori aree di esercizio motorio terapeutico, se necessarie in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono ripartite in locali ciascuno di dimensioni non inferiori a 9 mq?
34	Se necessari in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono presenti locali per terapia occupazionale, logopedia , rieducazione cognitiva e attività di neuropsicologia e/o psicologia clinica?
35	E' presente nell'edificio, in relazione alla tipologia di attività, un locale ove destinare, anche in via non esclusiva, l'attività di rieducazione sfinterica, dotato di servizio igienico esclusivo?
36	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
37	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
38	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
REQUISITI TECNOLOGICI	
A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI	
39	Sono disponibili materassi antidecubito, di differenti tipologie, in relazione alle necessità dei pazienti?
40	Sono presenti nell'Unità Operativa sistemi di monitoraggio di parametri vitali (almeno PA, FC, SatO2, ECG) completi di monitor e allarme acustico e trasmissione dell'allarme al personale di servizio, applicabili al letto del paziente, in numero di 1 ogni 10 posti-letto o comunque in numero adeguato alle attività svolte in base al PRS?
41	Si dispone, su ogni piano di degenza, di un carrello per la gestione della terapia, delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico?
42	Si dispone su ogni piano di degenza di un carrello per la gestione dell'emergenza, completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e bronco aspiratore?
43	Sono disponibili nella U.O. carrozzine di vario tipo, sistemi basculanti, sistemi di postura e ausili per la postura, sistemi pesa-persone per pazienti allettati e in carrozzina in numero adeguato alle attività svolte?
44	Nella Unità Operativa sono disponibili pompe infusionali, parenterali o enterali, in numero adeguato alle attività svolte?
45	Nell'Unità Operativa è presente una strumentazione impedenzometrica atta a stimare la composizione corporea?
46	Nella Unità Operativa sono disponibili ausili per le attività quotidiane per disabili motori (ad esempio set di posate modificate in numero proporzionato alle attività svolte)?
B. REQUISITI TECNOLOGICI/VALUTATIVI	
47	In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa?
48	In relazione all'attività svolta è garantita:
	a) l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria
	b) il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo
	c) la valutazione della capacità di deglutizione
	d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica
	e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico
	f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo tendinei
g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino	

	h) la valutazione della forza muscolare
49	Sono disponibili nell'Unità Operativa ventilatori meccanici in relazione all'attività svolta?
50	Esiste nell'Unità Operativa un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	
	La dotazione strumentale prevede in relazione all'attività svolta come declinata nel PRS:
	a) strumenti per la mobilizzazione degli arti
	b) strumenti per la verticalizzazione
	c) strumenti per il rinforzo muscolare
	d) strumenti per la elettrostimolazione antalgica o muscolare
51	e) strumenti per la riabilitazione del pavimento pelvico
	f) strumenti per il biofeedback elettromiografico
	g) strumenti elettromeccanici per la riabilitazione alla deambulazione
	h) strumenti per la rimozione delle secrezioni bronchiali
	i) ausili e ortesi personalizzate
	l) attrezzi portatili per l'esercizio terapeutico
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
52	Nella Unità Operativa è presente un Direttore/Responsabile medico?
53	I medici dell'unità operativa garantiscono uno standard assistenziale di 30 minuti (misurata in minuto/paziente/die dal lunedì al venerdì)?
54	Nell'ambito orario 8.00-20.00, dal lunedì al venerdì è garantito il minutaggio di 30 minuti per ogni paziente?
55	E' prevista la presenza di medici dell'Unità Operativa non coinvolti nei turni di guardia interdivisionale anche il sabato, per complessive 4 ore?
56	E' garantita la presenza di un medico 24 ore al giorno, ai sensi della DGR n. 9014/09?
57	E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.), da aggiornare almeno ogni tre anni?
58	Il Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) prevede procedure informative a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa?
59	Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede che siano declinate nel Progetto Riabilitativo Individuale procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 6 mesi dopo la dimissione per almeno il 50% dei pazienti dimessi?
60	E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?
61	Il P.R.I e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?
62	Sono presenti, all'interno della struttura sanitaria, regimi riabilitativi in accreditamento con il SSN, sia in degenza sia ambulatoriale?
63	E' garantita la possibilità di prescrizione di ausili a carico del SSN presso il presidio se previsto dalla normativa vigente?
64	E' garantita, ove previsto dal PRS, la disponibilità dell'attività diagnostica neurofisiologica di EMG, PESS, PEM, EEG?
65	E' garantita, in relazione all'attività svolta, la consulenza dei seguenti specialisti (ove non siano già presenti le specializzazioni per i medici della UO): neurologo o neurofisiopatologo, internista, dietologo-nutrizionista, urologo, anestesista-rianimatore, cardiologo, pneumologo, neurochirurgo, ortopedico, oculista, otorinolaringoiatra, foniatra, infettivologo, psichiatra, chirurgo?
66	E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
67	L'Unità Operativa è diretta da un medico con idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione vigente ?
68	I medici non apicali della Unità Operativa sono in possesso di idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione vigente ?
69	E' garantita la presenza del personale infermieristico sulle 24 ore?
70	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?

71	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?
72	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 110 min/paziente/die? (se l'organizzazione prevede un coordinatore infermieristico per UO queste unità possono rientrare nel conteggio del tempo infermieristico tranne che per una percentuale pari al 10% riservata a compiti organizzativi).
73	L'assistenza erogata dall'operatore socio-sanitario può rientrare nel minutaggio infermieristico determinandone non oltre il 50%, mentre l'OTA per non oltre il 30%?
74	Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, psicologo e dietista garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 380 min/paziente/settimana?
75	E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per un minutaggio previsto dal PRS?
76	E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, per un minutaggio previsto dal PRS?
77	E' presente almeno un logopedista per un minutaggio previsto dal PRS?
78	E' presente almeno un terapeuta occupazionale (limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore) per un minutaggio previsto dal PRS?
79	È garantito per i pazienti l'accompagnamento alla dimissione raccordandosi con i servizi socio sanitari delle ASL?
80	L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 6 giorni su 7?

AREA DEGENZA	
REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE ESTENSIVA	
Note:	
<i>(*) I requisiti 5-6-7 e 9 (solo per il piatto doccia complanare a pavimento) si applicano alle U.O. nuove o ai locali oggetto di interventi edilizi con opere murarie</i>	
<i>Laddove indicato, l'assolvimento dei requisiti per Area/Unità Operativa è vincolato alla relativa sostenibilità logistica ed organizzativa in aderenza a quanto già previsto dalla DGR n. 9014/09</i>	
1	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori nella struttura?
3	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
5	Il 50% delle camere di degenza è dotata di due posti letto e del rimanente, non più del 40% è dotata al massimo di 4 posti letto? (*) vedi nota
6	Almeno il 10% delle camere di degenza della struttura ospedaliera è ad un solo posto letto? (*) vedi nota
7	Esiste almeno un servizio igienico per ogni 4 posti-letto? (*) vedi nota
8	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
9	Il servizio igienico è idoneo a pazienti con disabilità motoria? Essendo dotato per esempio di maniglie a muro per appoggio, di piatto doccia complanare al pavimento, (*) e di wc idoneo a disabili motori (con seduta a ferro di cavallo e con doccia su tubo flessibile) (*) vedi nota
10	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
11	La superficie minima netta del locale di degenza con più di 1 posto letto (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
12	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
14	E' possibile l'accesso ad ogni letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina, o barella?
15	E' previsto in base al PRS, un numero adeguato di camere che consentano il trasporto del paziente senza trasferimento dal letto di degenza?
16	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per visita e medicazioni dotato di lettino articolato e a sollevamento elettrico e/o idraulico?
17	Esiste nell'Area/Unità Operativa un locale/ spazio destinato al Coordinatore Infermieristico e/o figure di coordinamento tecnico riabilitativo?
18	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale, non ad uso esclusivo, per le attività dello Psicologo e/o dell'Assistente Sociale?
19	Esiste nell'Area/ Unità Operativa, un locale/ spazio per il personale infermieristico, sociosanitario e ausiliario?
20	Esiste nell'Area/Unità Operativa un locale/spazio per il Direttore/Responsabile di UO?
21	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale/ spazio dedicato ai dirigenti medici?
22	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per soggiorno e pasto in comune proporzionato al volume delle attività in base al PRS?
23	Esiste, accessibile dall'interno della struttura, un locale/spazi per il deposito delle attrezzature tecnico-assistenziali, proporzionato al volume delle attività in base al PRS?
24	Esiste una tisaneria di Area / Unità Operativa?

