

IL PIANO DELLA RIABILITAZIONE

La Regione Sicilia già negli anni '80, con la Legge Regionale 18/04/1981 N° 68 e con la Legge Regionale 28/03/1986 N° 16, redatte e promulgate con un'ampia partecipazione degli attori sociali ed istituzionali del settore, ha posto le basi per la costituzione di una rete di servizi di benessere a tutela delle persone con fragilità.

Ancora, di recente, con uno spirito di aggiornamento nella continuità delle Leggi Regionali richiamate e vigenti, con Decreto del Presidente della Regione Siciliana 2 Gennaio 2006, la Regione Sicilia ha promulgato il "Piano Triennale delle Persone con disabilità" che rappresenta, al di là del "nomen iuris", l'atto normativo fondamentale di disciplina ed organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari riservati alle persone con disabilità. Ciò è confermato dall'integrale richiamo di esso nell'ultimo Piano Sanitario Regionale 2011 - 2013.

Il presente documento, volto a disciplinare la "rete della riabilitazione", intende introdurre nell'ordinamento giuridico regionale nuovi strumenti normativi e scientifici capaci di rendere più efficiente, efficace ed economico l'accesso, l'erogazione e l'organizzazione dei servizi di salute rivolti alle persone con fragilità.

La Convenzione Internazionale delle Persone con disabilità, ratificata in Italia con Legge 3 Marzo 2009 N° 18, all'art. 26 ("Abilitazione e Riabilitazione") espressamente statuisce che gli Stati Parti "prenderanno misure efficaci e appropriate (...) per permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, la piena abilità fisica, mentale, sociale e professionale, e di giungere alla piena inclusione e partecipazione in tutti gli ambiti di vita". E la Convenzione Internazionale, continua prevedendo che "A questo scopo, gli Stati Parti organizzeranno, rafforzeranno ed estenderanno servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione....".

"(...) Pertanto la riabilitazione deve realizzarsi attraverso il progetto globale per il superamento della disabilità, nell'ambito del quale l'intervento sanitario o clinico-riabilitativo sarà realizzato attraverso il progetto clinico-riabilitativo individuale e si concretizzerà attraverso la Rete per la riabilitazione in ambito sanitario (Piano sanitario regionale 2011-2013, punto 4.2, Le Disabilità)".

L'intento dell'atto sulla "Rete della Riabilitazione" è, in linea con quanto sancito dalla Convenzione Internazionale richiamata, garantire un'organizzazione ed erogazione dei servizi più efficiente e più appropriata ai bisogni dei cittadini.

LIVELLI ORGANIZZATIVI DELLA RIABILITAZIONE

Nel rispetto dei principi sanciti dalla Convenzione Internazionale delle Persone con Disabilità e delle più avvedute ricerche scientifiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la nuova programmazione sanitaria regionale si pone in linea con il PSN che adotta il nuovo modello di classificazione della ICF - WHO nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatore dell'ambiente. Sulla base della nuova classificazione la riabilitazione è l'insieme di processi ed interventi finalizzati ad ottenere il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità e il miglioramento della partecipazione. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, psicologico, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia. La riabilitazione rappresenta un processo che agisce sul miglioramento dell'autonomia della persona attraverso specifici programmi capaci di intervenire sulle componenti che la condizionano.

La *valutazione funzionale* stabilisce, sulla base delle caratteristiche anagrafico-cliniche e del tipo e complessità della disabilità, il suo grado di modificabilità nel tempo. L'*intervento riabilitativo* va graduato in base alla prognosi riabilitativa ed alle caratteristiche e complessità della disabilità. Su questa base viene impostato l'intero *percorso riabilitativo* che viene nel tempo rivalutato, aggiornato ed eventualmente modificato in base al grado di raggiungimento degli obiettivi. In definitiva l'intervento riabilitativo è un processo finalizzato al miglioramento dell'autonomia e a mantenere quelle in



possesto. La nuova classificazione sullo stato di salute della Organizzazione Mondiale della Sanità (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*) introducendo un innovativo concetto di disabilità supporta l'importanza della valutazione dell'outcome in medicina. L'*outcome research* ha ampiamente dimostrato quali elementi di provata efficacia dell'attività di riabilitazione, la *precocità*, i *livelli di intensità dell'intervento* e la *multidisciplinarietà*. Di conseguenza bisogna implementare un sistema di raccolta dati basata sull'outcome, diffondere l'applicazione dell'ICF come linguaggio da usare nello stilare i progetti riabilitativi (Ginevra, 2001).

I servizi e le attività di riabilitazione pertanto vanno organizzati rispettando la "centralità della persona" e il suo bisogno di essere attiva, partecipando alla vita sociale ed eliminando eventuali ruoli e compiti meramente passivi. Si ricorda, infatti, che la disabilità non è una malattia (*stricto sensu* intesa) da curare, ma "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole". Ogni ambiente umano (*latu sensu* inteso) potrà pertanto essere più o meno sfavorevole e più o meno reso favorevole ai "bisogni speciali" del cittadino.

La struttura organizzativa adeguata trova il suo riferimento in un "modello di percorso integrato e continuativo, sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale" in grado di realizzare la "presa in carico globale della persona con disabilità" e di accoglierla ed accompagnarla, con la famiglia, lungo tutto l'itinerario terapeutico riabilitativo ed assistenziale.

A tal riguardo, si conferma come i percorsi abilitativo e riabilitativo "abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni..." (Art. 26 lett. A, Convenzione Internazionale).

Nella maggior parte delle condizioni morbose, la riabilitazione comincia sin dalla fase acuta e deve essere posta molta enfasi sul concetto di "attività riabilitativa" necessaria per prevenire le complicazioni e le limitazioni al recupero che, ad esempio, una inadeguata attenzione assistenziale potrebbe generare. Inoltre la sede del trattamento riabilitativo deve essere quella più appropriata ai bisogni clinico-abilitativi del soggetto, in particolare in quelle condizioni morbose per le quali sia stata riconosciuta una specificità di grado significativo (medullosemi, gravi cerebro-lesioni, traumi cranici, politraumatizzati, gravi disabilità neurologiche, cardiologiche e pneumologiche, etc).

Le attività di riabilitazione sono erogate in riferimento a quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale (PSR, 2011 – 2013) al punto 4.3 mediante la rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri territoriali (normati e accreditati) in regime di:

1. ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
2. residenziale a ciclo continuativo e/o diurno;
3. ambulatoriale, extramurale e domiciliare

Alle prestazioni riabilitative erogate dalla rete dei servizi riabilitativi ospedalieri ed extraospedalieri territoriali (normati e accreditati) si accede con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e come modificato dal decreto legislativo n. 229/'99 e seguenti.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE INTEGRATA DI RIABILITAZIONE

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Il Dipartimento di Riabilitazione è una struttura aziendale che aggrega servizi e funzionali delle aree ospedaliere e territoriali, che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo intensivo/estensivo e di mantenimento, in un modello a rete "hub&spoke", con la finalità di assicurare il governo clinico del progetto/programma riabilitativo, l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni riabilitative erogate.

L'area di raccordo comune è quella rappresentata dalla area post-acuta e delle cure intermedie, di mantenimento e socio-assistenziali riabilitative, ove si collocano tradizionalmente una serie funzioni intermedie omogenee di diversa intensità, che per continuità assistenziale, opportunità organizzativa, gestionale, economica e tecnica, vengono aggregate all'interno di questo dipartimento.



Obiettivo del dipartimento strutturale di riabilitazione è, quindi, coordinare ed integrare tutte le attività di riabilitazione e delle cure intermedie e socio-assistenziali riabilitative, creando percorsi di cura in continuità assistenziale, basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza, tesi al massimo recupero della autonomia, ovvero alla prevenzione dei danni secondari e terziari, e al contenimento della limitazione della partecipazione per consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita, e facilitare, ove possibile, la integrazione sociale e lavorativa.

Il Dipartimento di Riabilitazione è articolato nella sua organizzazione in una componente territoriale (U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione distrettuale e presidi extraospedalieri; U.O. Servizio Handicap e relative articolazioni, RSA e altri servizi riabilitativi) e una componente ospedaliera della riabilitazione intensiva e cure intermedie (U.O. di Medicina fisica e riabilitazione intensiva, U.O. di riabilitazione di alta specialità, presidi di riabilitazione specializzati, LPA riabilitativa, SUAP, Hospice, altri servizi riabilitativi.

Il Direttore del Dipartimento è scelto tra i direttori delle strutture complesse afferenti al Dipartimento ed è coadiuvato nella sua attività organizzativa, gestionale e assistenziale dal personale amministrativo e sanitario assegnato al dipartimento.

