Linee di indirizzo per la riabilitazione della Regione Molise

Premessa: Aspetti socio-demografici della Regione Molise con particolare riferimento alle disabilità

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie è un compito istituzionale della Regione finalizzato ad introdurre, sostenere e modulare, nel sistema socio-sanitario, risposte, interventi ed azioni appropriate ed efficaci in ambito preventivo e curativo, coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico e con le disponibilità tecnico-organizzative ed economiche.

Le presenti linee di indirizzo mettono al centro la persona, i suoi bisogni di salute e declinano i principi ispiratori per l'organizzazione e la gestione dell'intero sistema regionale ed indicano le aree prioritarie che richiedono azioni particolari, di intervento integrato e intersettoriale, in ragione della rilevanza dei problemi di salute sottesi e/o della complessità delle risposte socio-sanitarie conseguenti.

Obiettivo è fornire indirizzi per l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), adottando quale riferimento un modello di percorso integrato sociosanitario, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta alle Regioni e, quindi, adottando nella Regione Molise le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione, alle caratteristiche proprie dei bisogni della popolazione e delle risorse esistenti e disponibili, procedendo alla riprogettazione della rete riabilitativa sia con riguardo all'assistenza residenziale e semiresidenziale che a quella ambulatoriale – domiciliare, attraverso una definizione coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito.

In tale contesto vanno collocate anche le risposte per la "tutela a vita" di soggetti completamente non autosufficienti o a responsabilità minimale. Tali tipologie di svantaggio e di disabilità pongono problematiche nuove e sono in progressivo aumento, come emerge dai più recenti dati epidemiologici.

Nelle tabelle sottostanti sono riportati alcuni dati significativi relativi alla popolazione residente, caratterizzata da un alto indice di dipendenza degli anziani e dalla presenza di un numero di disabili, in percentuale più alta rispetto al resto del Paese.

Gli indicatori di struttura della popolazione: confronto Molise, Italia e Mezzogiorno – anno 2009

Territorio	% Popolazione 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Molise	21,9	53	33	172	44
Italia	20,2	52	31	143	43
Mezzogiorno	18,1	49	27	118	41

Fonte: Istat

SITUAZIONE DISABILITA' REGIONE MOLISE

FONTE: Programma operativo triennio 2007-2009 Accordo ai sensi dell'art.1 co.180 della Legge 311/2004	DISABILI	CONFINAMENTO INDIVIDUALE	DISABILITA' NELLE FUNZIONI	DIFFICOLTA' NEL MOVIMENTO	DIFFICOLTA' VIST A UDITO PAROLA
MOLISE	55,1	23,1	32,5	31,5	15,5
ITALIA	48,5	21,4	28,8	22,3	11,1

Raffronto dati ISTAT persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità- anni 1999-2000

Considerando i diversi livelli di disabilità, quello più grave è rappresentato dal confinamento, che implica la costrizione permanente in un letto, o su una sedia con livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico.

Risulta confinato il 2,1% della popolazione di 6 anni e più e tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 25% (19% maschi e 28% femmine).

In merito alle altre tipologie di disabilità, si rileva che il 2,2% delle persone nella fascia di età innanzi considerata presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni: nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,5% (con uno scarto di circa 7 punti percentuali tra maschi e femmine, a svantaggio di queste ultime: 17,6% per i maschi contro 24,8% per le femmine).

Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali il vestirsi o spogliarsi; il lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.). Le persone che presentano questo tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste elementari esigenze è tra i 75 ed i 79 anni circa il 12% mentre sale al 35,34% in quelle di 80 e più anni.

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1% di tale popolazione e sale al 12,89% in quelle di 80 e più anni.

Ben il 33% delle persone con disabilità è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali, per cui la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili.

Di questi il 33% è rappresentato dal sesso maschile e il restante 67% da quello femminile.

Questa differenza è ancora spiegata in gran parte dalla differente distribuzione della popolazione maschile e femminile per età: più dell'80% delle persone con più tipologie di disabilità ha infatti un'età superiore ai 65 anni.

Ipotizzando un trend costante nel tempo nell'andamento della prevalenza di disabilità nella popolazione di 6 anni e più, dall'analisi dei dati, nel prossimo decennio il numero dei disabili nella Regione Molise si attesterà sul 5,8 – 6,3% della popolazione totale.

Riguardo agli ausili, si rimanda la loro definizione a provvedimenti successivi di attuazione.

LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITA' RIABILITATIVE

L'intervento riabilitativo è posto in essere per raggiungere quattro obiettivi:

- il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- la possibilità di reperire formule facilitanti alternative.

L'intervento riabilitativo ha inizio al momento stesso in cui il danno s'instaura. Il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero.

Stadi cronologici della riabilitazione

Il primo stadio della riabilitazione, in senso cronologico, ha luogo al momento stesso in cui si verifica la menomazione e, pertanto, o in fase acuta di malattia o all'accertamento di una patologia congenita o cronica.

Il secondo stadio della riabilitazione prende avvio, in funzione delle disabilità che residuano, non appena superata la fase acuta di malattia; concerne la fase post-acuta e riguarda sia le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione, indipendentemente dal loro stato giuridico (pubblico o privato).

Il terzo stadio richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di disabilità stabilizzata e di restrizione della partecipazione) e, pertanto, praticabili anche in termini di trattamento ambulatoriale o domiciliare, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

I suddetti criteri valgono, in linea generale per ogni età e per ogni patologia invalidante o potenzialmente tale.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete della riabilitazione della Regione Molise, considerati insufficienti in riabilitazione i riferimenti all'ICD (International Classification of Diseases) e all'ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, si ritiene indispensabile inserire l'utilizzo della classificazione ICF.

L'utilizzo della classificazione ICF **Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute**, riconosciuta da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità.

Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

Accettare la filosofia dell'ICF vuol dire considerare la disabilità un problema che non riguarda i singoli cittadini che ne sono colpiti e le loro famiglie, ma coinvolge tutta la comunità e, innanzitutto, le istituzioni.

In questo contesto si inserisce il ruolo della Medicina Fisica e Riabilitativa, che secondo le più recenti definizioni va intesa come "la specialità medica, che basandosi sulla valutazione dello stato funzionale, sulla diagnosi e il trattamento delle patologie, effettua e coordina interventi medici e tecnici con l'obiettivo di rendere ottimale lo stato funzionale dei soggetti in condizioni di disabilità. La MFR si occupa delle limitazioni funzionali e delle disabilità associate alle condizioni di salute e della complessa interazione tra fattori personali e ambiente".

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi, è utile distinguere fra interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale, facenti capo a specifiche reti integrate di servizi e di Presidi riabilitativi, a loro volta necessariamente intimamente connesse e organizzate anche attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali e/o in forma domiciliare, allo scopo di garantire assistenza qualificata.

La legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con svantaggio sociale (L. 104/92) e successive modifiche ed integrazioni, nonché la vigente normativa regionale, definiscono in modo chiaro ed articolato gli interventi a sostegno dell'inserimento e dell'integrazione sociale (attività di riabilitazione sociale).

Si definiscono quali "attività sanitarie di riabilitazione" gli interventi valutativi, diagnostici terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto, affetto da menomazioni, a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare lavorativo, scolastico e sociale.

Si definiscono "attività di riabilitazione sociale" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di disabilità.

Il Percorso Assistenziale Integrato

Principio della Presa in Carico Globale

Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle rivolte al superamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Con l'affermarsi del modello biopsicosociale, vengono posti al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni. Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il percorso assistenziale integrato, basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale; tale percorso costituisce il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo. In tale ambito, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico e unico per ciascuna persona, di guida del percorso. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF, definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia e i caregiver, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in carico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti. Il PRI è elaborato dal medico specialista nella riabilitazione specifica in condivisione con gli altri professionisti coinvolti; gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi e di indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso.

Il progetto individuale è sempre un prodotto di lavoro d'equipe i cui componenti condividono, per le loro competenze, le responsabilità da esso derivanti, che il medico specialista responsabile del progetto stesso assume complessivamente su di sé.

All'interno del progetto riabilitativo, si realizza la definizione di obiettivi a breve e medio termine, perseguibili attraverso l'identificazione di un **il programma riabilitativo** che definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi stessi e degli obiettivi raggiunti, secondo un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone.

In particolare, il Progetto Riabilitativo Individuale:

- definisce le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;

- definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo;
- definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce l'impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Tipologia degli interventi di riabilitazione e Strutture deputate alla erogazione

Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (Cod.75, Cod 28)

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale sono erogate presso presidi di alta specialità, secondo quanto stabilito dal D.M. 29.01.1992.

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono rivolte a:

- Persone affette da mielolesione acquisita;
- Persone affette da gravi cerebrolesione acquisita e gravi traumi cranio encefalici;
- Persone affette da disabilità gravi in età evolutiva;
- Persone con turbe neuropsicologiche acquisite.