25	Esistono, per piano, servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti e distinti da quelli per i visitatori e, ove possibile, distinti per genere?
26	Esiste nella struttura, per i visitatori almeno un bagno per disabili?
27	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un'area/ locale di attesa per i visitatori proporzionato al volume delle attività?
28	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un numero di bagni assistiti con vasca apribile o barella doccia, adeguato al volume delle attività ?
29	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, ove previsti, sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in misura di almeno 20 mq per 20 posti letto, da incrementarsi in misura di 5 mq ogni ulteriori 10 posti letto o comunque proporzionato al volume delle attività?
30	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, ove previsti, sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto delle necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
31	Per i ricoverati in età evolutiva, ove previsti, esiste nell'edificio, uno spazio dedicato ad attività educative di almeno 9 mq o comunque proporzionato alla tipologia e volume di attività?
32	Esiste una palestra indivisa per l'esercizio terapeutico di almeno 40 mq per il trattamento contemporaneo di 5 pazienti, la cui superficie deve essere implementata di 5 mq per ogni paziente in più trattato contemporaneamente?
33	Le ulteriori aree di esercizio motorio terapeutico, se necessarie in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono ripartite in locali ciascuno di dimensioni non inferiori a 9 mq?
34	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
35	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
36	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
REQUISITI TECNOLOGICI	
A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI	
37	Sono disponibili materassi antidecubito, di differenti tipologie, in relazione alle necessità dei pazienti?
38	Sono presenti nell'Unità Operativa sistemi di monitoraggio di parametri vitali (almeno PA, FC, SatO2, ECG) completi di monitor e allarme acustico e trasmissione dell'allarme al personale di servizio, applicabili al letto del paziente, in numero di 1 ogni 10 posti-letto o comunque in numero adeguato alle attività svolte in base al PRS?
39	Si dispone, su ogni piano di degenza, di un carrello per la gestione della terapia, delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico?
40	Si dispone su ogni piano di degenza di un carrello per la gestione dell'emergenza, completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e bronco aspiratore?
41	Sono disponibili nella U.O carrozzine di vario tipo, sistemi basculanti, sistemi di postura e ausili per la postura, sistemi pesa-persone per pazienti allettati e in carrozzina in numero adeguato alle attività svolte?
42	Nella Unità Operativa sono disponibili pompe infusionali, parenterali o enterali, in numero adeguato alle attività svolte?
43	Nell'Unità Operativa è presente una strumentazione impedenzometrica atta a stimare la composizione corporea?
44	Nella Unità Operativa sono disponibili ausili per le attività quotidiane per disabili motori (ad esempio set di posate modificate in numero proporzionato alle attività svolte)?
B. REQUISITI TECNOLOGICI /VALUTATIVI	
45	In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa?
46	In relazione all'attività svolta è garantita:
	a)l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria
	b)il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo
	c)la valutazione della capacità di deglutizione
	d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica
	e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico
f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo tendinei	

	g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino
	h) la valutazione della forza muscolare
47	Sono disponibili nell'Unità Operativa ventilatori meccanici in relazione all'attività svolta?
48	Esiste nell'Unità Operativa un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	
	La dotazione strumentale prevede in relazione all'attività svolta come declinata nel PRS:
	a) strumenti per la mobilizzazione degli arti
	b) strumenti per la verticalizzazione
	c) strumenti per il rinforzo muscolare
	d) strumenti per la elettrostimolazione antalgica o muscolare
49	e) strumenti per la riabilitazione del pavimento pelvico
	f) strumenti per il biofeedback elettromiografico
	g) strumenti elettromeccanici per la riabilitazione alla deambulazione
	h) strumenti per la rimozione delle secrezioni bronchiali
	i) ausili e ortesi personalizzate
	l) attrezzi portatili per l'esercizio terapeutico
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
50	Nella Unità Operativa è presente un Direttore/Responsabile medico?
51	I medici dell'unità operativa garantiscono uno standard assistenziale di 20 minuti (misurata in minuto/paziente/die dal lunedì al venerdì)?
52	Nell'ambito orario 8.00-20.00, dal lunedì al venerdì è garantito il minutaggio di 20 minuti per ogni paziente?
53	E' prevista la presenza di un medico dell'Unità Operativa non coinvolto nei turni di guardia interdivisionale anche il sabato, per almeno 4 ore?
54	E' garantita la presenza di un medico 24 ore al giorno ai sensi della DGR n. 9014/09?
55	E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.), da aggiornare almeno ogni tre anni?
56	Il Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) prevede procedure informative a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa?
57	E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?
58	Il P.R.I e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?
59	Sono presenti, all'interno della struttura sanitaria, regimi riabilitativi in accreditamento con il SSN, sia in degenza sia ambulatoriale?
60	E' garantita la possibilità di prescrizione di ausili a carico del SSN presso il presidio se previsto dalla normativa vigente?
61	E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
62	L'Unità Operativa è diretta da un medico con idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione vigente ?
63	I medici non apicali della Unità Operativa sono in possesso di idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione vigente ?
64	E' garantita la presenza del personale infermieristico sulle 24 ore?
65	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
66	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenee per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?
67	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 110 min/paziente/die? (se l'organizzazione prevede un coordinatore infermieristico per UO, queste unità possono rientrare nel conteggio del tempo infermieristico tranne che per una percentuale pari al 10% riservata a compiti organizzativi)

68	L'assistenza erogata dall'operatore socio-sanitario può rientrare nel minutaggio infermieristico determinandone non oltre il 50%, mentre l'OTA per non oltre il 30%?
69	Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, psicologo e dietista garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 220 min/paziente/settimana?
70	E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per un minutaggio previsto dal PRS?
71	E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, per un minutaggio previsto dal PRS?
72	E' presente almeno un logopedista per un minutaggio previsto dal PRS?
73	E' presente almeno un terapeuta occupazionale (limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore) per un minutaggio previsto dal PRS?
74	È garantito per i pazienti l'accompagnamento alla dimissione raccordandosi con i servizi socio sanitari delle ASL?
75	L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 5 giorni su 7?

ATTIVITÀ RIABILITATIVE

Il modello medico-riabilitativo (d'ora in poi: modello riabilitativo) si configura come un modello distinto rispetto a quello bio-medico.

1. CONCETTI GENERALI: DEFINIZIONE E AMBITI DEL MODELLO RIABILITATIVO

Le due caratteristiche più specifiche del modello sono:

- la persona nel suo complesso è l'unità di osservazione e di trattamento del modello riabilitativo, mentre le "parti" della persona sono l'unità di osservazione nel modello sanitario;
- la "funzione" della persona nel suo complesso è definibile come lo scambio di energia e di informazione fra la persona e l'ambiente esterno, comprensivo di oggetti fisici, biologici e di altre persone. Nel modello bio-medico la "funzione" è definibile come lo scambio di energia o di informazione fra parti della persona.

La differenza tra biomedicina/medicina clinica/sanità:

- a) la biomedicina si applica allo studio di parti proprie di qualsiasi persona;
- b) la medicina clinica si applica alla soluzione di problemi di singoli individui;
- c) la sanità si applica a popolazioni.

La differenza fra riabilitazione, medicina fisica e riabilitativa (MF&R) e riabilitazione clinica:

- la riabilitazione mira a restituire alla persona il massimo livello funzionale (interazione ambientale, maggiore successo nelle "attività", secondo il modello ICF 2001) ed è quindi lo scopo delle più varie attività umane, non soltanto sanitarie. Un'attività biomedica (es. un intervento chirurgico ortopedico), un'attività clinica (es. una terapia neurologica) e un'attività sanitaria (es. il riconoscimento di mansioni lavorative ridotte o di una pensione di invalidità) possono tutte avere come scopo condiviso la riabilitazione di una persona disabile.
- la MF&R condivide lo scopo riabilitativo ma prevede mezzi specificamente "fisici", nel senso di interventi diagnostico-terapeutici che avvengono dall'esterno sulla persona nel suo complesso. Per esempio, l'esercizio terapeutico motorio e cognitivo si rivolgono alla persona in quanto unitaria e unica. Questo ne fa una Specializzazione medica a sé stante.
- in senso più lato, tuttavia, si può definire "riabilitazione clinica" l'insieme delle attività di "medicina clinica" svolte da medici e da operatori di formazione clinica ma non medici, e che svolgono le professioni sanitarie di fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, ortottico, terapeuta della neuro- e psico-motricità in età evolutiva, educatore professionale, podologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Operatori specifici per la MF&R e la riabilitazione clinica

Non necessariamente un'attività di riabilitazione clinica è svolta da uno specialista in MF&R; ad esempio, il medico specialista in Pneumologia può diagnosticare un deficit dell'attività della persona, definita respirazione, quale che ne sia l'origine (deficit di origine ventilatoria, ostruttivo-restrittiva o diffusiva) e può prescrivere esercizio terapeutico specifico, affidato al fisioterapista. Il laureato in Psicologia può dedicarsi ad attività di sostegno o di tipo "educazionale" verso pazienti, caregivers ecc. Per contro, uno Specialista in MF&R può svolgere attività biomediche in quanto medico (per esempio, trattare farmacologicamente un'infezione respiratoria).

Riabilitazione sociale

Il termine "riabilitazione sociale" è da limitarsi alle attività che condividono uno scopo riabilitativo, ma non richiedono competenze di area clinica.

Non necessariamente riabilitazione clinica e sociale sono entrambe appropriate nel singolo caso, anche se spesso la prima richiede che la seconda agisca da fattore permissivo.

2. CONCETTI APPLICATIVI

A) *Differenziare la riabilitazione clinica*

La riabilitazione clinica di regola richiede un livello di interdisciplinarietà più elevato di quello richiesto negli interventi biomedici. Questo è dovuto al fatto che:

- l'intervento riabilitativo presuppone la gestione contestuale di problemi biomedici che coesistono o interagiscono con la disabilità;
- di regola le alterazioni funzionali che concorrono a determinare la disabilità complessiva sono multiple e di diverso tipo e richiedono quindi l'intervento coordinato di molte figure professionali specializzate in diversi ambiti funzionali.

L'intervento riabilitativo ritrova la sua necessaria unità nella stesura di un progetto di struttura che identifichi requisiti e finalità del contesto strutturale, tecnologico e organizzativo, di un progetto individuale che definisca le principali finalità di interazione persona-ambiente (partecipazione, secondo il glossario ICF-OMS) e lo declini concretamente in un programma individuale, che articoli analiticamente tipologie, intensità e cronologia dei vari interventi clinici.