Le attività che devono essere condotte in maniera coordinata per il raggiungimento sopra indicati sono (PSR 2000 - 2002):

- a) l'assistenza sanitaria riabilitativa nei confronti dei pazienti affetti da disabilità, ricoverati presso i reparti ospedalieri dei dipartimenti di medicina, chirurgia ed emergenza, presso strutture protette, presso RSA e centri per persone con disabilità;
- b) la predisposizione e la verifica per ciascun caso di un progetto clinico-riabilitativo individuale, articolato in piani di intervento mirati, da aggiornare con i mutamenti della disabilità, delle interrelazioni con la famiglia, con la situazione educativa, scolastica, e di vita sociale;
- c) l'assistenza riabilitativa sia a livello ospedaliero che territoriale;
- d) l'assistenza socio-riabilitativa per il reinserimento sociale e professionale delle persone con disabilità e la soluzione delle problematiche correlate;
- e) il controllo e la verifica annuale dei requisiti di appropriatezza e qualità dell'attività assistenziale erogata dalle unità operative e servizi che afferiscono al Dipartimento di Riabilitazione;
- f) la promozione, integrazione e coordinamento del volontariato prioritariamente finalizzato al sostegno dell'intervento socio-riabilitativo domiciliare e nelle RSA;
- g) la promozione e lo sviluppo di attività didattico-formative nei confronti degli operatori sanitari e sociali impegnati nell'intervento riabilitativo;
- h) la ricerca e innovazione nel campo delle neuroscienze, della robotica e domotica per la cura. La riabilitazione e il miglioramento della qualità della vita dei disabili;
- i) il diritto delle scelte dei servizi riabilitativi più idonei (...).

LE RETI RIABILITATIVE INTEGRATE (MODELLO HUB & SPOKE)

La Rete Integrata di Riabilitazione, secondo il modello "Hub and Spoke", prevede centri principali (Hub) e centri periferici (Spoke) in grado di garantire a tutti i soggetti disabili l'assistenza riabilitativa necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. La forte integrazione fra i nodi sopra individuati è obiettivo prioritario per garantire lo sviluppo di percorsi assistenziali riabilitativi appropriati ospedale-territorio.

I nodi della rete integrata dei servizi sono rappresentati da:

Centro Hub di III livello: sono strutture a valenza regionale di alta specialità riabilitativa che accolgono pazienti dall'intero ambito regionale.

Centri H/S (Hub e Spoke) di II livello: sono strutture ospedaliere a valenza provinciale di Riabilitazione intensiva dotate di articolazioni organizzative interne specificatamente dedicate.

Spoke O (Spoke Ospedalieri) I livello: sono strutture di ambito aziendale con degenza, in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva delle persone con disabilità grave e complessa, e che operano in collaborazione con le unità operative per acuti per la precoce identificazione del fabbisogno riabilitativo e del percorso di cura. Collabora con i Centri Hub per la gestione dei casi a più elevata complessità, per prendere in carico pazienti provenienti dalle UO per acuti. Hanno il compito di accogliere i pazienti provenienti dal Centro Hub per il completamento del progetto riabilitativo e per predisposizione del piano di assistenza domiciliare ADI, redatto a seguito di valutazione multidimensionale in collaborazione e condivisione con il medico MMG/PLS del paziente e della UVM distrettuale competente o del progetto riabilitativo individua per il trattamento domiciliare nelle strutture riabilitative ex art. 26, redatto a seguito di valutazione multidimensionale dall'Unità valutativa della disabilità (UVM).

Spoke T (Spoke Territoriale): sono strutture riabilitative di ambito aziendale che svolgono funzioni spoke per la gestione dei percorsi di deospedalizzazione e reinserimento delle persone con disabilità complessa, e per la gestione di interventi riabilitativi erogabili con modalità ambulatoriale, domiciliare, extramurale, day service o trattamento residenziale a ciclo diurno o continuativo (ex art. 26).

Ogni fase del percorso riabilitativo trova allocazione in ambito sia ospedaliero che territoriale nelle specifiche aree e livelli di riferimento.

RETE OSPEDALIERA

Rete ospedaliera di alta specialità riabilitativa:

- per le mielolesioni
- per le gravi disabilità in età evolutiva
- per le gravi cerebrolesioni acquisite
- per le turbe neuropsicologiche acquisite

Rete ospedaliera di riabilitazione intensiva per:

- trattamento delle disabilità ad etiologia neurologica (cerebrovascolare/midollare)
- disabilità cardiovascolari e pneumologiche
- disabilità ortopedico-traumatologiche e reumatologiche
- disabilità oncologiche
- disabilità secondarie a menomazioni urologiche, ginecologiche ed intestinali

RETE TERRITORIALE

Rete di riabilitazione estensiva territoriale per:

- disabilità cronicizzate non emendabili
- stato vegetativo e stato di minima coscienza
- disabilità oncologiche
- disabilità a minore impegno assistenziale
- disabilità neurologiche
- disabilità cardiologica

Il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'*outcome* in termini di attività e partecipazione. L'ambito territoriale diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF).

La riabilitazione estensiva territoriale si caratterizza per interventi di impegno terapeutico a indirizzo riabilitativo a fronte di un appropriato intervento assistenziale quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive, e che può, per i soggetti non autosufficienti, protrarsi a lungo nel tempo.

Alle prestazioni riabilitative erogate dalla rete dei servizi riabilitativi territoriali ed extraospedalieri



si accede con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del Decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Gli interventi di riabilitazione estensiva territoriale sono erogati presso strutture pubbliche e private accreditate quali quelle dei presidi di FKT (ex art. 25) e Centri di riabilitazione (ex art.26), e dagli altri centri accreditati, con le espresse caratteristiche sotto elencate:

- 1) presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri
(ex art. 25 - rif. 2.2 A D.A. 890/2002)
- 2) Centri di Riabilitazione ambulatoriali, domiciliari ed extramurale
(ex art. 26 - rif. 2.2 B D.A. 890/2002)
- 3) presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo
(ex art. 26 - Rif. 4 A D.A.890/2002)
- 4) Residenze Sanitarie Assistenziali;
- 5) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-sanitaria

Per quanto riguarda le aree operative di cui sopra, per garantire la continuità terapeutica può essere presente nella medesima struttura più di una tipologia di attività.

Nell'ambito dell'organizzazione del Dipartimento di riabilitazione a livello ambulatoriale ospedaliero, extraospedaliero e strutture ambulatoriali accreditate, bisogna differenziare due ben distinte tipologie di utenti, definite in base a differenziati bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza:

- **"caso complesso"**: utenti, certificati ai sensi della legge 104/92, affetti da menomazioni e/o disabilità importanti spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato/medio grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel medio/lungo periodo attraverso un PRI che preveda uno o più programmi terapeutici (quali ad esempio: postumi di ictus cerebrale, paralisi periferiche, deficit di coordinazione, ritardi di sviluppo, disordini del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, esiti di politraumi, traumi, amputazioni, pneumopatie croniche, cardiopatie, riabilitazione oncologica, mantenimento e recupero della auto-sufficienza dell'anziano, incontinenza sfinterica, fratture vertebrali da osteoporosi grave, etc). Tali attività ad alta rilevanza clinica-riabilitativa e quali-quantitativa (PRAC) possono essere erogate a regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, in Day Service Riabilitativo (DSR), ambulatoriale, domiciliare, extramurale, sia presso le strutture pubbliche ospedaliere e territoriali, che presso le strutture accreditate ex art. 26. Le attività riabilitative somministrate ai pazienti devono essere registrate in una Cartella Clinica riabilitativa possibilmente informatizzata, dove registrare le variazioni rilevate nel compimento del PRI, articolato nei diversi programmi riabilitativi, secondo quanto già indicato al punto 4.5.1 del "Piano triennale delle persone con disabilità" e del "Piano della salute 2011 - 2013")

-**"caso non complesso"**: utenti, non certificati ai sensi della l. 104/92, affetti da menomazioni e/o disabilità transitorie e/o minimali di qualsiasi origine, quali ad esempio artropatie degenerative segmentarie, esiti di fratture scheletriche, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, etc, che sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un **"programma terapeutico-riabilitativo breve"** alle attività sono erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture ambulatoriali di riabilitazione di cui al DA 22/6/2002 e smi e dalle strutture ex art. 25 L.833/78 specificatamente accreditate con il SSN. Nello specifico i presidi di Medicina Fisica e Riabilitazione (ex art. 25 L.833/78) accreditati, vengono distinti in due fasce A e B sulla scorta dei requisiti organizzativi e tecnologici adeguati alla tipologia di prestazioni erogati che saranno definiti con successivo e separato provvedimento come segue a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Presidi di tipo A che erogano prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e in day-service
- Presidi di tipo B che erogano prestazioni di riabilitazione ambulatoriali e domiciliare

La visita comporta la presa in carico riabilitativa della persona (in una delle modalità previste) e la tempistica dell'accesso al trattamento dovrà tenere conto del gradiente della modificabilità della disabilità e dei possibili rischi di complicanze. Al fine del rispetto dei tempi di attesa stabiliti è

necessaria un'adeguata programmazione che è possibile attuare solo attraverso la piena integrazione di tali strutture nella rete assistenziale territoriale del Dipartimento di Riabilitazione.

STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

La cronicizzazione della malattia e l'aumento degli anni dalla sua insorgenza determinano un peggioramento della funzione corporea e aumentano il grado di disabilità e di riacutizzazioni.

Il circolo vizioso che ne consegue determina peggioramento dei sintomi, ridotta capacità lavorativa/tolleranza allo sforzo, peggioramento della inattività/disabilità, ridotto coinvolgimento sociale e depressione.

Un'ulteriore caratterizzazione del grado di necessità dei bisogni riabilitativi deve basarsi anche sulle caratteristiche di presentazione ed evoluzione della patologia che può essere caratterizzata da:

- frequenti riacutizzazioni, ospedalizzazioni (persona ad alto rischio)
- persistenza di un elevato grado di complessità clinico-assistenziale con elevato assorbimento di risorse e richiesta di approccio personalizzato e multidisciplinare (persona ad alta complessità);
- quadri di cronicità della malattia associata a cattivi stili di vita, dove l'intervento si concentra soprattutto su un monitoraggio dell'evoluzione e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia cronica (persona con patologia cronica e gravi fattori di rischio).

La persona ad alta complessità (PAC) deve trovare una risposta riabilitativa in relazione alle fasi di malattia in quanto presenta spesso problematiche sistemiche e numerose comorbidità (complicazioni cardio-respiratorie, ischemico cerebrali, psicopatologiche, miocardiche, infettive, mielolesioni, mielo-degenerative, cerebrolesioni), che possono giocare un ruolo cruciale nell'assetto prognostico attraverso una modulazione negativa della risposta all'intervento terapeutico e riabilitativo. La persona con alta complessità, sia nella fase di acuzie che nella fase cronica, che presenta un alto rischio caratterizzato da gravi episodi di riacutizzazione e ospedalizzazione, deve ottenere una collocazione in ambito riabilitativo che tenga conto delle considerazioni su esposte.

Grado di necessità della persona da riabilitare.

Il principale obiettivo del nuovo modello programmatico e gestionale riabilitativo, è quello di passare da un sistema assistenziale prevalentemente incentrato sull'offerta dei servizi sanitari, ad uno orientato sui bisogni da soddisfare. Basare la programmazione solo sui dati dell'offerta induce meccanismi di utilizzo delle risorse in modo inappropriato e distorce il sistema assistenziale/riabilitativo, correndo nel contempo il rischio di trascurare i bisogni non espressi.

Il nuovo modello organizzativo delle attività di riabilitazione deve fondarsi sul grado di necessità della persona da riabilitare per graduare in modo efficiente ed efficace la risposta assistenziale. Per definire correttamente il grado di necessità (temporanea o permanente) della persona da riabilitare, si possono individuare **tre dimensioni** che opportunamente combinate permettono di allocare la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato la disabilità (sia essa neurologica, psichica, ortopedico-traumatologica, cardio-respiratoria, oncologica, ecc), in setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse razionali.

Infatti i **bisogni** costituiscono il criterio guida per definire tipologia e caratteristiche delle risorse riabilitative da attivare e per valutare l'appropriatezza delle attività erogate.

In particolare si tratta di definire criteri di eleggibilità dell'utente per l'accesso ai diversi setting assistenziali abilitativi-riabilitativi. Questa scelta assume un valore strategico etico e organizzativo. In questo modo diviene possibile:

- assicurare il servizio migliore per soddisfare le necessità della persona da riabilitare
- stimolare l'utilizzo appropriato dei servizi territoriali e ospedalieri ottimizzando l'organizzazione interna e l'integrazione
- promuovere la miglior qualità di vita possibile nella comunità utilizzando correttamente le risorse disponibili.

In chiave operativa la definizione dei bisogni del soggetto da assistere deriva dalla combinazione di **tre dimensioni qualitative**:



- **complessità clinica** : assessment e stratificazione dell' alto rischio clinico. La complessità clinica si correla all' insieme della complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per complessità e per consumo di risorse.
- **disabilità**: perdita delle capacità nelle funzioni e strutture corporee che nella più attuale concezione bio-psico-sociale impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell' individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione: essa viene usualmente misurata con scale di disabilità sia di tipo psicometrico sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell' evoluzione del quadro funzionale nel tempo.
- **multimorbilità**: insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Tali comorbilità possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

È necessario inoltre distinguere il bisogno abilitativo-riabilitativo dal punto di vista temporale, distinguendo una **fase acuta, acutizzata e post-acuta**, da quella **cronica**, ovvero che richiedono un'assistenza protratta nel tempo per il monitoraggio e il mantenimento delle abilità residue. Tutto ciò diventa necessariamente più complesso se al paziente affetto da **multimorbilità** si associa anche la fragilità nell'età evolutiva, nell'età molto avanzata e nel longevo estremo. Il profilo del soggetto da riabilitare, definito dalla **multimorbilità**, dal **livello di complessità clinica** e di **disabilità**, condiziona il progetto riabilitativo e determina il percorso di cura appropriato.

Il **bisogno riabilitativo** si definisce **semplice** quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone per un livello di partecipazione, ha degli indici prognostici positivi e definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale, e richiede interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in una situazione contestuale favorevole.

Il **bisogno riabilitativo** si definisce **complesso** quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone in più livelli di partecipazione, ha indici prognostici non sempre definibili e richiede contestualmente un grado elevato di intensità, frequenza e durata dell'intervento riabilitativo. In riferimento alle modalità operative per soddisfare il bisogno riabilitativo del soggetto si può distinguere una condizione di complessità definita dall'interessamento di più apparati, organi o distretti. In particolare il coinvolgimento di più professionisti della riabilitazione si realizza solo in presenza di bisogni complessi e di norma non è necessario per il soddisfacimento di bisogni semplici.

Dimensione assistenziale del bisogno

In campo assistenziale il bisogno, indipendentemente dalla condizione di salute che l' ha determinato, si definisce complesso quando la condizione del soggetto che si trova in uno stato di dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana presuppone la tempestività e tecnicità dell'intervento - diretto, di stimolo o sorveglianza - nell'arco delle 24 ore.

Dimensione clinica del bisogno

In tale ambito il bisogno è complesso quando la situazione di instabilità clinica o il rischio di precipitazione clinica richiedono una valutazione medica specialistica almeno quotidiana e un'assistenza infermieristica continua. Pertanto in questa fattispecie rientrano anche i pazienti con riduzione delle riserve funzionali, comorbilità ed atipie di presentazione nosologica con rischio concomitante di precipitazione clinica, in quanto l'intervento sanitario deve essere precoce, intensivo e continuo.

Dimensioni temporali del bisogno:

a) Dimensione acuta, acutizzata o post-acuta del bisogno riabilitativo

Il bisogno riabilitativo acuto, acutizzato o post-acuto è proprio dei soggetti colpiti da evento traumatico e/o affetti da patologia acuta od acutizzata recenti e che hanno indici predittivi di recupero funzionale. Si tratta pertanto di pazienti con necessità di riabilitazione intensiva e/o estensiva, per i quali è possibile influenzare positivamente i processi bio-psicologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e della disabilità.

b) Dimensione cronica del bisogno riabilitativo

Il bisogno riabilitativo a lungo termine riguarda i soggetti affetti da patologia cronica stabilizzata o con evoluzione progressiva che necessitano di mantenere le autonomie funzionali acquisite. Si tratta pertanto di persone che hanno bisogno di riabilitazione di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità, per i quali è possibile porre una barriera alla regressione funzionale, cercando di modificare la storia naturale della malattia cronico-degenerativa riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione.

La co-presenza e sovrapposizione delle tre componenti del bisogno (assistenziale, clinico, temporale), declinato in semplice (S) e complesso (C), configura un profilo teorico del paziente, cui si associa il **setting**, inteso come l'insieme delle funzioni organizzate, che si ritiene essere la più appropriata per il soddisfacimento del bisogno complessivo.

UTILIZZO APPROPRIATO DEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI IN AMBITO RIABILITATIVO

Il percorso riabilitativo presuppone una diagnosi (ICD) ed una accurata descrizione del Funzionamento (ICF), per cui nella definizione dei Setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:

- la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF che richiede l'intervento della riabilitazione
- il grado di acuzie o cronicità della menomazione, distinto in base al parametro temporale, ossia all'intervallo di tempo intercorso dall'acuzie della malattia disabilitante;
- il grado di complessità del paziente preso in carico;
- il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti, con particolare riferimento alle problematiche della popolazione in età evolutiva, garantendo in questo settore la necessaria continuità nel passaggio all'età adulta;
- gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche;
- lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal /dai programma/i del progetto riabilitativo individuale (PRI).