Per i criteri di accesso si fa riferimento a quanto già definito dalla regione Molise con la D.G.R. n.102/08.

Riabilitazione intensiva

E' diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico-specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata quotidiana dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale delle professioni sanitarie della riabilitazione quali, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere).

Altre figure, come l'assistente sociale e lo psicologo, possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo.

Tale fase abitualmente è collocata nell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile. Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 60 giorni.

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono erogati presso:

1) Strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate - (plurispecialistiche e monospecialistiche) (Cod. 56)

dove siano già presenti funzioni di ricovero e cura per acuti, o nelle quali sia costituita una specifica unità operativa in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di

tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità recuperabili, il cui trattamento è indifferibile. La Regione Molise ha dettato, attraverso l'accreditamento istituzionale, anche i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi per la presa in carico di pazienti con disabilità di origine respiratoria e/o di chirurgia toracica e di quelli con disabilità di origine cardiologica e/o cardiocirurgia nell'ambito delle unità operative ospedaliere di riabilitazione intensiva (Cod 56). I pazienti trattati presso le unità operative (cod 56) richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing infermieristico articolato nell'arco delle intere 24 ore o nelle ore diurne, non erogabili in forma extra ospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico).

L'episodio di ricovero ordinario in riabilitazione intensiva è da ritenere appropriato se il paziente è in grado di sostenere un trattamento riabilitativo di almeno 3 ore al giorno ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero. La necessità di tutela medica continuativa è legata ad una condizione clinica non completamente stabilizzata o a rischio di potenziale instabilità, e prevede un contatto diretto regolare individuale tra paziente e specialista. La necessità di assistenza infermieristica è legata al bisogno di un nursing riabilitativo multiplo o complesso.

L'episodio di ricovero in Day Hospital in riabilitazione intensiva è da ritenersi appropriato se il paziente:

- è suscettibile di significativi miglioramenti funzionali e della qualità di vita in un ragionevole lasso di tempo;
- presenta condizioni cliniche generali che gli permettono di tollerare sia tale intervento che i trasferimenti quotidiani da e per il proprio domicilio;
- è clinicamente stabile in misura tale da non aver bisogno di assistenza sanitaria continuativa per 24 ore al giorno. Ulteriore e preferenziale criterio di appropriatezza è da considerare la condizione di dimissione da una degenza di tipo intensivo a tempo pieno con indicazione alla prosecuzione, in questa forma, del trattamento intrapreso .

Nell'ambito della riabilitazione intensiva ospedaliera la Regione potrà, previa definizione di specifici requisiti di autorizzazione e di accreditamento, prevedere l'istituzione di:

- Unità per gravi patologie respiratorie
- Unità per gravi patologie cardiologiche

Le **Unità per gravi patologie respiratorie** sono finalizzate alla gestione prevalente delle emergenze in via di stabilizzazione delle malattie respiratorie, in particolare insufficienza respiratoria acuta da cause primitive respiratorie o da malattie neuromuscolari e insufficienza respiratoria cronica riacutizzata. Tali unità sono collocate in strutture ospedaliere dotate o strettamente collegate con U.O. di Terapia Intensiva, cardiologica, e chirurgia toracica per la riabilitazione post-chirurgica. Gli interventi sono rivolti a pazienti che presentino le seguenti condizioni:

- insufficienza respiratoria in via di stabilizzazione o comunque potenzialmente instabili che necessitino di monitoraggio continuo;
- ventilazione meccanica invasiva continua e/o sub continua come elemento indispensabile di ammissione (secondaria o meno a coma ipercapnico).

Le **Unità per gravi patologie cardiologiche** sono destinate all'assistenza di pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per cronicizzazione di problematiche complesse post-acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, ma con potenzialità di recupero clinico funzionale. Tali Unità sono collocate in strutture ospedaliere dotate di cardiologia, e di cardiocirurgia per la riabilitazione postchirurgica.

Vi afferiscono pazienti provenienti da U.O. di terapia intensiva cardiologica per evento acuto recente o da U.O. di terapia intensiva cardiocirurgia, nonché pazienti affetti da insufficienza ventricolare refrattaria alla terapia convenzionale e che necessitano di un monitoraggio continuo dei parametri emodinamici.