La finalità condivisa e la subordinazione a programma e progetto individuale non devono far perdere di vista la necessità di forte specializzazione dei singoli operatori clinici che intervengono.

Per rispondere in modo ottimale alle esigenze della persona disabile, la riabilitazione clinica si articola concretamente non soltanto per livelli di intensità di consumo di risorse (consumo nell'unità di tempo), ma anche per tipo di risorse strumentali e umane coinvolte.

B) *Distinguere gravità biomedica e gravità funzionale*

La maggioranza dei pazienti portatori di disabilità non è ospedalizzata e non richiede cure mediche ad alta intensità. Spesso la disabilità si è sviluppata gradualmente e progressivamente. Una parte rilevante di persone disabili attraversa comunque una fase iniziale di acuzie e post-acuzie, dove la qualità e l'intensità dell'intervento biomedico e clinico-riabilitativo possono essere decisive nel determinare il grado di disabilità residua. Le fasi "acute" in molti casi possono ripetersi: questo è il caso di malattie ad andamento recidivante o di malattie che conducono a complicanze di per sé acute.

Risorse di diverso tipo, tuttavia, hanno costi diversi. Il costo economico totale nell'unità di tempo può tendere a calare: da un massimo pro-die nella fase di ospedalizzazione in unità "per acuti", a costi pro-die inferiori via via che il bisogno si fa prevalentemente riabilitativo.

La Fig. 1 (in nero il costo pro die ed in grigio chiaro il costo cumulato nel tempo), ovviamente semplificativa, restituisce l'immagine di una intensità di cura costante. Anche se il costo pro-die, diventando le cure meno costose, può diminuire, ciò nonostante il costo complessivo del caso è comunque crescente nel tempo. Il costo complessivo indotto da cure riabilitative a bassa intensità ma di lunga durata può rivelarsi molto superiore a quello di un intervento impegnativo ma di breve durata nella fase di acuzie. Per questo motivo un intervento più costoso ma più efficace in fase acuta può indurre un enorme risparmio nel costo complessivo sul lungo periodo.

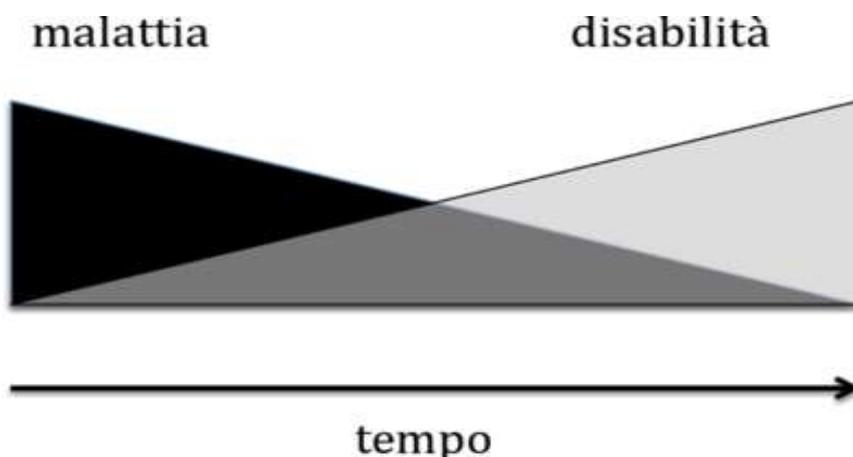


Fig.1. Tipica interazione nel tempo fra consumo di risorse (impiego pro-die) rivolto alla malattia disabilitante e alla disabilità.

Fig. 1. Tipica interazione nel tempo fra consumo di risorse (impiego pro-die) rivolto alla malattia disabilitante e alla disabilità.

C) *Distinguere i setting assistenziali: intensità di riabilitazione non coincide con intensità di cura*

Il termine "intensivo" indica abitualmente il consumo complessivo di risorse (umane e materiali) e viene erroneamente confuso con il concetto di "consumo di risorse economiche". Nulla vieta che l'intervento riabilitativo in sé sia intensivo (il *cut-off* formale è di tre ore/die o più di trattamento) anche se viene svolto al di fuori di un costoso *setting* istituzionale.

D) *Distinguere cronicità, stabilità e intensità*

Le condizioni di disabilità transitoria, se si eccettuano disabilità minimali come quelle conseguenti per esempio a lievi traumi, sono scarsamente prevalenti e comunque hanno modesto impatto socio-economico. Gran parte delle condizioni presenti e rilevanti nella popolazione sono di lunga durata e tendenzialmente progressive. Il termine "cronicità", dunque, riflette soltanto un concetto temporale e non indica di per sé un esito stabilizzato, né una situazione che richieda interventi a bassa intensità di cura. In molte condizioni:

- possono essere richiesti interventi ad alta o media intensità per lunghi periodi (si pensi al supporto ventilatorio per malati neuromuscolari);
- possono essere necessari interventi continuativi a bassa intensità, inframmezzati da episodi di cura ad alta intensità in unità di degenza sia "per acuti", sia di riabilitazione (si pensi al caso di pazienti con Sclerosi Multipla soggetti a riacutizzazioni oppure al caso di pazienti con disabilità da neoplasia per la quale necessitano cicli periodici di radio-chemioterapia).

E) *Distinguere intensità delle cure riabilitative, durata e setting*

Un trattamento, sia esso intensivo o estensivo, può richiedere tempi sia brevi, sia lunghi di trattamento. Il concetto di "estensività" non implica il concetto di "lungo-assistenza", anche se il termine richiama l'idea della lunga durata. I termini corretti sarebbero quelli di "intensivo" e "non intensivo", da abbinare eventualmente ad uno dei due termini di "breve durata" e "lunga durata". Questi concetti, a loro volta, non coincidono con concetti di *setting* (ospedaliero, ambulatoriale o altro). Per esempio, se si accetta comunque il significato di "estensivo" come equivalente a "di bassa intensità", un trattamento ambulatoriale di poche sedute può essere comunque considerato "estensivo".

F) *Distinguere malattia trascorsa, co-morbidità e interazione malattia-disabilità*

Il caso clinicamente più comune non è quello di una persona che presenta disabilità in esiti di patologia ormai trascorsa (si pensi ai pazienti con esiti di poliomielite o a quelli con protesi da amputazione traumatica), bensì quello di una persona che presenta simultaneamente malattia e disabilità. La malattia può presentarsi come situazione concomitante (co-morbidità) ma senza un diretto impatto sulla disabilità e sugli specifici programmi riabilitativi, oppure come causa tuttora operante nel determinare e modificare il grado di disabilità (malattia interagente).

G) *Distinguere a) comorbidità, b) instabilità, c) complessità*

a) Comorbidità

Nel caso di coesistenza (non importa se comorbidità o interazione) è difficile prevedere di quanto aumenti la necessaria intensità di cura complessiva, rispetto a quella determinata dal solo approccio riabilitativo. Il puro conteggio di condizioni "co-morbide" non correla alla intensità di cura (la cura per ipertensione, diabete e rischio trombotico può non incidere significativamente sul decorso né sul costo di un episodio di riabilitazione intensiva post-ictale). Non a caso, indicatori di questo tipo (per es. la scala CIRS) tendono a "pesare" - con ragionamento circolare - le comorbidità per il loro impatto disabilitante: questo significa ammettere indirettamente che la disabilità viene pesata a parte. Lo stesso vale per la interazione: se una malattia neuro-degenerativa ha un progressione molto lenta, per esempio, la sua capacità di incidere sulla intensità di cura è modesto; il contrario vale per malattie fortemente attive come è il caso di forme recidivanti o rapidamente progressive di Sclerosi Multipla o di tumori nervosi maligni. Anche in questi casi la soluzione più razionale è quella di misurare la disabilità di per sé, senza pretendere di dedurla da indicatori di malattia.

b) Instabilità

Diverso è il caso della "instabilità clinica", intesa come rischio di complicazioni e/o mortalità connessi all'andamento di una o più malattie. L'instabilità di per sé può non aggiungere nulla alla disabilità ma può rendere indicato un *setting* di cura ospedaliero anche se la disabilità, di per sé, è lieve.

c) Complessità

La complessità assistenziale è definibile come il risultato della interazione fra malattia, disabilità e grado di integrazione multidisciplinare richiesto per il trattamento ottimale del caso individuale. Vi sono dunque una complessità connessa alla necessità di cura di malattie multiple, una complessità connessa a condizioni in cui coesistono malattie e disabilità, ed anche di sola disabilità che richiedono comunque integrazione multidisciplinare di alto grado di complessità, dunque,

- non è sinonimo di gravità *quoad vitam* né di intensità di cura totale;
- non implica la necessità di un *setting* specifico, in particolare ospedaliero.

Vi potranno essere casi complessi in cui prevale la necessità di ospedalizzazione per la protezione da instabilità, così come per la densità di interventi multipli riabilitativi che non sono concretamente erogabili in regime territoriale. Per esempio, possono prevalere considerazioni relative a:

- faticabilità;
- necessità di frazionamento giornaliero dei trattamenti;
- necessità di presenza simultanea di diversi professionisti sanitari;
- necessità di osservazione medica continuativa degli effetti del trattamento o altro ancora.

Parimenti, vi possono essere trattamenti ad alta complessità che, in condizioni favorevoli di *setting* e di condizione clinica e/o sociale, possono essere erogati in regime territoriale (è il caso del modello MAC).