L'utilizzo appropriato dei diversi setting assistenziali a fini riabilitativi, precedentemente delineati, richiede l'individuazione di un sistema di riferimento che contempi la correlazione dei bisogni con le tipologie di offerta.

Le successive tabelle sintetizzano i criteri che mettono in relazione i pazienti - portatori di un bisogno complessivo dato dalla composizione delle sue tre componenti: clinico, assistenziale e riabilitativo, declinate in semplice (S) e complesso (C) - al "Setting" ritenuto più appropriato per la loro cura nella maggior parte dei casi, ed in cui l'utilizzo delle risorse riabilitative, in relazione alle diverse tipologie di bisogni, appare più pertinente.

Criteri di eleggibilità per l'erogazione di interventi riabilitativi ai pazienti con bisogni riabilitativi CRONICI				
Dimensione del bisogno			Setting riabilitativi	Tipologia di offerta
Riabilitativo	Assistenziale	Clinico		
S	C/S	S	Residenziale a breve termine	Residenze a breve termine per cicli riabilitativi
S	C	S	Residenziale a lungo termine	Residenze a lungo termine con possibilità di attività riabilitative
S	C/S	S	A ciclo diurno	Servizi semiresidenziali con attività riabilitative
S	S/C	S	Domiciliare o extramurale	Attività riabilitative domiciliari o extramurale
S	S/C	S	Ambulatoriale	Attività riabilitative ambulatoriali/DS

Legenda complessità del bisogno: C= Complesso ; S= Semplice

Criteri di eleggibilità per l'erogazione di interventi riabilitativi ai pazienti con bisogni riabilitativi ACUTI, ACUTIZZATI o POST-ACUTI				
Dimensione del bisogno			Setting riabilitativi	Tipologia di offerta
Riabilitativo	Assistenziale	Clinico		
C	C	C	Ospedaliero	Posti letto di alta specialità riabilitativa U.O. di riabilitazione intensiva
C	C/S	S/C		Posti letto di riabilitazione intensiva U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione
C/S	C/S	C/S		Funzioni ospedaliere per acuti con valutazioni e/o interventi riabilitativi forniti in regime consulenziale
S/C	C	S/C		Degenza post-acuzie
S/C	C/S	S	Residenziale a breve termine	RSA e altre residenze a breve termine extraospedaliere
S	C	S	Residenziale a lungo termine	RSA a lungo termine con possibilità di attività riabilitative SUAP
S/C	C/S	S	A ciclo diurno	Servizi semiresidenziali con attività riabilitative /DH
S/C	S/C	S	Domiciliare o extramurale	Attività riabilitative domiciliari
S/C	S/C	S	Ambulatoriale	Attività riabilitative ambulatoriale / DS

Legenda complessità del bisogno: C= Complesso ; S= Semplice

STRUTTURE RIABILITATIVE EX ART. 26 L. 833/78

Sono le strutture che erogano le "prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa...", così come previsti dall'articolo 26 l. 833/78.

Dette strutture intervengono nell'area della riabilitazione estensiva e di mantenimento trattando disabilità importanti con possibili esiti permanenti spesso multiple, che richiedono una presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile, nel lungo termine, tramite un progetto riabilitativo individuale.

Il trattamento riabilitativo omnicomprensivo per persone con disabilità complesse nasce in Sicilia attraverso l'iniziativa di numerose famiglie di persone con disabilità, concretizzatesi con gli interventi normativi regionali degli anni '80, che hanno previsto le strutture riabilitative convenzionate con il SSN (con moduli diversificati in domiciliare, ambulatoriale, extramurale, semiconvitto e convitto).

In atto, secondo le Linee-guida del Ministero della Salute del 1998, per attività sanitaria di riabilitazione si intende quel "complesso di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzati a portare il soggetto affetto da menomazioni a limitare o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente e a ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale."

Il paziente è considerato come UNITA' BIO-PSICO-SOCIALE. La disabilità viene vista in senso dinamico, in quanto non solo dipendente da stati patologici cronici, ma anche da fattori psichici e sociali. Tutti questi fattori sono necessariamente in costante evoluzione.

Le figure che interverranno in *equipe* devono avere cultura riabilitativa comune con figure multiprofessionali e con specifiche competenze che, integrandosi tra di loro, concorrono alla realizzazione del Progetto Riabilitativo attraverso l'elaborazione dei programmi riabilitativi specifici riportati nell'apposita cartella riabilitativa di struttura, finalizzato alla presa in carico globale del paziente. La direzione sanitaria della struttura, ai sensi della normativa vigente rappresentata dagli standard dei centri di riabilitazione ex art. 26, viene affidata ad un medico specialista che ha specialità in relazione alla tipologia degli assistiti, così come da D.A. 15 Febbraio 1992.

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio, un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di tutela assistenziale ed alberghiera generica sulla base dei modelli assistenziali adottati dalle Regioni e Province autonome. Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

- 1) soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali, o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
- 2) soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena. In relazione alla tipologia dei soggetti assistiti la durata del trattamento può essere reiterabile o anche "permanente".

RETE REGIONALE INTEGRATA "COMA TO COMMUNITY" PER L' ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO (CV) E STATO DI MINIMA COSCIENZA (SMC)

Negli ultimi decenni si è assistito a un rilevante incremento di numero di pazienti con quadri clinici complessi dominati da severe alterazioni dello stato di coscienza e bassa responsività che includono lo stato vegetativo e lo stato di minima coscienza conseguenti a gravi cerebro lesioni acquisite di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o, comunque da noxe acquisite, che non includono le patologie congenite, involutive e degenerative.

E' ampiamente dimostrato che la disabilità residua di un paziente con GCA dipende non solo dal danno primario ma anche, e talvolta soprattutto, dalla catena di eventi che possono intervenire dalla fase dell' acuzie in avanti, come conseguenza di una mancata prevenzione e/o cura anche di patologie intercorrenti. Il trattamento assistenziale e riabilitativo degli stati vegetativi (CV) e degli stati di minima coscienza (SMC) rappresenta quindi, per la nostra regione, una problematica di grande rilevanza sanitaria e sociale a elevato impatto socio-sanitario e familiare per la crescente incidenza del numero dei casi, con incremento di quadri clinici complessi che necessitano di un' organizzazione multi e interdisciplinare al fine di soddisfare specifici bisogni assistenziali e per la necessità di una rete di strutture di riferimento "dedicate", ad alta valenza riabilitativa, e attivate già dalla fase acuta anche per l' informazione ed il supporto psicologico dei familiari onde favorire un' alleanza terapeutica con il team di cura, e di grande ausilio al progetto terapeutico-riabilitativo.

Il sistema a rete integrata "coma to community", in coerenza con gli Accordi Stato-Regioni del 25 marzo 2009 e 8 luglio 2010, e le "Linee di indirizzo per l' assistenza alle persone in stato vegetativo ed in stato di minima coscienza" del 5/5/2011 è basato su un cambiamento di prospettiva nella gestione del percorso assistenziale dei pazienti in CV e SMC, ed ha lo scopo di organizzare " un sistema esperto" integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio", con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure.

Il sistema prevede una rete di servizi mirata che si raccordi da un lato con la rete delle strutture per acuti e riabilitative intensive /estensive, e dall'altro con le strutture sanitarie e sociali territoriali prevedendo la interdipendenza ed integrazione fra i centri. Lo sviluppo di tale modello permette di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse delle diverse strutture, favorendo il trasferimento di conoscenze e la collaborazione fra le strutture della rete, valorizzando il patrimonio di esperienza già presente in molte di esse. Un percorso "certo" per tutti i pazienti senza bias di selezione a monte e senza affidare alle famiglie la ricerca di soluzioni estemporanee (con il grave rischio di flussi passivi, interregionali o all'estero, legati a ricerche illusorie e miracolistiche).

Il modello organizzativo regionale si basa sull' articolazione di vari livelli di setting assistenziali che con una buona tempestività e fluenza, permettano la "presa in carico globale" del paziente con GCA, dalla fase acuta al reinserimento domiciliare, un intero setting di fasi, articolate fra funzioni di tipo intensivo-sub-intensivo, post-acute e croniche, che comprendano anche modelli per pazienti "slow to recover" e a "bassa responsività protratta", garantendo adeguati e appropriati servizi di cura, continuità delle cure, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, con dinamiche operative facilitanti la sinergia tra le varie componenti, consentendo di utilizzare in modo idoneo le risorse professionali e strutturali dell' intero sistema.