2) Presidi di riabilitazione extraospedalieri a ciclo diurno e/o continuativo, in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 14.1.97 e successive integrazioni, destinati alla presa in carico multidimensionale di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi indifferibili, di tipo valutativo e terapeutico intensivo (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero), di tutela medica e di nursing dedicato, realizzabili in ambiente non ospedaliero articolati nell'arco delle ore diurne della giornata o delle 24 ore (continuativo), in base al grado di non autosufficienza e di necessità di interventi assistenziali di base degli utenti.

I Presidi di riabilitazione extraospedalieri erogano interventi di riabilitazione intensiva finalizzati a:

- completamento del percorso riabilitativo avviato in fase acuta, in sede ospedaliera,
- inquadramento diagnostico e diagnostico funzionale, nonché alla conseguente definizione del piano integrato di trattamento individuale per soggetti affetti da disabilità congenite e, comunque, non conseguenti ad eventi patologici acuti.

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo possono svolgere anche funzioni di tipo estensivo per il completamento del processo di recupero. In armonia con la programmazione nazionale e regionale, i Presidi extraospedalieri possono specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e/o una o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile).

I servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva hanno come elemento caratterizzante e/o "risorsa guida" la specifica dotazione di personale ed una propria, assegnazione ed articolazione degli spazi, rapportata alle finalità proprie e della organizzazione del lavoro, tale da essere funzionale alla realizzazione del progetto riabilitativo dei singoli utenti mediante l'associazione di un "progetto riabilitativo di struttura" con i "progetti riabilitativi individuali".

I servizi che erogano interventi di riabilitazione intensiva assolvono, oltre a quelle già citate per le strutture di riabilitazione estensiva o intermedia, funzioni di supporto e consulenza alla attività dei servizi di riabilitazione estensiva o intermedia. Inoltre possono costituire centri di riferimento, secondo gli indirizzi della programmazione regionale, per:

- l'assistenza tecnica alle diverse strutture sociali che partecipano al progetto riabilitativo (centri di riqualificazione professionale, centri di formazione e perfezionamento degli operatori sanitari e sociali, strutture di accoglienze);
- la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento professionale degli operatori;
- l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi ed ortesi;
- la prescrizione, il collaudo e l'adattamento, nella fase del trattamento, degli ausili, delle protesi e delle ortesi previsti dal Nomenclatore tariffario delle protesi di cui al D.M. 28.12.1992;
- la promozione, l'informazione e il supporto ad associazioni di disabili e di volontariato.

Riabilitazione estensiva o intermedia

E' caratterizzata da un moderato-medio impegno terapeutico a fronte di un adeguato intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche riabilitative sono valutabili tra una e tre ore

giornaliere.

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono rivolti al trattamento di:

1. disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe" e successive modifiche ed integrazioni;
2. disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine richiedenti un "progetto riabilitativo".

Riabilitazione Estensiva: Strutture erogatrici

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private, ospedaliere e territoriali, ad hoc accreditate:

1. le strutture ospedaliere di lungodegenza (Cod.60);
2. i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;
3. i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;
4. i centri ambulatoriali di riabilitazione;
5. le Residenze Sanitarie Assistenziali;
6. i centri socio-riabilitativi, ex art. 8 della legge 104 del 5 febbraio 1992, nonché il domicilio dell'utente;

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 seguito vengono così descritte:

1) Le strutture ospedaliere di lungodegenza (Cod.60), in generale, assistono in regime di ricovero pazienti, provenienti abitualmente dalle diverse aree assistenziali mediche e chirurgiche, non autosufficienti, affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche, non stabilizzate, o in fase terminale, abbinabili di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore nonché di nursing infermieristico non erogabile in forme alternative.

Le strutture ospedaliere di lungodegenza assistono altresì, in regime di ricovero, soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva.

2) I presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale possono essere ospedalieri o territoriali. Essi svolgono attività, specialistiche ambulatoriali nei confronti dei soggetti esterni, anche al domicilio di cui al D.M. 22 luglio 1996 e s.m.i.

I servizi collocati all'interno dell'ospedale assistono, altresì, individui di tutte le età ricoverati nelle diverse Unità Operative degli ospedali per acuti, nel recupero funzionale, di menomazioni e disabilità. Nei confronti dei pazienti in carico alle diverse Unità Operative per acuti svolgono attività di prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità.

3) I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo dei soggetti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali erogano prestazioni a ciclo diurno e/o continuativo per il recupero funzionale e sociale di soggetti con disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo.

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo svolgono, quindi, anche funzioni di tipo estensivo per il completamento del processo di recupero, in armonia con la programmazione nazionale e regionale.