3. STRATEGIA ATTUATIVA

Riabilitazione clinica: definire se primaria o accessoria

Occorre distinguere casi nei quali gli interventi specificamente riabilitativi (negli scopi e nei mezzi) della persona sono la finalità principale ("primaria") dell'attività di diagnosi e cura, dai casi nei quali essi sono parte accessoria di un progetto di cura di tipo biomedico. Nel caso di un paziente post-ictale o reduce da infarto miocardico o da protesizzazione di anca, per esempio, interventi riabilitativi rivolti al deficit motorio in fase acuta sono accessori rispetto agli interventi di cura e stabilizzazione clinica biomedica. Viceversa, interventi riabilitativi rivolti allo stesso paziente in una fase successiva, a stabilità raggiunta, sono protagonisti della cura, e possono divenire accessori gli interventi biomedici (per esempio, trattamenti farmacologici o monitoraggio dei parametri biologici).

Riabilitazione clinica: definire se intensiva o estensiva

Occorre distinguere casi nei quali necessita un'elevata intensità di cura specificamente riabilitativa (casi "intensivi") dai casi che richiedono intensità di cura inferiore (casi "estensivi").

Occorre definire il tipo di setting ottimale per la riabilitazione primaria

Questo impone una riclassificazione delle Unità di offerta di riabilitazione clinica. Occorre definire il setting ottimale per casi che necessitano primariamente di riabilitazione, sulla base della necessità di intensività, complessità e durata. Il termine "clinico" va richiamato per minimizzare possibili fraintendimenti fra la natura clinica e sociale dell'intervento: il che non esclude, ovviamente, la necessità di una forte integrazione fra i due interventi. I setting possono essere classificati come segue.

LIVELLO	TIPOLOGIA	Istituzione ospedaliera			Territorio		
		A	B	C	D	E	F
		Unità Spinali, Unità clinica di neuroriabilitazione (già cod. 28, cod.75 e cod 56; riabilitazione specialistica); riabilitazione in età evolutiva.	Unità clinica di riabilitazione intensiva (già cod. 56; riabilitazione specialistica)	Unità clinica di riabilitazione estensiva (già cod. 76; riabilitazione generale-geriatrica e di mantenimento)	Ospedaliero MAC	Domicilio (voucher; in ADI)	Ambulatorio
1	ospedaliero intensivo ad alta complessità	X					
2	ospedaliero intensivo		X				
3	ospedaliero estensivo			X			
4	territoriale intensivo				MAC 6	X	
5	territoriale estensivo				MAC 7, MAC 8	X	X

4. ULTERIORE ARTICOLAZIONE DELLA PROPOSTA

a) Livello ospedaliero "specialistico" vs. "intensivo ad alta complessità" e "intensivo"

L'attuale classificazione in tre livelli delle unità di offerta viene modificata. All'epoca della sua istituzione essa aveva il merito di accentuare l'aspetto unitario dell'intervento di riabilitazione clinico sulla persona nel suo complesso. Tuttavia, prevedendo una differenziazione soprattutto in base al minutaggio assistenziale indifferenziato per operatori della riabilitazione e per requisiti organizzativi e tecnologici, la classificazione ha compresso su un unico livello "specialistico" unità operative con caratteristiche molto diverse. Per esempio non vi sono specifici requisiti circa il numero di medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa, né requisiti relativi alla presenza e al numero di differenti figure professionali specifiche quali il fisioterapista, il logopedista ed il terapeuta occupazionale. Per quanto attiene unità di riabilitazione "specialistica" rivolte prevalentemente a pazienti con menomazione di origine cardiologica o respiratoria non si prevedono differenze fra Unità con guardia divisionale (quindi, coperta da specialisti della stessa Unità Operativa e del settore) o interdivisionale: cosa che può avere una notevole importanza nella gestione di pazienti con rischio cardiorespiratorio elevato ecc.

Si propone quindi la differenziazione dell'attuale livello "specialistico" in due livelli, da definirsi uno "intensivo ad alta complessità - IAC" ed uno "intensivo".

b) Livello "generale-geriatrico" e "di mantenimento" vs. livello "estensivo"

Il termine "generale-geriatrico" richiama le preoccupazioni, emerse all'epoca in cui la classificazione nacque, che si sottovalutassero co-morbidità e fragilità clinico-sociali tipiche di molti soggetti ultra-settantenni, per i quali non era più disponibile una offerta ospedaliera di tipo internistico a scopo di stabilizzazione.

Il livello "di mantenimento" rispondeva alla preoccupazione che non fosse più disponibile una forma di ricovero a bassa intensità di cura ma di durata prolungata, per fasce di casistica con malattia e/o disabilità a lenta risoluzione o con particolare fragilità sociale (per le quali il decreto LEA 2001 prevedeva la formula della "lungo-assistenza"). Nel frattempo i pazienti ultra-settantenni sono divenuti la maggioranza dei casi accolti in unità di riabilitazione di qualsiasi livello. Inoltre è stata normata in Lombardia la tipologia di offerta "cure subacute" e non appare più giustificato (ed anzi può apparire discriminatorio) il termine "generale-geriatrico". Sono poi nate unità di offerta per stati vegetativi. Appare opportuno quindi il riconoscimento del livello "estensivo" al posto dei due livelli "generale-geriatrico" e "di mantenimento" (si veda la tabella seguente).

		Tipologia di offerta: ospedaliera			
		Livelli attuali	Specialistico	Generale-geriatrico	Di mantenimento
Livelli propost	Intensivo ad alta complessità-IAC	X			
	Intensivo	X			
	Estensivo			X	X

L'attuale proposta MAC risponde già all'esigenza di differenziare per intensità di cura e complessità l'intervento ambulatoriale.

c) Appropriatezza del setting

Va premesso che la caratteristica di intensività-complessità del singolo caso clinico non coincide con la intensività-complessità del *setting* ospitante. Per esempio, un caso IAC può trovare setting appropriato sia di tipo territoriale (MAC06) che ospedaliero (IAC). Il contesto riabilitativo ospedaliero garantisce la tutela medico-infermieristica continuativa oltre che risorse specificamente riabilitative. Senza queste ultime il ricovero di un paziente con instabilità clinica e comorbidità ma anche con elevate necessità specialistiche è comunque inappropriato. Viceversa, può darsi il caso di un paziente con modeste necessità di tipo biomedico e che tuttavia necessita di un programma specificamente riabilitativo non realizzabile al di fuori del ricovero. Questo può essere il caso, per esempio, di situazioni gravemente disabilitanti come quelle che si possono verificare in caso di Sclerosi Multipla o atassie eredo-degenerative. In questi casi, soltanto il contesto ospedaliero consente la molteplicità di risorse e la simultaneità di interventi necessarie.

d) Finalità, definizione ed individuazione delle Unità di offerta di riabilitazione clinica ospedaliera

Un'Unità di riabilitazione clinica deve avere requisiti e finalità di tipo prevalentemente riabilitativi, indipendentemente dalla patologia d'organo prevalente che ha condotto alla disabilità. Questo non deve consentire, tuttavia, una genericità dell'offerta rispetto alle necessità specifiche dei pazienti. L'idoneità di una Unità operativa ad accogliere una certa tipologia di pazienti dovrà corrispondere a requisiti di accreditamento centrati su requisiti tecnologici e organizzativi. Occorre quindi passare da una logica di accreditamento centrata su requisiti minimi poco differenziati ad una logica di accreditamento sia di requisiti minimi, sia di requisiti "di programma".

e) Criteri generali per una revisione dei criteri di accreditamento di unità di offerta di riabilitazione clinica ospedaliera

- I. Va recuperato il concetto di "alta complessità", attribuibile soltanto ad alcune Unità di offerta intensive. Potrebbero rientrare in questa classe sia le Unità Spinali unipolari sia alcune Unità di Neuroriabilitazione (già cod. 75) o di riabilitazione funzionale (già cod. 56), riconducibili di fatto al concetto di Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (Linee guida del 1998), sia Unità di riabilitazione in età evolutiva; purché in possesso di **requisiti di struttura e di programma** particolarmente elevati. Per quanto attiene il termine "gravi cerebrolesioni acquisite" si ritiene riduttivo farle coincidere con condizioni di postumo o di esito di coma di qualsiasi origine. Un grave evento cerebro-vascolare così come l'esito di un intervento neurochirurgico eseguito in elezione possono determinare "gravi cerebrolesioni acquisite" di gravità e complessità non inferiore a quelle che possono determinare coma.
- II. Va introdotto il concetto di **congruenza fra intensità e complessità della struttura e della attività effettiva**. Ai fini della classificazione in IAC viene adottato il "criterio del 70%" dei casi afferenti all'MDC 01,04, 05 (in termini di giornate di degenza). Per avere la qualifica di IAC l' UO deve essere in possesso dei requisiti di accreditamento IAC e deve avere dimesso su base storica annuale più del 70% di casi afferenti alle MDC 01,04,05 (in termini di giornate di degenza). Per avere la qualifica di intensiva l'UO deve essere in possesso dei requisiti di accreditamento dell'intensiva, parimenti per avere la qualifica di estensiva l' UO deve essere in possesso dei requisiti di accreditamento dell'estensiva

La tipologia di UO (IAC/Intensiva/estensiva) potrà essere modificata a partire dall'anno successivo a quello di computo del case-mix dimesso per l'IAC.

L'eventuale riclassificazione a seguito del variare della tipologia di UO potrà avvenire con comunicazione corredata da autocertificazione del possesso dei requisiti.