L' intervento riabilitativo deve iniziare, in modo articolato ed integrato, fin dal momento della gestione della emergenza-urgenza; per questo è opportuno elaborare protocolli che consentano una cooperazione strutturata tra le due realtà operative nelle diverse situazioni cliniche; si potrà così impostare il Progetto Riabilitativo Individuale fin dalle fasi più precoci. Nella fase degli esiti i pazienti provenienti dall' area della riabilitazione intensiva o lungodegenza post-acuzie riabilitativa, qualora non

fosse possibile il rientro al domicilio accedono ad un livello assistenziale all'interno di speciali unità di accoglienza permanente mono o polivalenti (SUAP) dedicate alle disabilità gravi e gravissime neurologiche (coma vegetativo e stato di minima coscienza). Tali strutture devono essere caratterizzate da una peculiare organizzazione degli spazi, delle risorse umane, dotate di alta tecnologia per il nursing assistenziale e riabilitativo ed il mantenimento delle cure, con apertura continua ai familiari e possibilità di convivenza e da progetti espliciti di presa in carico dei familiari.

All'uopo è necessario che in ogni UVM sia presente un medico specialista per la formulazione ed il monitoraggio del PRI, e che nella fase di passaggio alle SUAP e da queste al domicilio sia garantita una indispensabile integrazione con i MMG e MPLS e le risorse socio-sanitarie del territorio.

La rete integrata "coma to community" e la diversa dislocazione regionale delle SUAP è stata modulata in funzione del bacino di popolazione, delle caratteristiche geografiche e degli indicatori epidemiologici per corrispondere all'utenza con tempestività e progressività delle cure, continuità ed appropriatezza in ogni fase del percorso assistenziale e riabilitativo ospedale-territorio. I nodi della rete integrata "coma to community" sono costituiti dalle seguenti strutture:

Fase Intensiva (critica-acuta):

- unità operative di prima accoglienza e unità sub-intensive: si tratta di unità/aree o nuclei operativi collocabili nell'attuale ordinamento presso i DEA (Dipartimento di emergenza e accettazione) di 2° e 3° livello con tutte le specialità che interagiscono con la rianimazione, neurochirurgia, traumatologia.
- unità operative post-acuzie di alta specialità riabilitativa per gravi cerebrali (UGCA - cod- 75) con unità separate specializzate per i pazienti in SV e SMC con processo riabilitativo di tipo "long-term comprehensive (LCTR), per i pazienti "slow-to-recover" (degenza misurabile in mesi) - (Unità Risveglio): tali strutture sono in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva delle persone con GCA, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare h 24 in modo definitivo tutte le lesioni, menomazioni e complicanze con focalizzazione specifica in neuroriabilitazione.

Fase sub intensiva:

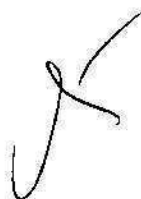
- unità operative di riabilitazione intensiva post-acuta (cod. 56),

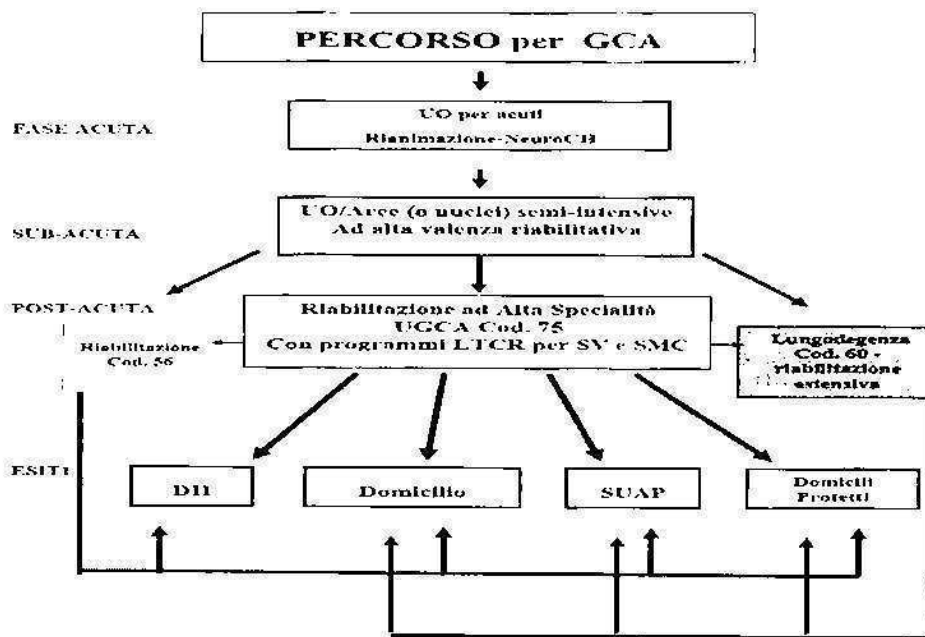
Fase estensiva e della stabilizzazione:

- unità operative di lungodegenza post-acuzie riabilitativa (cod.60),
- speciali unità di accoglienza permanente per pazienti in coma vegetativo e stato di minima coscienza prolungato - (SUAP),

Fase del rientro domiciliare e dell'integrazione sociale:

- Strutture territoriali che svolgono funzioni per la gestione dei percorsi di de-ospedalizzazione e reinserimento delle persone con GCA e per la gestione di interventi riabilitativi erogabili con modalità domiciliare o domiciliare protetta, della integrazione sociale e inserimento lavorativo protetto.





— F. I. G. C. - Linea 3 - 11/11/2017

OBIETTIVI DEL PIANO

OBIETTIVI SPECIFICI

SOGGETTI CON BISOGNI CLINICI COMPLESSI

Gravi disabilità neurologiche post-traumatiche

Garantire la presa in carico precoce, l'assistenza ed il trattamento riabilitativo post-acuto intensivo ai pazienti medullosesi, con gravi cerebro lesioni acquisite, e con gravi disabilità, in tutte le fasce d'età attraverso la creazione della rete ospedaliera di riabilitazione di alta specialità, costituita da:

- Unità Spinale (USU)
- Unità Operativa per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva (UDGE)
- Unità Operativa per le Gravi Cerebrolesioni (UGC)
- Unità Operativa per le Turbe Neuropsicologiche Acquisite (URNA)

Disabilità ad eziologia cerebrovascolare (emorragia cerebrale, emorragia sub aracnoidea, occlusione arterie cerebrali, vasculopatie cerebrali acute e mal definite, arterite cerebrale, trombosi seni venosi cerebrali, etc), da malattie infettive del S.N.C., malattie ereditarie e degenerative del S.N.C., malattie demielinizzanti, malattie del S.N.P., miopatie, disturbi del sistema nervoso autonomo, malattie neoplastiche del S.N.C., afasia, disfagia (ICD-9, International Classification of Diseases).

- Assicurare a tutti i pazienti colpiti da patologia neurologica l'attivazione precoce della riabilitazione in fase acuta attraverso il trattamento riabilitativo e, attraverso il PRI, la presa in carico ed il trattamento riabilitativo in fase post-acuta ospedaliera ed extra-ospedaliera
- Definire protocolli tra Aziende ospedaliere e ASP per l'accesso rapido alle Stroke unit dei pazienti con ictus cerebrale che richiedono interventi di elevata complessità,

[Handwritten signature]

Disabilità cardiovascolari e pneumologiche

Assicurare un'omogeneità di offerta assistenziale e riabilitativa a tutti gli utenti della regione necessitanti, nell'ambito del PRI, di riabilitazione cardio-pneumologica di tipo intensivo/estensivo, attraverso lo sviluppo di una rete assistenziale riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera dipartimentale per:

- Garantire la riabilitazione cardiologica ai post-infartuati in fase post-acuta e ai soggetti sottoposti ad intervento cardiocirurgico in fase acuta e post-acuta
- Garantire programmi di ventilazione non invasiva e di riabilitazione di alto livello ai pazienti con BPCO o insufficienza respiratoria ricoverati presso le strutture intensive/estensive e domiciliari

Disabilità ortopedico-traumatologiche, reumatologiche e oncologiche

- Garantire ai pazienti internistici e chirurgici degenti nelle UU.OO. specialistiche ospedaliere il trattamento riabilitativo precoce, e attraverso il PRI, la continuità riabilitativa in fase post-acuta
- Individuare per le principali patologie percorsi riabilitativi di riferimento-obiettivo cui tendere, per garantire equità di accesso e massima appropriatezza definendo il passaggio di responsabilità tra i professionisti (continuità assistenziale ospedale-territorio)