I Presidi extraospedalieri possono specializzarsi anche solo per una tipologia di cura e/o una o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile).

4) I centri ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità, che, per l'età evolutiva, richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico psicologico e pedagogico. Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche, di cui al D.M. 22 luglio 1996 e successive modifiche ed integrazioni, per la presa in carico globale interdisciplinare del soggetto disabile **"complesso", ovvero utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, che richiedono un team multi professionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva** tramite il progetto riabilitativo individuale.

5) Le Residenze Sanitarie Disabili 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 dalla Regione. Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

- gravità medio-bassa – prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone a medio grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane;
- gravità alta – prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane e totalmente non autosufficienti in almeno 3 ADL con disturbi del comportamento non assistibili a domicilio.

In relazione alla intensità assistenziale dei soggetti assistiti la durata del trattamento può essere anche "permanente".

6) Il domicilio dell'utente

L'offerta di servizi integrati sociali e sanitari può essere organizzata in forma domiciliare e/o attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali allo scopo di garantire assistenza qualificata che soddisfi sia i bisogni primari che quelli psichici ed affettivi, di potenziare o mantenere il livello di autonomia acquisito per la miglior conservazione possibile del benessere psico-fisico, di perseguire l'integrazione sociale degli utenti favorendo costanti collegamenti con l'ambiente esterno. In questo ambito vanno presi in considerazione i pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che hanno bisogno di intervento riabilitativo.

Criteri generali di accesso

L'uso corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione al fine di recuperare ritardi culturali e organizzativi attraverso una maggiore appropriatezza; tale obiettivo va perseguito con l'applicazione dei seguenti criteri: a) accessibilità e copertura della rete: il percorso di presa in carico va attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità; b) tempestività: effettuare gli interventi in rapporto alle fasi biologiche del recupero e alle necessità socio-ambientali; c) continuità: garanzia di successione e integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting; d) appropriatezza: priorità alla presa in carico omnicomprensiva della persona disabile, evitando mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche; e) interventi guidati da un programma riabilitativo inserito

in un PRI; f) interventi di validità riconosciuta e condivisa; g) facilitazione della partecipazione attiva e consapevole del paziente e della sua famiglia; h) approccio educativo al paziente. Rivestono altresì notevole importanza l'adozione di una cartella clinica informatizzata, la valorizzazione e la formazione del personale, l'integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance di processo (output).

Modalità

Alle UU.OO. di Riabilitazione ospedaliera intensiva (cod 56) si accede per trasferimento dai reparti per "acuti", qualora l'evento patologico abbia determinato una modificazione del quadro funzionale del paziente, tale da richiedere uno specifico trattamento riabilitativo.

Si può altresì accedere per trasferimento da reparti di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75, codice 28).

Si può accedere da domicilio in casi particolari riacutizzazioni, necessità di specifici interventi e/o terapie o a breve distanza dalla dimissione dal reparto ospedaliero operatorio), tramite richiesta del medico curante .

Per l'ammissione in reparto cod. 56 è fatto obbligo di redazione di una scala di valutazione all'ingresso, durante il ricovero (intorno alla metà del periodo di degenza prevista dal programma riabilitativo) e alla dimissione; in particolare non possono essere accettati pazienti che presentino all'ingresso valori diversi dai limiti seguenti:

- 6MWT $\leq$ 300 (Riabilitazione cardiologica e respiratoria)
- SCALA DI BORG $\geq$ 6 (Riabilitazione cardiologica e respiratoria)
- BARTHEL INDEX $\leq$ 63 (Riabilitazione neurologica e ortopedica)
- FIM $\leq$ 90 (Riabilitazione neurologica e ortopedica)

Per una valutazione dell' appropriatezza dell'intervento riabilitativo è fondamentale infatti poter misurare con precisione il grado di disabilità all'ingresso del paziente. Parimenti importante per una valutazione degli esiti del trattamento riabilitativo sarà la redazione delle scale stesse durante il trattamento riabilitativo ed alla dimissione.

Si prescrive inoltre che l'evento acuto e/o l'intervento chirurgico che determinano il ricovero si siano verificati entro i 40 giorni antecedenti il ricovero stesso.

Per la remunerazione dei ricoveri in cod. 56 e per gli abbattimenti tariffari si fa espresso riferimento al decreto n° 48/2010 del Commissario ad acta per la attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise.

Modalità di accesso codice 60

Per i criteri di accesso si fa riferimento a quanto già definito dalla regione Molise con la D.G.R. n.102/08.