In considerazione dei requisiti espressi, di seguito, per la IAC l'attività svolta è riconducibile alle tariffe previste per la TUC per i codici 75/28.

5. MODIFICA DEL SISTEMA INFORMATIVO

Poiché la classificazione del caso potrà basarsi anche su indicatori funzionali va considerato l'obbligo informativo relativo ad indicatori funzionali cui corrisponda apposito programma formativo per i NOC delle ASL, per i controlli del caso. Vi è una esperienza concreta e positiva affrontata in Regione a fini di equità tariffaria, ovvero quella dell'uso della scala ASIA e della scala GCS per la classificazione "extra-budget" assegnata a casi con mielo-lesione o condizioni post-coma, rispettivamente, purché con adeguato punteggio funzionale.

Il "sistema esperto" si è rivelato utile a scopo programmatico ma non a scopo di studio di *outcome*, appropriatezza e modifica longitudinale del singolo caso clinico.

Anche una proposta di ampliamento del sistema informativo con indicatori funzionali dovrebbe essere oggetto di specifico studio da parte del GAT-riabilitazione o di GAT specifico.

Indicatori di attenzione alla continuità assistenziale

Le singole unità ospedaliere di riabilitazione clinic devono proporsi anche come nodo di una rete di servizi trasversale e longitudinale e non soltanto come fornitrici di prestazioni che prescindono dalla presa in carico del paziente.

A questo proposito andrebbero premiate le strutture che provvedano:

- un servizio epidemiologico di follow-up, coerente con indicazioni regionali o comunque reso disponibile all'amministrazione regionale;
- ad offrire ai pazienti uno o più interventi nell'ambito di percorsi assistenziali che raccordino la dimissione e il periodo post-dimissione, integrati con unità di offerta accreditate. A titolo di esempio non esaustivo si citano:
 - predisposizione di controlli ambulatoriali in sede;
 - servizio di assistenza sociale (al momento non previsto nei requisiti minimi di accreditamento);
 - accordi sanitari di continuità assistenziale con strutture e/o servizi a minore intensità di cura (criteri condivisi di appropriatezza, trasmissione di informazioni sanitarie evitandone la necessità di duplicazione, consulenze reciproche);
 - procedure di tempestiva assistenza alla scelta del percorso post-dimissione, rivolte a pazienti e *caregivers*.

Il tutto va inteso come offerta che non deve incidere sulla libertà di scelta dell'utente. La definizione di questa "integrazione con la rete assistenziale" potrebbe anch'essa essere un obiettivo di lavoro da svolgersi nel corso del 2014.

Indicatori longitudinali centrati sul paziente

Appare opportuno che nel 2014 la DG Salute predisponga un set minimo di informazioni che siano applicabili a tutti i nodi della rete assistenziale, così da permettere il tracciamento del percorso del singolo paziente. Il modello proponibile si basa su un set longitudinale applicabile dalla dimissione da reparto per acuti fino alle varie forme di assistenza territoriale, cui si aggiungano set specifici per specifici livelli assistenziali. Per esempio, indicatori di rete di sostegno familiare possono essere concepiti con diverso grado di precisione in livelli ospedalieri (ove sono meno determinanti ai fini degli obiettivi clinici) e in livelli territoriali, ove possono essere decisivi per definire il bisogno socio-assistenziale complessivo.

5.1 Il Dipartimento

Una organizzazione dipartimentale può rappresentare la soluzione ottimale per garantire non soltanto ottimizzazione delle risorse, ma anche integrazione multidisciplinare e continuità temporale nella presa in

carico riabilitativa. Le formule organizzative possono essere diverse a seconda dei contesti (Azienda pubblica o privata, monotematica o polispecialistica, con obbligo di ricerca e formazione o meno, ecc.). Per questo motivo si ritiene prioritario creare meccanismi incentivanti *de facto* la integrazione specialistica e la continuità temporale delle cure per qualsiasi *provider*, più che la costituzione solo formale di strutture denominate dipartimentali.

6. RICONOSCIMENTO DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA COMPLESSITÀ DELLE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE SULLA BASE DELLE CODIFICHE SULLA SDO

In assenza di un sistema di misura delle condizioni funzionali, idoneo a classificare i casi riabilitativi ex-ante, si ritiene che un perfezionamento delle regole di codifica della SDO, per quanto attiene sia i codici diagnostici sia i codici di procedura, costituisca una base necessaria per lo sviluppo, nel corso del 2014, di un modello di classificazione che riesca a differenziare meglio i casi ad alta complessità, rispetto al criterio molto ampio, esposto al punto seguente, che sarà adottato per l'esercizio 2014.

In questo contesto ed in ottemperanza a quanto stabilito con la Delib.G.R. n. 4334 del 26 ottobre 2012, con la quale si è dato mandato alla DG Sanità di adottare la proposta del GAT (costituito con nota prot. H1.2012.0007550 del 6 marzo 2012) in merito a modalità di codifica delle SDO che permettano di individuare la casistica ad alta complessità riabilitativa, si è ritenuto di adottare il documento riportato di seguito, denominato "Compilazione della SDO in Riabilitazione".

Il suddetto documento, elaborato in collaborazione con la SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica E Riabilitativa), integra e sostituisce in parte il succitato allegato alla Delib.G.R. n. VII/2418/2000, per quanto attiene la Riabilitazione Neuromotoria, come da Tabella A, di seguito riportata.

Compilazione della SDO in Riabilitazione

Il sistema di codifica ICD-9-CM attualmente utilizzato per il ricovero riabilitativo non è calibrato per una descrizione ottimale del paziente né dei trattamenti riabilitativi.

L'attuale sistema informativo non prevede la registrazione di misure dello stato funzionale del paziente e del suo livello di autonomia.

Esso prevede una valutazione del paziente solo al momento della dimissione e non consente di misurare l'esito degli interventi riabilitativi intrinseci od adattativi attuati.

Tenendo conto delle considerazioni esposte nei capoversi precedenti diventa plausibile pensare all'istituzione di una SDO Riabilitativa (SDO-R) dove vi sia la possibilità di definire il fabbisogno della persona con disabilità e sostenere l'appropriatezza del ricovero all'interno del telaio concettuale rappresentato dall'ICF.

In attesa dell'istituzione di una specifica SDO-R è importante compilare la SDO attualmente in uso con dei criteri definiti ex-ante in tutto il territorio regionale che consentano una lettura più efficace e coerente della realtà assistenziale riabilitativa.

Lo scopo di questo capitolo è quello di affiancare il Manuale ICD-9-CM nell'intento di consentire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi e di interventi e procedure, e migliorare la qualità delle informazioni contenute nella SDO in modo da renderne più efficace l'utilizzo sia per fini clinici che amministrativi, epidemiologici e di governo clinico in ambito riabilitativo.

EVENTO INDICE

Data che indica l'inizio della patologia disabilitante (se non esiste data certa nell'anno, indicare aaaa0101).

DATA DI PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI RICOVERO RIABILITATIVO

Data della valutazione specialistica dalla quale si evidenzia la limitazione di attività e di partecipazione oggetto del PRI.

DIAGNOSI PRINCIPALE

La diagnosi principale deve essere descrittiva del quadro clinico che ha determinato il maggior assorbimento di risorse e coerente con il progetto riabilitativo svolto durante il ricovero.

Tale diagnosi può essere costituita da un codice di postumo o di patologia o di segno o sintomo o di fattori che influenzano lo stato di salute. Per esempio le sostituzioni articolari maggiori genereranno codici V43._.

DIAGNOSI SECONDARIE

In queste posizioni devono essere riportati i codici che evidenziano le patologie/sintomi/segni interagenti con il progetto ed il/i programma/i riabilitativo/i (le procedure chirurgiche precedenti e determinanti il ricovero riabilitativo vanno qui riportate, mentre **non devono essere riportate altre condizioni aventi valenza di mero dato anamnestico**). L'ordine di elencazione dovrebbe essere rapportato al livello di condizionamento e di impatto clinico stimato sul tempo ed il livello di recupero e sul consumo di risorse complessivo (descrivono le patologie **interagenti** che modificano il grado di disabilità, le patologie **concomitanti** che interferiscono con il carico assistenziale del paziente).

PROCEDURE

Devono consentire il riconoscimento delle figure professionali specificatamente coinvolte. Vanno citate in ordine decrescente di consumo di risorse, misurato sia in termini di tempo sia in termini di costo/procedura nel corso del ricovero, cioè ad esempio il ricorso a particolari strumentazioni diagnostiche o terapeutiche.

DIMISSIONI

Codici di dimissione (nella lettera di dimissione deve essere esplicitato il percorso riabilitativo susseguente al ricovero).