Soggetti con bisogni assistenziali complessi ed instabilità clinica

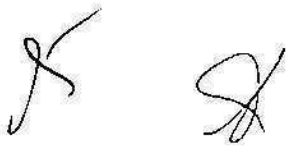
- Potenziare adeguatamente l'offerta di degenza post-acuzie, mediante la riorganizzazione dei p.l. di riabilitazione già esistenti, nonché l'aumento complessivo ed il riequilibrio su base provinciale mediante la riconversione di posti letto per acuti.
- Adeguare le dotazioni organiche dell'area dell'assistenza riabilitativa intensiva/estensiva secondo standard minimi assistenziali in funzione della mission delle U.O. di riabilitazione
- Garantire a tutti i pazienti accolti gli interventi riabilitativi necessari in relazione al bisogno, sia nella fase estensiva per il recupero e il reinserimento sociale, sia nella fase di mantenimento c/o di prevenzione della progressione della disabilità
- Perseguire il recupero delle attività di base e strumentali della vita quotidiana, anche mediante una dotazione strutturale e tecnologica adeguata

Stati vegetativi e SMC

- a) Garantire un'adeguata riabilitazione intensiva ai pazienti in SV Persistente nella fase suscettibile di recupero (post-acuta)
- b) Garantire sul territorio un'offerta assistenziale uniforme, appropriata e personalizzata a tutti i pazienti della regione in SV Permanente
- c) Assicurare percorsi che garantiscano continuità assistenziale effettiva nelle varie fasi di cura, privilegiando il rientro del paziente nel proprio contesto socio-ambientale

2. SOGGETTI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI E BISOGNI RIABILITATIVI E CLINICI SEMPLICI

- Riequilibrare l'offerta residenziale e semiresidenziale tra le diverse aree territoriali
- Perseguire il recupero delle attività di base e strumentali della vita quotidiana
- Promuovere la fase estensiva degli interventi riabilitativi per il mantenimento delle capacità funzionali residue dei soggetti con gravi disabilità permanenti
- Qualificare l'offerta riabilitativa nelle strutture per anziani non autosufficienti e nelle strutture per disabili
- Attivazione di un modello di intervento di riabilitazione domiciliare (ex Art. 26) dove preveda nel modulo (D.A. 11/04/1992 standards del personale centri di riabilitazione) la figura dell'infermiere Professionale e dell'OSS da attivarsi al bisogno.(ADI disabili)



- Attivare la rete dei servizi riabilitativi domiciliari in ogni distretto e integrare nella rete territoriale domiciliare le strutture riabilitative ambulatoriali accreditate aventi requisiti specifici al fine di rendere il sistema efficiente ed efficace e valorizzare le eccellenze.
- Definire i criteri di appropriatezza per l'intervento riabilitativo a domicilio
- Garantire l'omogeneità quali-quantitativa di offerta riabilitativa domiciliare sul territorio regionale
- Perseguire processi di integrazione degli interventi riabilitativi nel progetto di vita personalizzato

4. SOGGETTI CON BISOGNI CLINICI SEMPLICI

- Garantire pari opportunità nell'accesso alle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione
- ambulatoriali
- Garantire omogeneità di percorsi riabilitativi per l'accesso alla riabilitazione ambulatoriale
- pubblica e privata
- Promuovere la congruità tra la pianificazione dell'intervento e l'intensità della sua erogazione

STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

SERVIZIO AUSILI, PROTESI E ORTESI PER L' AUTONOMIA DELLA PERSONA

Nell'ICF il ruolo degli ausili viene fortemente valorizzato. Essi entrano infatti nel sistema di relazioni modificando la situazione disabilitante. Sono strumenti per consentire una migliore *partecipazione* della persona con disabilità nelle attività sociali, educative e lavorative.

L'ausilio, la protesi o l'ortesi sono parte integrante di un programma riabilitativo. Ogni prescrizione al di fuori di questa condizione si caratterizza come inappropriata.

Al fine di migliorare il processo di prescrizione e utilizzo degli ausili e razionalizzare la spesa sanitaria in termini di costi/efficacia, sono già state emanate apposite Linee guida.

II TEAM DELLA RIABILITAZIONE

Il team di cui il responsabile è il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare. Nell'esercizio delle sue attività il team deve affrontare le condizioni di lavoro, in termini di metodologia, organizzazione ed operatività, che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle professionalità, nello sviluppo del PRI.

La differenziazione di ruoli e competenze si accompagna inoltre, ad un'altra attività che caratterizza tutto il lavoro del team, rappresentata da un monitoraggio costante che verifichi un'efficace integrazione degli interventi definiti e attuati dall'elaborazione di un progetto comune. Il Progetto riabilitativo individuale (PRI), elaborato a livello di team è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo più mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente. Spesso il team deve operare per un unico utente su più ambiti, in considerazione delle diverse situazioni in cui si attuano gli interventi e dei contenuti degli stessi durante l'intero percorso riabilitativo.

Gli interventi devono mirare a garantire la continuità assistenziale, l'organica assicurazione della riabilitazione nel circuito "prevenzione, cura, riabilitazione", l'efficacia della presa in carico, articolandone i livelli di intensità del processo in relazione alla natura dei bisogni.

Il team riabilitativo è composto da professionisti che possono essere ricompresi nelle differenti specificità in base al percorso formativo:

- 1) Professionisti sanitari medici - medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, medici specialisti in branche equipollenti o affini (con anzianità di servizio pluriennale acquisita nella disciplina riabilitativa in strutture pubbliche e/o private accreditate ai sensi delle normative

vigenti), neurologi, cardiologi, ortopedici, o neuropsichiatri infantili, pneumologi, otorinolaringoiatri, oculisti. Nello specifico, ai sensi della L.R. n°40/88, gli specialisti in Ortopedia, già Direttori di strutture riabilitative accreditate possono, ad esaurimento, continuare a dirigere esclusivamente la struttura riabilitativa in atto diretta. Per quanto riguarda, di strutture riabilitative ex art. 26 l. 833/78 si applicano gli standards sul personale previsti dalla normativa vigente.

- 2) Professionisti sanitari dell'area della riabilitazione identificati nel DM 29/3/2001 e DM 27/7/2000 (fisioterapisti, logopedisti, Terapisti della neuro e psicomotricità della età evolutiva, Terapisti occupazionali, ortottisti
- 3) Massofisioterapisti di cui alle note di chiarimento del Ministero della Salute prot.11018 del 8/3/10 ai sensi della Legge 19/5/1971 n. 403, e prot. 0018847/p del 7/4/11, Psicologo clinico, Assistente sociale, neuropsicologi, tecnico di neurofisiologia.
- 4) Personale con specifica formazione riabilitativa in ambito sociale, socio-sanitario e assistenziale, di animazione e di sostegno, idrokinesiterapia.
- 5) Famiglia o caregiver

RIABILITAZIONE DELLE DISABILITA' IN ETA' EVOLUTIVA

La riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi delle patologie motorie e cognitive congenite od acquisite nella prima infanzia. L' Unità si caratterizza prevalentemente con una attività di consulenza e valutazione finalizzata a:

- approfondimento diagnostico relativo alle menomazioni e disabilità della infanzia
- formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controllo della realizzazione;
- progettazione e validazione di ausili ortopedici e sperimentazione di materiale innovativo
- attività di ricerca clinica e di documentazione scientifica nel settore della infanzia
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici.

Relativamente alla attività terapeutica la UD-GEE coopera per il ricovero, con la U.O. di Chirurgia ortopedica funzionale , per gli interventi di chirurgia funzionale sia nella fase pre-operatoria per la valutazione iniziale e la definizione del progetto riabilitativo individuale, che nella fase post-chirurgica (trattamento in gesso e post-gesso) e di remissione e prescrizione di ortesi ed ausili.

L' UDGEE deve essere attivata all' interno di un presidio ospedaliero dove sono presenti e disponibili le seguenti aree specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, ortopedia, chirurgia, neurochirurgia, pediatria, ORL, neurologia, oculistica, urologia pediatrica-neonatologia, NPI.

L' UDGEE è strettamente inserita nella rete complessiva dei servizi di riabilitazione estensiva provinciali con i quali dovrà raccordarsi garantendo il completamento del percorso riabilitativo ed una adeguata informazione ed addestramento dei familiari. A regime va attivata una U.O. per ogni bacino sanitario territoriale e dovrà essere dotata di personale specificatamente addestrato e qualificato e numericamente adeguato.

Tale unità continuerà ad avvalersi e a cooperare con i servizi forniti dai Centri di Riabilitazione ex art. 26 per la presa in carico e il conseguente percorso riabilitativo dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni).

LUNGODEGENZA POST-ACUZIE RIABILITATIVA (Cod. 60)

Funzione generale della Lungodegenza post-acuzie è quella di promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentano l'immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero (vedi LG Assessorato marzo 2010).

Gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in tali strutture sono:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbidità) tale da consentire la deospedalizzazione;



- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

In questa prospettiva si giustifica il fatto che l'accesso a tali aree di degenza avvenga di norma solo da unità per acuti o unità di riabilitazione intensiva, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minore livello di intensività. Non sono ammessi ricoveri dal domicilio, salvo i casi di pazienti nei quali non è possibile effettuare un trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in U.O. per acuti (es.: pazienti con patologia ortopedica ai quali non è concesso un carico immediato). Gli aspetti sopra descritti conferiscono alle strutture di Lungodegenza una particolare caratteristica di "ponte" fra ospedale e territorio, spesso con aspetti riabilitativi.