Modalità di accesso codice 75 (Neuroriabilitazione)

Per i criteri di accesso e l'ammissione in reparto cod. 75 (Neuroriabilitazione) si fa riferimento a quanto già definito dalla regione Molise con la D.G.R. n.102/08.

In particolare, è necessaria la presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- Ictus e patologie midollari di provenienza diretta dalla Stroke Unit, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Neurologia
- Ictus ischemia o emorragia insorta non oltre 30 giorni
- Provenienza diretta dalla Terapia Intensiva, Neurologia, Neurochirurgia

- Paziente affetti da patologia oncologica, provenienza dai reparti di Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Radioterapia, Oncologia e Neurologia
- Presenza di alimentazione enterale
- Presenza di stenosi tracheale diagnostica mediante esame fibroscopio
- Presenza di alimentazione parenterale (accesso venosa centrale)
- Diagnosi di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza
- Emiplegia, emiparesi, tetraplegia e tetra paresi, paraplegia e paraparesi
- Sindrome disautonomica vegetativa
- Sindrome psico-organica grave
- Sindrome da prolungato allettamento (lesioni da decubito, anchilosi articolare, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa)
- Presenza di tracheotomia
- Spasticità invincibile e/o farmaco resistente
- Barthel all'ingresso ≤ 50 o FIM ≤ 60
- Disturbi cognitivi, afasia, emianestesia spaziale ed aprassia
- Dipendenza totale per alimentazione, cura, igiene personale e controllo degli sfinteri.

Per la remunerazione dei ricoveri in cod. 75 e per gli abbattimenti tariffari si fa espresso riferimento al decreto n° 48/2010 del Commissario ad acta per la attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise.

I presidi extraospedalieri provvedono ad eseguire le visite specialistiche finalizzate alla presa in carico del paziente e sono tenuti a garantire tutte le procedure necessarie a definire il profilo funzionale del soggetto ai fini della predisposizione del piano individualizzato d'intervento, comprensivo del progetto riabilitativo individuale, in stretta relazione con la diagnosi clinica e funzionale dello stesso, nonché ad erogare prestazioni finalizzate al massimo recupero delle disabilità rilevate e a verificarne i relativi esiti. L'accesso ed il piano individuale di trattamento devono essere validati dalla struttura distrettuale di riferimento territoriale nel rispetto della regolamentazione aziendale. Ove le prestazioni, a ciclo continuativo o diurno, siano rivolte a soggetti in età evolutiva e/o giovane-adulta devono essere integrate da adeguati interventi pedagogico-didattici e di formazione o riqualificazione professionale. Tali interventi sono finanziariamente a carico degli Enti preposti all'istruzione scolastica ed alla formazione professionale.

I presidi di riabilitazione extraospedalieri sono tenuti, per ogni modalità di trattamento, alla compilazione della cartella riabilitativa informatizzata (modello Emerodromos) e conservazione della cartella clinica su cui risultino: la generalità dell'assistito, la diagnosi clinica, le disabilità rilevate (con riferimento alla ICD integrata dalla ICF) il progetto riabilitativo individuale, la tipologia e la frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici praticati nel corso del trattamento, il diario delle riunioni di equipe/team ed i relativi verbali, ed inoltre le valutazioni psicologiche, e sociali, le informazioni di carattere anamnestico e/o clinico, ritenute rilevanti ai fini di una corretta impostazione del trattamento riabilitativo, nonché le valutazioni intermedie e quelle finali, relative agli esiti.

Percorso riabilitativo per l'accesso ai presidi extraospedalieri regionali ed extraregionali - U.V.M.

La Azienda Sanitaria Regionale del Molise dovrà impegnarsi a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione, nonché l'integrazione tra i Servizi Sanitari di Riabilitazione e quelli di Riabilitazione Sociale attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) già attivate presso i Distretti Socio-Sanitari per le valutazioni indicate al seguente punto. Resta salva la valutazione del Direttore del Distretto nei casi di particolare urgenza. All'UVM dovrà pervenire specifica richiesta da parte del MMG, attraverso modulistica appositamente predisposta, allegando eventualmente la documentazione clinica; l'UVM esprimerà un parere entro 5 giorni lavorativi e all'occorrenza potrà

anche sottoporre a valutazione il paziente. In caso di mancata risposta nei tempi previsti, il paziente potrà ricoverarsi e l'UVM effettuare in un secondo momento la valutazione. Nell'esprimere il proprio parere, l'UVM terrà conto dell'eventuale Percorso Riabilitativo unico definito all'interno del PRI.

L' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall' **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**.

Questa è organismo proprio dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, presente in ciascun Distretto, che ha disciplinato con propri provvedimenti la composizione ed il relativo regolamento di funzionamento, con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti al Distretto Sanitario.

Essa include, oltre al medico specialista in medicina fisica e riabilitativa, ove aziendaliamente presente, la figura professionale:

- per le disabilità derivanti da gravi patologie e menomazioni cardiologiche o respiratorie, rispettivamente del cardiologo e dello pneumologo;
- per le disabilità in età infantile e dello sviluppo il neuropsichiatra infantile
- per le disabilità funzionali e motorie il neurologo e/o l'ortopedico.

A questo nucleo di base si possono aggiungere in consulenza, l'urologo, lo psichiatra, il chirurgo plastico o altri specialisti, competenti per la fase acuta, lo psicologo clinico, il dietista, il tecnico ortopedico: in relazione alle specifiche necessità individuali e del momento.

L'**UVM** provvede all'individuazione e alla quantificazione dei bisogni, in sinergia con l'U.O. di Riabilitazione e/o il Fisiatra di riferimento, e all'individuazione delle modalità gestionali dei soggetti disabili in sede di dimissione ospedaliera e ai fini dell'accesso a presidi extraospedalieri extraregionali di riabilitazione nei casi in cui non siano presenti strutture in regione che possano garantire la particolarità dell'intervento riabilitativo.

PROCEDURE DI PRESA IN CARICO "CASI COMPLESSI" (GIA' EX ART. 26 L.833/78)

Le tipologie di trattamento per minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa e ascrivibili ai trattamenti precedentemente classificati come ex art. 26 si caratterizzano come interventi interdisciplinari, richiedenti cicli terapeutici definiti attraverso un progetto riabilitativo individuale, nella forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ed extramurale.

La Regione, ai sensi del D.P.R. 14 gennaio 1997, provvederà alla classificazione dei presidi di riabilitazione extraospedaliera pubblici e privati, ivi comprese le strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera già convenzionate con il servizio sanitario ex art. 26 L. 833/78, secondo la tipologia dell'attività come definita dalle linee guida nazionali di cui al Prov. Del 7 maggio 1998.

La Regione, in particolare, tiene conto che i presidi e i centri di riabilitazione extraospedaliera erogano interventi di riabilitazione intensiva ed estensiva o intermedia a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. Ove le attività siano rivolte a soggetti in età evolutiva e/o giovane adulta devono essere integrate da adeguati interventi pedagogico-didattici e di formazione o riqualificazione professionale. I presidi e i centri di riabilitazione extraospedaliera sono tenuti, per ogni modalità di trattamento, alla compilazione e conservazione della cartella clinica.

Si individua, pertanto, il seguente modello procedurale:

- 1)** i cittadini, che intendono richiedere assistenza riabilitativa, dovranno essere indirizzati dal MMG dal PLS ad effettuare la prima visita specialistica per la valutazione clinico-diagnostica e l'elaborazione di un progetto riabilitativo;

- 2) il programma riabilitativo è da intendersi a termine rispetto all'obiettivo. Nel caso di programmi di lunga durata (superiori a sei mesi) dovranno comunque essere previsti controlli clinici ed eventuali revisioni. Nel caso in cui sia evidenziata una nuova necessità nell'ambito del progetto, questo è sottoposto alla revisione con aggiornamento dei programmi garantendo all'utente la continuità terapeutica durante la revisione.
- 3) in ordine alle prescrizioni la struttura pubblica in ogni fase del programma potrà richiedere alla struttura erogatrice della prestazione tutte le informazioni ritenute utili a valutare l'andamento del trattamento;
- 4) l'utente può scegliere liberamente la struttura pubblica o privata accreditata presso la quale effettuare il trattamento.

Tipologie prestazionali casi complessi

Le tipologie di trattamento per prestazioni riabilitative per casi complessi sono:

- Domiciliare;
- Ambulatoriale;
- Ambulatoriale di gruppo;
- Semiresidenziale (attività diurne);
- Residenziale (Tempo pieno)

La terapia domiciliare è prescritta, in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente.

La tipologia ambulatoriale: valgono i criteri già esposti.

La tipologia semiresidenziale è stata fino ad oggi utilizzata nella grande maggioranza dei casi per l'assistenza di pazienti in fase cronico-stabilizzata, e, soprattutto, di soggetti affetti da ritardi mentali diversamente non assistibili; è indispensabile che la semiresidenzialità ricopra nuovamente il ruolo che gli è consono assumendo le caratteristiche proprie del ricovero diurno.