<i>Situazione clinica</i>	<i>Codice ICD-9-CM</i>		<i>Evento indice</i>	<i>Note</i>
Neurolesioni:	I diagnosi	II diagnosi		
Emiplegia in esiti di ictus cerebri	438._ " <i>postumo di mal. cerebrovascolare</i> "	342._ " <i>emiplegia e emiparesi</i> "	Data ictus pregresso o data I diagnosi	Il cod. 438._ è utilizzato non solo per il danno motorio (es. emiparesi) ma anche per gli altri tipi di postumo (cognitivo, del linguaggio ecc.) quando questi rappresentino la condizione principalmente responsabile del bisogno di trattamento
Sclerosi multipla	340 " <i>sclerosi multipla</i> "			L'evento indice da solo non rappresenta la necessità di cure in regime di ricovero per patologie croniche evolutive: utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting
Atassia cerebrale	331.89 " <i>altre degenerazioni cerebrali</i> "			
Atassia cerebellare	334._ " <i>mal. spinocereb.</i> "			
Patologia extrapiramidale	332._ " <i>morbo di Parkinson</i> " oppure 333.0 " <i>altre mal. degen. dei nuclei della base</i> "			
Patologia del SNP	353._ " <i>dist. delle radici e dei plessi nerv.</i> " oppure 355._ " <i>motoneuriti dell'arto inf. e di sede</i> "			

	<i>non spec.</i> oppure 357._ " <i>neuropatie infiamm. e tossiche</i> "			
<i>altro</i>				
Mal. delle cell. delle corna ant.	335._ " <i>mal. delle cell. delle corna ant.</i> "			
Neuropatie perif. ereditarie	356._ " <i>neurop. perif. eredit. e idiop.</i> "			
Distrofie muscolari e miopatie	359._ " <i>distrofie musc. e altre miopatie</i> "			
Esiti di poliomielite	138 " <i>postumi della poliomielite acuta</i> "			
Patologia muscolo-scheletrica:	I diagnosi	II diagnosi		
Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo	905._ " <i>postumi di traumatismi del sist. osteomuscolare e del tess. connettivo</i> " 805._ " <i>frattura della col. vert. sz menzione di lesione del m. spinale</i> " oppure 809._ " <i>fratture mal definite del tronco</i> " oppure		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	L'utilizzo del codice 905._ è confermato per i postumi di fratture sottoposte ad intervento, in caso di concessione del carico. Per l'utilizzo dei codici di frattura (805._ ecc.), da utilizzare in caso di mancata concessione di carico, occorre differenziare i casi sottoposti ad intervento chirurgico dai restanti casi: nell'immediata fase post-intervento, infatti, la mancata concessione del carico in genere è riferita ad insufficiente incompetenza meccanica della stabilizzazione del focolaio di frattura associata o meno a trofismo osseo scadente mentre nel caso di mancata stabilizzazione chirurgica (es. fratture del bacino) la concessione del carico segue la fisiologica riparazione del focolaio di frattura. Nel primo caso, salvo rare eccezioni (es.

	<p>820._ "<i>frattura del collo del femore</i>" oppure</p> <p>829._ "<i>fratture di ossa non specif.</i>"</p>		<p>fratture bilaterali), il mancato carico non controindica la possibilità di effettuare la verticalizzazione ed il training per conservare lo schema del passo.</p> <p>Nel secondo caso, invece, l'insufficiente consolidamento limita o impedisce la maggior parte delle procedure riabilitative pertanto l'utilizzo dei relativi codici dovrà essere necessariamente associato ad un setting di riabilitazione estensiva (generale e geriatrica o di mantenimento). I codici 905.0, 905.1, 905.2, 905.6, 905.7 e 905.8 non appaiono giustificati per il setting di ricovero. Il codice 905.9 si intende relativo ai postumi di amputazione traumatica.</p>
Sostituzioni articolari	V43.6_ " <i>articolazione sostituita con altri mezzi</i> "		
Artrite reumatoide	714.0 " <i>artrite reumat.</i> "		<p>Per le patologie cronico-evolutive, la codifica del solo evento indice non è in grado di rappresentare la necessità di cure in regime di ricovero: occorre quindi utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting assistenziale.</p>
Mal. diffuse del connettivo	710._ " <i>mal. diffuse del tess. connettivo</i> "		
Spondilite anchilosante e altre spondilop. infiamm.	720._ " <i>spondilite anchilosante e altre spondilop. infiamm.</i> "		

<i>altro</i>				
Sindrome post-laminectomia	722.8 " <i>sindrome post-laminectomia</i> "			
Stenosi del canale vertebrale cervicale	723.0 " <i>stenosi del canale vertebrale cervicale</i> "			
Stenosi del canale vertebrale lombare	724.02 " <i>stenosi del canale vertebrale lomb.</i> "			
Decadim. musc. ed atrofia da inattività	728.2 " <i>atrofia musc. da inatt. non classif. altrove</i> "			
Artrogriposi multipla congenita	754.89 " <i>altro</i> "			
Presenza postchir. di artrodesi	vedi codifica "Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo"			<p>In merito ai casi di presenza postchirurgica di artrodesi o di altro stato post-chirurgico, si ricorda che la Delib.G.R. n. VII/20774 del 16 febbraio 2005, al punto 4 recita testualmente: "<i>Di modificare le indicazioni di codifica per la riabilitazione - contenute nella Delib.G.R. VII/2418 del 1° dicembre 2000 - laddove prevedono di utilizzare i codici V45.4 (presenza postchirurgica di artrodesi) e V45.89 (altro stato postchirurgico, es. osteosintesi) e che quindi questi stati postchirurgici devono essere codificati con i codici indicati nella stessa delibera per i postumi dei traumatismi del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo.</i>"</p> <p>Con ciò si intende che nei casi in cui, invece, non vi siano stati traumatismi ma gli stati post-chirurgici siano conseguenti ad interventi programmati (es. per decompressione cervicale oppure per trattamento di</p>

				spondilolistesi, lordosi, cifosi, discopatia degenerativa, stenosi canale vertebrale ecc.), occorre indicare in diagnosi principale i codici delle rispettive patologie trattate.
Altro stato postchir. (es. osteosintesi)	vedi codifica "Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo"			
Patologia midollare: (consecutiva a traumi - ASIA scale)	I diagnosi	II diagnosi		
Frattura colonna vertebrale con lesione mid. spinale	806._ " <i>frattura colonna vertebrale con lesione del midollo spinale</i> "		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	Allo scopo di distinguere e meglio rappresentare le diverse modalità di gestione dell'evento ricovero per questi trattamenti riabilitativi, si ritiene opportuno specificare che:
Traumatismo del midollo spinale sz segni di lesione vertebrale:	952._ " <i>traumatismo del midollo spinale sz segni di lesione vertebrale</i> "			- in caso di accesso per riabilitazione post-acuzie (entro 6 mesi dal trauma) occorre utilizzare i codici sopra riportati come diagnosi principale;
- traumatismo cauda equina	952.4 " <i>traumatismo della coda equina</i> "			- in caso di accesso più lontano nel tempo (dopo 6 mesi) occorre assegnare in diagnosi principale, per entrambe le situazioni, il cod. 907.2 (" <i>postumi di traumatismo del midollo spinale</i> ") seguito dai rispettivi codd. 806._ o 952._, identificativi della patologia che ha determinato il bisogno di trattamento riabilitativo.
Patologia midollare: (non consecutiva a traumi - lesioni secondarie a tumori, a problemi				

<i>vascolari ecc. - ASIA scale)</i>				
Paraplegia	344.1 " <i>paraplegia</i> "		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	I pazienti (adulti od in età pediatrica) affetti da esiti di lesioni del SNC (lesioni cerebrali o midollari di origine vascolare o traumatica) che sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia funzionale nell'ambito di un programma specifico di riabilitazione, finalizzato ad emendare o contenere le problematiche funzionali, devono essere classificati con il codice idoneo a identificare in I diagnosi la patologia neurologica che necessita di trattamento riabilitativo ed in diagnosi secondaria il codice V45.89 ad indicare la presenza di stato post-chirurgico.
Siringomielia	336.0 " <i>siringomielia e siringobulbia</i> "			
Siringomielocele con idrocefalo	741.0_ " <i>spina bifida con idrocefalo</i> "			
Locked in state ed altro	344.8 " <i>altre sindromi paralitiche specificate</i> "			
Stato vegetativo: <i>(di origine traumatica - pazienti a minima responsività con GCS < 13)</i>	I diagnosi	II diagnosi		
Lacerazione e contusione cerebrale	851.-6 " <i>lacerazione e contusione cerebrale</i> "		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	Indicare i codici relativi ai postumi trattati in diagnosi secondaria.
Emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale, altre e NAS emorragie intracraniche	852.-6 " <i>emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale consecutive a traumatismo</i> " oppure 853.-6 " <i>altre e non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo</i> "			

FLUPER e le attività di cui trattasi nel presente capitolo avranno, per i dimessi a partire dal 1° gennaio 2014, una tariffazione superiore del 8% rispetto a quella attuale. I casi afferenti alle MDC 01,04 ,05 e 08 se il paziente è inferiore ai 18 anni trattati nelle UO che non hanno il requisito di cui al paragrafo precedente mantengono le tariffe in vigore nel 2013. Per tutte le altre attività, anche quelle erogate nelle strutture che beneficeranno dell'incremento tariffario del 8%, si stabilisce una riduzione tariffaria del 3%.

Sulla base dei criteri esplicitati nel presente allegato, alla chiusura dell'esercizio 2013 e comunque entro il 30 aprile 2014 (data ultima di stipula dei contratti Asl/Erogatori), la DG Salute, con proprio decreto, elencherà le strutture che potranno beneficiare nel corso del 2014 degli incrementi tariffari del 8% sopra trattati.

Nel pieno rispetto delle risorse complessivamente stanziata dalla d.g.r. n. X/1185/2013 per le attività di ricovero e cura, al fine di garantire la costanza di erogazione delle prestazioni, si prevede che le strutture che nel biennio 2012-2013, per via delle modifiche dei criteri di attribuzione, hanno subito una riduzione media della funzione complessità della riabilitazione superiore del 40% rispetto al 2011 e che sono sede di attività di alta complessità, potranno avere, previa valutazione delle ASL di ubicazione, un incremento delle risorse contrattualizzate per i ricoveri di un ammontare massimo pari al valore della riduzione oltre la soglia del 40% sopra definita.