L'obiettivo della stabilizzazione clinica (intendendo sia la stabilizzazione del danno che ha causato il ricovero, sia la gestione delle complicanze e comorbilità) può essere, a tutti gli effetti integrato da un progetto riabilitativo, per le persone in cui vi è potenziale di recupero e per le quali tale stabilizzazione sia la premessa al miglioramento funzionale. In questo senso, la "stabilizzazione" non è qualcosa che viene "prima" della riabilitazione, ma ne è parte integrante. Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individualizzato (PRI) per ogni paziente, ed una disponibilità ed una organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutiche e assistenziali, permetta:

- lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre, spazi per logopedia, rieducazione funzionale e terapia occupazionale);
- una adeguata integrazione del team curante e informazione e addestramento dei familiari e di quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nella assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione (ambiente per riunioni con i familiari e del team);
- la organizzazione della giornata in modo da favorire autonomia e socializzazione.

RIABILITAZIONE ESTENSIVA ONCOLOGICA ED IN HOSPICE (Cod.56)

L'unità di riabilitazione oncologica, (articolazione interna della UO di MFR) ha lo scopo di ottimizzare la qualità della vita del malato, aiutando il paziente e la sua famiglia ad adattarsi a standard di vita quanto più simili a quelli precedenti la malattia, con l'obiettivo di limitare al minimo la disabilità fisica, il deficit funzionale, cognitivo e psicologico, che spesso si manifesta a seguito del tumore o delle terapie ad esso correlate. In campo oncologico sono coinvolte più figure professionali, che intervengono in rapporto alla fase della malattia e alle problematiche specifiche. L'individuazione dei diversi ruoli dei vari operatori, le modalità di intervento e la loro integrazione in un lavoro di équipe possono permettere di fornire risposte efficaci ai bisogni riabilitativi dei malati. Accanto agli operatori, i volontari, in quanto spesso pazienti ed ex pazienti o familiari, con diretta e personale esperienza della malattia, possono fornire un prezioso contributo sia nell'ambito di gruppi di auto/mutuo aiuto, sia nella fase attuativa dei vari progetti riabilitativi per la loro sensibilità nei confronti di problematiche organizzative spesso sottovalutate dai tecnici del settore.

I dati epidemiologici più recenti indicano che in Italia 1 persona ogni 3-4, nel corso della propria vita, può andare incontro ad un tumore. L'utilizzo corretto e tempestivo di più terapie, in particolare la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia, tra loro opportunamente integrate, garantisce oggi una guarigione definitiva in oltre il 50% dei casi; per il restante campione, le terapie tenderanno a cronicizzare la malattia, per mesi o anni. Una qualità di vita ottimale, il più possibile analoga a quella precedente alla diagnosi di tumore, è oggi l'obiettivo prioritario da raggiungere. Tale obiettivo viene perseguito anche e soprattutto attraverso l'intervento riabilitativo, da attuare in tutti i casi in cui si renda necessario. In questo senso la riabilitazione deve occuparsi del paziente oncologico per tutto l'iter della malattia, dalla diagnosi all'intero percorso terapeutico, fino alla fase ultima della vita e si avvale di una équipe di cura formata da professionalità mediche, psicologiche, infermieristiche e sociali in grado di

rispondere alle complicanze legate all'evoluzione della malattia e/o alle terapie a cui il paziente oncologico va incontro.

Per la diversità dei quadri patologici che il paziente può presentare, la varietà della storia naturale della malattia e la molteplicità degli esiti, è necessario sviluppare un "progetto riabilitativo individuale", modulato dal medico specialista in condivisione con il team della riabilitazione, in base alla tipologia ed alla concomitanza delle complicanze insorte nel singolo paziente; gli obiettivi saranno diversi in relazione al tipo di disabilità, alla fase e all'evoluzione della malattia, oltre che alle aspettative ed alla motivazione del paziente e di chi gli sta accanto. La presa in carico di un malato oncologico comporta la necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale, della malattia oncologica ove il team della riabilitazione svolge un ruolo centrale. L'approccio riabilitativo deve comprendere anche aspetti educativi e formativi per il *care-giver*: attraverso l'addestramento diretto o per mezzo di opuscoli informativi.

Nel caso specifico della riabilitazione del paziente oncologico sia nella lungo vivenza e nella fasi di cronicizzazione di malattia che in fase avanzata-terminalità della malattia e ricoverato in hospice o in unità per lungo viventi ed oncologici cronici, gli obiettivi sono diversi da quelli tradizionalmente percorsi, e la riabilitazione deve rivolgersi al malato nella sua globalità. Il malato in fase terminale presenta infinite sfaccettature e le più svariate problematiche, spaziando dall'aspetto motorio a quello neurologico e ortopedico, dall'aspetto respiratorio a quello cardiovascolare, al dolore primario o secondario, quest'ultimo spesso causato da problemi di postura, di cattiva gestione delle risorse residue o altro, dalla motivazione del paziente ecc.

Avendo presente che nelle Cure Palliative, l'obiettivo del PRI non è la guarigione della persona malata, ma quello di migliorare la qualità di vita del paziente perseguendo l'obiettivo della riabilitazione che più interessa al malato e al *care-giver*, per cui il Team della riabilitazione esperto in Cure Palliative, ha il compito di migliorare le capacità residue del malato oncologico, e guidarle verso un recupero rapido, vista la brevità della aspettativa di vita del paziente.

DAY HOSPITAL RIABILITATIVO

L'attività riabilitativa a ciclo diurno, di norma è svolta in ambito ospedaliero, ed è rivolta a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione clinica, diagnostica e funzionale e/o di trattamento riabilitativo intensivo, e/o di terapia fisica ad alta tecnologia, nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua infermieristica.

L'accesso al trattamento in DHR deve essere preceduto da una delle seguenti condizioni:

- a) un precedente ricovero ospedaliero in un reparto per acuti;
- b) un periodo di Riabilitazione ospedaliera immediatamente precedente l'ammissione al DHR;
- c) la presenza di una riacutizzazione o recidiva dello stesso primitivo evento invalidante;
- d) l'insorgere di una patologia acuta invalidante che necessita di una valutazione funzionale complessa e di trattamento riabilitativo.

Le attività di DHR possono essere svolte solo presso aziende sanitarie che dispongano di UO di riabilitazione con codice 56, 75 e 28, già dotate di posti letto per degenza a ciclo continuo, oppure presso strutture accreditate e adeguate.

Sono considerati appropriati in day hospital riabilitativo:

- 1) i ricoveri che prevedano la necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale
- 2) i ricoveri che prevedano all'interno del progetto riabilitativo individuale l'esecuzione di accertamenti diagnostici e clinico-valutativi e funzionali che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti);
- 3) i ricoveri per specifiche condizioni invalidanti del paziente che prevedano l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici da eseguire a pazienti disabili non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati o con deficit delle funzioni cognitive e gravi disfagie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie);



- 4) i ricoveri per l'esecuzione di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative di alto costo;
- 5) i ricoveri che prevedano, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, la somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di un'ora dopo la somministrazione;
- 6) i ricoveri che prevedano, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, la necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici/strumentali nelle ore immediatamente precedenti/ successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo;
- 7) i ricoveri che prevedano, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, l'esecuzione di procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 60 minuti).

Al di fuori di questi casi i ricoveri in day hospital riabilitativo sono considerati inappropriati e pertanto l'erogazione delle prestazioni assistenziali andrà trasferita, in funzione delle caratteristiche delle prestazioni da erogare e della complessità del quesito diagnostico, o verso il tradizionale modello assistenziale della specialistica ambulatoriale o verso il modello assistenziale di day service riabilitativo (DSR).

DAY SERVICE RIABILITATIVO

Percorso Riabilitativo Ambulatoriale Complesso (PRAC)

Il Day Service Riabilitativo (DSR) è un modello di attività specialistica riabilitativa e terapeutica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi riabilitativa a diversa complessità, articolati e interdisciplinari, erogati sia in ambito ospedaliero che territoriale nei presidi extra-ospedalieri residenziali (ex art. 26 L.833/1978) ai fini di:

- a) assicurare un omogeneo livello assistenziale con una diminuzione dei ricoveri in regime diurno;
- b) prendere in carico il paziente in regime ambulatoriale, coordinandone la gestione come se fosse ricoverato in day hospital;
- c) definire profili di cura riabilitativi e, fisioterapici e percorsi clinico-diagnostici e di valutazione funzionale specifici per patologia nell'ottica della continuità terapeutica (O-T).

Il Day Service Riabilitativo (DSR) è una nuova modalità assistenziale che consente all'utente, che deve sottoporsi a trattamenti di fisioterapia e riabilitazione ed a contestuali accertamenti clinico-valutativi e funzionali diversi per patologie disabilitanti complesse (PRAC), di eseguire tutto ciò di cui ha bisogno, senza essere ricoverato né in day hospital né in degenza ordinaria. Il day service riabilitativo, è una modalità assistenziale innovativa e funzionale che risponde alla necessità di gestire con efficacia ed efficienza le menomazioni e disabilità difficili e complesse, le alterazioni della deambulazione e del passo, le turbe della deglutizione e del linguaggio, e alcune condizioni cliniche complesse ad alto impatto sociale, per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in day hospital, risulta inappropriato, ma tali da richiedere, comunque, una presa in carico globale del paziente da parte del medico specialista ai fini dell'inquadramento clinico/riabilitativo funzionale della disabilità, la stesura del PRI, l'attuazione del programma riabilitativo e la valutazione dell'outcome.

In questo nuovo modello organizzativo, non è più l'utente che ricerca all'interno del sistema organizzativo ospedaliero/extraospedaliero territoriale, le modalità per soddisfare la sua domanda di prestazioni riabilitative, diagnostiche e terapeutiche, adattandosi quindi al sistema organizzativo esistente, bensì è la struttura sanitaria ospedaliera/extraospedaliera territoriale che identifica percorsi di fornitura di prestazioni di terapia fisica e riabilitazione, finalizzate alla soluzione, non della singola prestazione, ma alla conclusione della globalità delle prestazioni necessarie per raggiungere l'obiettivo di risposta al bisogno di salute, in tempi rapidi, razionalizzando l'uso delle risorse nei diversi percorsi, semplificandone l'accesso. I percorsi in regime assistenziale di DSR sono individuati ed attivati per patologie invalidanti spesso multiple, con possibili esiti permanenti, di elevato/medio grado di disabilità nelle ADL, ad alto impatto sociale, e rilevanza clinica-riabilitativa e quali-quantitativa, (caso complesso), che richiedono un team multiprofessionale che effettui una presa in carico omnicomplessiva nel medio/lungo periodo e la stesura del PRI e di uno o più programmi terapeutici la cui gestione

assistenziale prevede l'utilizzo integrato di risorse di alta tecnologia terapeutico-riabilitativa, valutativa funzionale, diagnostico-strumentali, rientranti nelle seguenti tipologie cliniche:

- patologie disabilitanti a carattere di cronicità e ad alto impatto sociale che richiedono frequenti o periodici monitoraggi e valutazioni cliniche, funzionali e/o riabilitative per mantenere equilibri di compenso e stabilità, prevenendo episodi critici/di acuzie della stessa patologia cronica e le complicazioni secondarie e terziarie;
- quadri clinici complessi sul piano dell'inquadramento funzionale e diagnostico, in soggetti con patologie associate invalidanti e/o per i quali sia necessario escludere danni secondari importanti e un trattamento riabilitativo specifico;
- patologie osteo-mioarticolari/osteometaboliche e del SNP invalidanti o post-traumatiche che necessitano di periodici monitoraggi e terapia fisica di alta tecnologia e riabilitativa non erogabili in regime ambulatoriale.

Per ogni percorso diagnostico-valutativo e terapeutico/riabilitativo (PRAC) devono essere definiti:

1. Il medico specialista responsabile del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo
2. criteri clinici per l'ammissione allo specifico regime assistenziale riabilitativo;
3. la tipologia di prestazioni ambulatoriali complesse relative alla patologia (codificate come da nomenclatore tariffario ospedaliero);
4. le modalità organizzative, per la realizzazione delle attività assistenziali relative allo specifico percorso terapeutico-riabilitativo, valutativo, diagnostico-strumentale e laboratoristico.
5. il case manager - di riferimento;
6. i referenti, dei punti di erogazione delle prestazioni programmate, necessari al Case manager per la fase di pianificazione del percorso clinico-diagnostico e fisioterapico-riabilitativo;

Con provvedimento separato l'Assessorato Regionale alla Salute adotterà specifici PRAC per le patologie disabilitanti rientranti nelle tipologie cliniche sopracitate.

OSSERVATORIO REGIONALE SULLA DISABILITA'

Allo scopo di promuovere la piena integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della Legge 3 marzo 2009, n. 18 che recepisce la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, (New York il 13 dicembre 2006.), del Decreto interministeriale n. 167/2010 attuativo, e dei principi indicati nella Legge 5 febbraio 1992, n. 104, e' istituito, presso il l'Assessorato della Salute, l'Osservatorio Regionale sulla condizione delle persone con disabilità'.

L' Osservatorio regionale è un organismo consultivo e di supporto tecnico-scientifico per la elaborazione delle politiche regionali in materia di disabilità.

L'Osservatorio regionale ha i seguenti compiti:

a) predisporre un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità'

b) promuovere la raccolta di dati statistici che illustrino la condizione delle persone con disabilità, anche con riferimento alle diverse situazioni territoriali regionali;

d) predisporre la relazione sullo stato di attuazione delle politiche regionali sulla disabilità, di cui all'art.41, comma 8, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modifiche e integrazioni;

e) promuovere la realizzazione di studi e ricerche che possano contribuire ad individuare aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione dei diritti delle persone con disabilità'.



LA RICERCA IN RIABILITAZIONE

La ricerca in Riabilitazione, avvalendosi dei contributi metodologici della "evidence based medicine", ha compiuto grandi progressi negli ultimi anni. Recentemente è stato condotto un numero crescente di trials prospettici in cui è stata valutata l'efficacia della riabilitazione nelle disabilità derivanti da varie patologie. Per alcune condizioni sono già disponibili meta analisi di trials controllati, dai quali derivano importanti indicazioni per lo sviluppo della ricerca quali l'utilizzo di nuove tecnologie in riabilitazione come ad esempio la robotica, la realtà virtuale e la teleriabilitazione, che costituiscono uno dei campi più importanti e promettenti dell'informatica applicata alle neuroscienze oggi e per il futuro. L'ingegneria tissutale e altre tecnologie moderne stanno contribuendo in questo campo. La ricerca in riabilitazione ha delle peculiarità che la differenziano dalle altre discipline. Gli outcomes della riabilitazione, ad esempio sono difficili da misurare in quanto volti a valutare i comportamenti e non un singolo parametro biologico. In questo senso la Ricerca in Riabilitazione si focalizza non solo sul danno di organo, ma sul recupero della disabilità e sulla partecipazione intesa come gestione della funzione, delle possibilità di reinserimento e di relazione con il contesto ponendo la persona al centro del suo agire. I costi dell'assistenza sanitaria e della riabilitazione, con l'innalzamento della vita media, il miglioramento continuo della qualità della assistenza medica e dei livelli assistenziali, sono destinati ad aumentare, per cui diventa imperativo contenere i costi e rendere il sistema sempre più efficiente ed efficace. Dimostrare l'impatto di un singolo intervento riabilitativo non è "vita reale", e benché fondamentale per identificare le procedure efficaci individualmente in un programma, non può valutare da sé efficacemente il programma nel suo complesso.

E' auspicabile l'implementazione di una attività di ricerca multidisciplinare che si prefigga l'obiettivo di contribuire a:

1. definire strumenti di misurazione secondo la "International Classification of Functioning (ICF)
2. dell'OMS" essenziali alla costruzione di indicatori specifici per la riabilitazione
3. identificare validati protocolli di inserimento/reinserimento nel proprio ambito familiare e sociale e lavorativo;
4. elaborare nuovi modelli organizzativi per l'integrazione delle diverse risorse (interne ed esterne al sistema sanitario, pubbliche e private), per garantire l'efficienza dell'intero sistema;
5. identificare e validare criteri di appropriatezza nei percorsi riabilitativi ed indicatori di efficacia ed efficienza del processo.
6. sviluppare una metodologia di analisi e di controllo di gestione capaci di definire, nel percorso riabilitativo unico, i diversi centri di costo, monitorare la spesa e rendere il sistema più efficiente ed efficace.
7. sviluppare nuove tecnologie nel campo della robotica, della teleriabilitazione, della realtà virtuale adattate all'uso per persone disabili, nonché sviluppare la ricerca nel campo delle neuroscienze e della intelligenza artificiale applicata alla riabilitazione.

Infine, per quanto attiene la ricerca in ambito gestionale e della intelligenza artificiale applicata alle neuroscienze in campo riabilitativo, appare indispensabile, sviluppare un nuovo modello regionale di ricerca, capace di valorizzare le eccellenze e teso a sviluppare una sinergia operativa tra le aziende sanitarie e le facoltà di ingegneria gestionale e informatica per sistemi intelligenti delle università siciliane su progetti di ricerca avanzati di interesse comune, attingendo alle risorse disponibili e a specifici fondi europei