Si confermano le integrazioni tariffarie previste dalla d.g.r. n. VIII/10921 del 23.12.2009 per la gestione di pazienti affetti da patologie neuromuscolari croniche in fase di grave insufficienza respiratoria.

7.1 Le attività cardiologiche e pneumologiche

Il presente documento considera la casistica prevalentemente trattata secondo il sopra esposto principio della riabilitazione clinica. Nelle strutture oggi accreditate come riabilitazione specialistica che trattano pazienti di tipo pneumologico e cardiologico (MDC 04 e 05) gli interventi riabilitativi rivolti al deficit motorio/funzionale complessivo del soggetto in fase acuta sono accessori rispetto agli interventi di cura e stabilizzazione clinica biomedica.

Ciò nonostante vi è stata nel tempo una forte caratterizzazione di attività di cardiologia e di pneumologia riabilitativa e della prevenzione che sono passate di fatto ad una presa in carico dei pazienti che ha implicato la gestione integrata di lunga durata di molte delle loro necessità di tipo clinico biomedico, legate all'andamento della loro patologia cronica di base (scompenso cardiaco, broncopneumopatia ostruttiva, enfisema ecc.).

Queste attività non sono di tipo prevalentemente acuto e non rispondono neppure al criterio di medicina clinica riabilitativa sopra descritto.

Si tratta di un mix di attività che vedono la compresenza di clinica biomedica e di clinica riabilitativa e sulle quali bisognerà lavorare nel corso del 2014 con l'obiettivo di trovare una corretta classificazione e relativa modalità di remunerazione, che le vedrà assestarsi in un'area definibile della cura ospedaliera della cronicità e della prevenzione.

Si tratta di attività che hanno una complessità elevata di natura, se non tecnologica, assistenziale e professionale e che oggi hanno un rimborso inferiore rispetto a quello che è calcolabile per le attività garantite in regime per acuti per casistica non chirurgica di tipo pneumologico e cardiologico.

Sono queste le motivazioni tecniche che per l'anno 2014 prevedono di includere nella riabilitazione ad alta complessità anche le attività di tipo cardiologico e pneumologico conteggiando le giornate afferenti alle MDC 04 e 05 tra quelle che insieme con quelle della MDC 01 concorrono al raggiungimento della soglia del 70%.

Il tema della classificazione di queste attività riconducibili alle MDC 04 e 05, e attualmente inquadrato nell'area della riabilitazione, dovrà però essere uno fra i temi prioritari fra quelli che saranno sviluppati dal GAT sulla Riabilitazione.

8. REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Si rinvia all'Allegato A) per i requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti per le attività riabilitative secondo la nuova classificazione sui tre livelli:

- Riabilitazione di alta complessità
- Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione estensiva

Questi nuovi requisiti entreranno in vigore solo dopo aver terminato l'iter presso la commissione consiliare competente.

Come già previsto dalla DGR 19883/2004, potranno essere autorizzate all'interno di UUOO di IAC macroattività di Intensiva e conseguentemente all'interno UUOO di intensiva macroattività di estensiva con utilizzo flessibile dei posti letto come previsto dalla DGR 9014/2009.

Requisiti strutturali generali e specifici

Si specifica che la riclassificazione riguarda strutture già autorizzate/accreditate/a contratto.

In tal senso si ritiene che sia applicabile la validità delle proroghe richieste ai sensi della DGR 898/2010 anche alle UUOO riclassificate ai sensi del presente provvedimento.

9. PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER GRAVI CEREBROLESIONI E MIELOLESIONI

In riferimento alle prestazioni di ricovero relative a pazienti dimessi da Unità Operative di Riabilitazione Specialistica, al fine di procedere ad una corretta valutazione del livello di complessità della assistenza prestata, si conferma l'obbligatorietà per l'Esercizio 2014 della compilazione del campo "prestazione a finanziamento extra budget" con il flusso SDO (file SDO2.txt), secondo le modalità indicate con la Circolare della DGS n. 45San del 23 dicembre 2004, in riferimento alle seguente casistica:

- pazienti con una sindrome post-comatosa, all'atto dell'accettazione, caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale;
- pazienti con postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica, all'atto dell'accettazione, caratterizzati da un livello su scala ASIA (American Spinal Injury Association) compreso tra A e C e riferiti ad un quadro clinico supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale.

10. LE MAC

A seguito dei primi riscontri derivanti dall'applicazione della nuova Macroattività Ambulatoriale Complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC) in ambito riabilitativo, così come emergente dal confronto con gli Erogatori coinvolti sul territorio regionale ed in collaborazione con la SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica E Riabilitativa), si ritiene di integrare i disposti normativi vigenti in materia con le specifiche di contenute di seguito riportate nel documento denominato "Protocolli e pacchetti MAC in medicina riabilitativa".

Protocollo e pacchetti MAC in medicina riabilitativa

Premessa

Il concetto di riabilitazione neuromotoria oggi più diffuso ed accettato è quello che la definisce come un *"processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito dei limiti della sua menomazione e delle risorse disponibili"*.

L'attività sanitaria di riabilitazione viene attuata avendo come necessario punto di riferimento il Progetto Riabilitativo Individuale e i relativi programmi riabilitativi individuali.

La Riabilitazione si organizza per livelli di complessità in risposta a bisogni identificabili all'interno delle categorie di funzioni descritte nella classificazione ICF dell'OMS.

Gli interventi riabilitativi non sono riconducibili a diagnosi nosologiche in quanto alla stessa diagnosi possono corrispondere livelli di complessità e bisogni differenziati e quindi impegni di risorse qualitativamente e quantitativamente molto diversi.

In quest'ottica nella Delib.G.R. n. IX/2633/2011, allegato 10, viene definita la Macroattività Ambulatoriale Complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC), con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza nella erogazione di servizi che utilizzano un regime ambulatoriale in un contesto ospedaliero per rispondere a necessità di trattamento rivolte al paziente complesso.

Criteria di accesso alla macro-attività ambulatoriale complessa

Secondo quanto definito nell'allegato 10 della Delib.G.R. n. IX/2633/2011 possono accedere a questo setting pazienti riabilitativi complessi con una documentata limitazione della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale.

L'intervento riabilitativo intensivo si ritiene appropriato quando si prevede un margine di modificabilità del quadro di disabilità ovvero quando, nella fase di recupero intrinseco, il trattamento può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero o il corretto evolversi della funzione riducendo l'entità della menomazione/disabilità, oppure quando, nella fase di recupero adattativo, si può presumere di far progredire il paziente ad un livello assistenziale a minore intensità.

a) Criteria di inclusione dei pazienti

Tabella 1

Ambulatoriale semplice	Criteria di inclusione	Necessità di un programma di trattamento prestabilito declinabile in codici ambulatoriali secondo i criteri dei LEA, senza esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali
Ambulatoriale complesso MAC	Criteria di inclusione	Necessità di un programma di trattamento flessibile, variabile nel tempo, con intensività delle cure, con esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali
DH riabilitativo	Criteria di inclusione	Necessità di usufruire di requisiti strutturali (posto letto diurno) atti a consentire lo svolgimento di cure riabilitative intensive, laddove siano necessari interventi osservazionali, assistenziali o di monitoraggio prolungati

b) Prescrivibilità degli interventi riabilitativi nella macro-attività ambulatoriale complessa

Soddisfatti i criteri di appropriatezza e di allocazione in MAC, lo Specialista di una struttura accreditata per tale attività può prescrivere, su impegnativa del SSN, Macroattività Ambulatoriale Complessa di tipologia riabilitativa, afferente ai codici del tariffario regionale MAC06, MAC07, MAC08 che potranno essere erogati esclusivamente attraverso una presa in carico presso la Struttura in cui lo Specialista stesso opera.

In base al consumo di risorse previsto nella stesura del progetto/programmi riabilitativi individuali, lo Specialista definisce le codifiche prescrittive facendo riferimento a quanto descritto nell'allegato 10 della Delib.G.R. n. IX/2633/2011.

Tabella 2

PRI/PRI: INTERVENTI INDIVIDUATI NELLE SEGUENTI AREE	TEMPO DEDICATO AL TRATTAMENTO	OPERATORI COINVOLTI	CODICE MAC
Funzioni vitali: alimentazione, deglutizione Funzioni vitali: respirazione e clearance tracheo bronchiale	90 min	2 operatori Attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie (<i>almeno ogni 12 accessi</i>)	MAC08
Funzioni senso-motorie: mobilità, igiene e cura della persona e attività vita quotidiana Funzioni senso-motorie: dolore	Tra 90 min e 120 min	3 operatori Attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie (<i>almeno ogni 8 accessi</i>)	MAC07

Funzioni relazionali: comunicazione e linguaggio Funzioni cognitive e comportamentali	> 120 min	3 operatori Attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie, in ogni accesso. L'intervento del medico contribuisce al soddisfacimento del requisito "tempo"	MAC06
---	-----------	--	-------

c) Contenuti degli interventi MAC

Vengono di seguito esemplificati, senza pretesa di esaustività, i possibili contenuti degli interventi indicativi di consumo di risorse e ritenuti congrui rispetto alle principali condizioni di disabilità trattabili in regime riabilitativo MAC (Tabella 3):

Tabella 3

FUNZIONE	IMPAIRMENT TIPICO/I	ESEMPLIFICAZIONI	PRINCIPALI OPERATORI COINVOLTI, OLTRE AL MEDICO
Funzioni vitali: alimentazione, deglutizione	Disfagia	A) Valutazione, triage, intervento educativo del paziente (<i>es. prevenzione complicanze</i>) B) Valutazione, educativa, addestramento paziente e caregivers, (<i>es. gestione alimenti adattati</i>) C) Valutazione, adattamento e gestione di supporti, presidi, addestramento caregivers (<i>es. gestione nutrizione enterale, cura stomie e sonde, pompa, PEG</i>)	Logopedista Infermiere
Funzioni vitali: respirazione e clearance tracheo bronchiale	Dispnea, ingombro bronchiale, insufficienza respiratoria	A) Valutazione, triage, intervento educativo (<i>es. prevenzione complicanze</i>) B) Valutazione, trattamento, intervento educativo, addestramento paziente e caregiver (<i>es. facilitazioni, posture, compensi, gestione nel quotidiano, addestramento all'uso di apparecchiature "cough assist", riadattamento funzionale</i>) C) Valutazione, trattamento intervento educativo, addestramento paziente e caregiver (<i>es. rilevazione parametri, adattamento-addestramento; gestione e manutenzione ventilatori e interfacce, aspirazione, cough assist</i>)	Fisioterapista Infermiere
Funzioni senso-motorie: mobilità, igiene e cura della persona e attività vita quotidiana Dolore	Limitazione mobilità, dipendenza nelle attività	A) Valutazione, triage, intervento educativo (<i>addestramento adattamenti e compensi, gestione supporti e ausili, prevenzione decondizionamento e situazioni a rischio</i>) B) Valutazione, trattamento, intervento educativo, addestramento paziente e caregiver (<i>es. prevenzione rischio, rieducazione funz. motoria, gestione sintomi che limitano funzione motoria: dolore, spasticità gestione ADL, BADL, IADL e ausili</i>) C) Valutazione, trattamento, intervento educativo, addestramento paziente e caregiver (<i>rieducazione complessa funzione motoria inclusi</i>)	Fisioterapista Terapista occupazionale Infermiere

		<i>ev. interventi di diagnosi funzionale di trattamento con tecniche strumentali, gestione BADL: igiene, gestione decubiti, funzioni escretorie ..., adattamenti ambiente di vita quotidiano, ausili ecc.)</i>	
Funzioni sfinteriche	Incontinenza e/o ritenzione	A) Valutazioni funzionali (<i>residuo post-minzionale ecografico, uroflussometria, manometria rettale</i>) B) Interventi comportamentali (<i>biofeedback</i>) C) Interventi strumentali (<i>SANS</i>) D) Interventi psicologici o educazionali, verso paziente e/o caregiver	Fisioterapista Terapista occupazionale Infermiere Psicologo
Funzioni relazionali: comunicazione, linguaggio, problem solving	Disfonia, disartria, afasia, interessamento di varie funzioni cognitive	A) Valutazione, triage, intervento educativo del paziente (<i>es. facilitazioni, adattamenti, ausili</i>) B) Valutazione, e rieducazione del linguaggio o di altre funzioni cognitive (aprassia, emianattenzione, attenzione, memoria); addestramento paziente e caregivers (<i>es. istruzioni di paziente o familiari a facilitazioni comunicative-relazionali, valutazione adattamento ausili</i>) C) Valutazione, adattamento e gestione di supporti, presidi, addestramento caregivers (<i>es. facilitazione e supporti e ausili per la comunicazione in SLA o in esiti di gravi cerebrolesioni</i>)	Psicologo/Psicologo con competenze neuropsicologiche Logopedista Infermiere Terapista occupazionale
Funzioni cognitive e comportamentali	Deficit funzioni cognitive	A) Valutazione delle abilità residue (<i>incluse ev. valutazioni finalizzate al riconoscimento di idoneità lavorative, a valutaz. da parte di commissioni Inv. Civile, valutazioni per pazienti, porto d'armi</i>), intervento educativo del paziente disabile B) Valutazione, intervento educativo, addestramento paziente e caregivers, (<i>es. potenziale di reinserimento lavorativo, condizioni di rischio, gestione IADL, valutaz cognitiva prognostica in pz. comorbidi complessi</i>)	Psicologo/Psicologo con competenze neuropsicologiche Logopedista Infermiere Terapista occupazionale

d) Definizioni operative relative alle procedure riabilitative in regime MAC

Premessa: le seguenti definizioni integrano e/o sostituiscono le precedenti sull'argomento.

- TEMPO: il tempo effettivo dedicato ad attività valutative e terapeutiche specificamente riabilitative sul paziente.
- ATTRIBUZIONE INIZIALE DEL LIVELLO MAC: Il codice MAC, che deve essere prescritto inizialmente: la MAC è remunerata ad accesso per cui l'individuazione del codice MAC in riferimento al singolo accesso, deve essere corretta. Se il progetto riabilitativo già previsto per la sua realizzazione necessita dell'associazione - in accessi distinti - di due o più livelli di complessità, questi potranno esser

prescritti sulla stessa impegnativa specificandone il numero di accessi massimi rispettivamente previsti per ogni livello.

- **IL NUMERO DEGLI ACCESSI:** il numero degli accessi deve essere definito a priori sulla base delle valutazioni iniziali del prescrittore; saranno naturalmente poi rendicontati gli accessi effettivamente effettuati. Il medico deve rendicontare sulla scheda clinica ambulatoriale la verifica clinico/riabilitativa del PRI e pri (almeno ogni 8/12 accessi).
- **PROVENIENZA DEL PAZIENTE:** è considerata appropriata la provenienza da qualsiasi setting degenziale per acuti o riabilitativo o anche da setting territoriale, incluso il domicilio, purché il PRI ed i pri riportati nella scheda clinica ambulatoriale giustifichino lo specifico passaggio di setting.
- **FIGURE PROFESSIONALI:** Gli operatori professionali che possono intervenire in un'attività MAC sono tutti gli operatori coinvolti in un programma riabilitativo, all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale: medico fisiatra, altro medico specialista, psicologo, psicologo con competenze neuropsicologiche, infermiere, assistente sociale e le figure che svolgono professioni sanitarie della riabilitazione definite secondo la vigente normativa (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale ecc.). Qualora partecipino a PRI o pri con funzione riabilitativa altre figure professionali sanitarie, la scheda clinica ambulatoriale ne deve motivare il significato riabilitativo.

Ruolo del medico: come da Delib.G.R. n. IX/2633/2011, allegato 10, la figura professionale del medico è parte integrante e requisito organizzativo indispensabile della MAC: *il medico partecipa agli accessi e documenta presenza ed attività con la cadenza stabilita per ciascun livello MAC.*

- **TRATTAMENTI IN GRUPPO:** Limitatamente alla riabilitazione cardiologica, pneumologica e metabolica (Obesi e DCA) può essere accettata un'attività riabilitativa in regime MAC effettuata anche in gruppi non superiori a 6 pazienti ciascuno, purché l'attività sia articolata e proposta come Progetto Riabilitativo di Struttura alle ASL di competenza e da queste valutata e recepita.

Per la riabilitazione metabolica (Obesi e DCA), le ASL potranno accettare un'attività riabilitativa in regime MAC effettuata anche in gruppi non superiori a 6 in coerenza con i contenuti del quaderno ministeriale 8/2011 e smi e nell'ottica della la presa in carico, come promozione della tutela e del benessere della Persona, che coincide con il diritto dell'individuo di ricevere una valutazione diagnostico-prognostica, e quando indicato, ogni trattamento riabilitativo appropriato. Il PRS potrà essere valutato dalla ASL ai fini dell'accordo purché contenga : a) un intervento medico, b) un intervento nutrizionale, finalizzato al recupero ponderale, a ripristinare corrette abitudini alimentari e a ottenere la compliance del paziente, c) in relazione alla tipologie di pazienti, un programma di rieducazione funzionale e ricondizionamento fisico, per riattivare strutture muscolari ipotoniche e ipotrofiche, migliorare la performance cardiorespiratoria, migliorare il bilancio energetico e il rapporto massa magra/massa grassa, d) un programma di educazione con interventi psicopedagogici e psicoterapeutici focalizzati all'informazione sui comportamenti alimentari corretti, alla gestione dei momenti di stress e ansia, al contrasto delle pratiche improprie di controllo del peso, al miglioramento del rapporto con il corpo e della sua immagine, e) in relazione alla tipologia di pazienti, programmi di nursing riabilitativo rivolti a migliorare le risposte dei pazienti a stili di vita inadeguati per supportare i compensi ambientali e sociali e preservare e stimolare le capacità funzionali e relazionali.

- **ESAMI DI LABORATORIO e ACCERTAMENTI STRUMENTALI DI BASE:** devono essere compresi nella MAC, se richiesti, a percorso MAC iniziato e finalizzati alla fattibilità di procedure di diagnosi funzionale e di terapia coerenti con PRI o pri (es. routine ematologica, RX torace o di segmento osseo). Non devono essere comprese procedure diagnostico-terapeutiche medico-specialistiche di elevata complessità (per esempio esame urodinamico, videofluoroscopia per la deglutizione, trattamento della spasticità focale con Baclofen, ecografia muscolo-tendinea), né procedure relative a comorbidità non influenti su PRI o pri.
- **TRASPORTO:** in quanto intervento ambulatoriale, il trasporto tra il domicilio e l'ambulatorio MAC può beneficiare di un contributo di spesa.
- **CHIUSURA FINE ANNO:** come da Circolare n. 14San, è obbligatoria.