In realtà questa tipologia di trattamento è prescritta per tutti quei pazienti che si possono giovare di un intervento di ricovero diurno e non hanno bisogno di ospitalità di tipo alberghiero sulle 24 ore.

Anche questa tipologia è indicata per le patologie progressivamente ingravescenti che non possono essere assistite con interventi brevi ed intensi e che, a differenza dell'ambulatoriale di gruppo, prevedono una presa in carico multidimensionale del paziente con interventi che consentano allo stesso di poter essere sostenuto nel momento di ritorno nella società con interventi di tipo psicosociale o per quegli interventi terapeutici che prevedano di tenere sotto controllo anche le abitudini di vita come ad esempio la dieta.

La tipologia residenziale (tempo pieno), è prescritta nelle condizioni patologiche che abbiano superato la fase intensiva e per pazienti che presentino parametri vitali stabili ma che abbiano ancora bisogno di interventi in ambiente protetto o di allontanamento terapeutico dalla propria famiglia.

Inquadramento terapeutico ex art. 44

Le tipologie di trattamento dei presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionali sono:

- 1 ambulatoriale
- 2 domiciliare

Esse corrispondono a quelle comprese nel D.M. 22/07/96 e succ. mod. e int., ritenendo, tuttavia, necessario razionalizzare e riqualificare le modalità di erogazione delle prestazioni mediante opportuni meccanismi di governo della prescrizione.

L'accesso ai percorsi riabilitativi ambulatoriali avviene tramite visita del medico specialista su richiesta del MMG o del MPLS, secondo previsto nelle indicazioni contenute nei LEA regionali.

Lo specialista compila la scheda di progetto/programma riabilitativo, con idonea valutazione della menomazione e della limitazione di attività.

La visita si può concludere con la presa in carico riabilitativa della persona e la tempistica dell'accesso al trattamento dovrà tener conto del gradiente della modificabilità della

menomazione/disabilità e dei possibili rischi di complicanze (entro 7 giorni presa in carico , ad esempio, di pazienti con esiti di recenti fratture o interventi chirurgici ortopedici); inoltre, bisogna tener conto se la persona ha già eseguito precedenti cicli di fisioterapia. Lo specialista può anche limitarsi a prescrivere terapie farmacologiche, ortesi, ausili, a fornire indicazioni ergonomiche, educazionali, ecc.: visita fisiatrica non equivale necessariamente a prescrizione di fisioterapia.

Deve essere rispettata la durata del trattamento prevista, generalmente di 30 minuti (La durata del trattamento non comprende, ovviamente, la somministrazione di mezzi fisici) Le prestazioni corrispondono a quelle comprese nel D.M. 22/07/96 e succ. mod. e int., ritenendo, tuttavia, necessario razionalizzare e riqualificare le modalità di erogazione delle prestazioni mediante opportuni meccanismi di governo della prescrizione, preso atto dell'art. 35 della Legge 449 del 27/01/97 e del D.L. 20/10/98 (G.U. 05/01/99).

Tipologie di utenza

- a) Utenti affetti da disabilità complesse di recente insorgenza e modificabili a seguito di intervento riabilitativo, che richiedono un progetto individuale e i relativi programmi attuativi con l'intervento di una o più professionalità e l'intervento diretto del fisiatra (o dello specialista di riferimento)
- b) Utenti affetti da menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie, modificabili e emendabili sulla base di un programma terapeutico riabilitativo.
- c) Utenti affetti da disabilità a lento recupero o da disabilità inemendabili stabilizzate o a lenta evoluzione presi in carico tramite un progetto riabilitativo a lungo termine.

Criteri di accessibilità

Garantire la priorità alle persone affette da menomazioni/disabilità che abbiano i caratteri della modificabilità e della importanza/complessità (fase immediatamente post-acuta di lesioni a carico del SNC o periferico, fase immediatamente post-acuta di lesioni traumatiche o di interventi di chirurgia ortopedica). E' da prevedere una priorità differita per le disabilità non acute ma ad alta incidenza sulla popolazione.

Appropriatezza

Un intervento riabilitativo ambulatoriale è appropriato quando le condizioni del paziente gli consentano di recarsi presso la struttura ambulatoriale, è definibile un obiettivo riabilitativo espresso in termini di contenimento o riduzione della limitazione di attività, è prevedibile un tempo in cui raggiungere tale obiettivo (emendabilità della disabilità). Nel caso in cui non è possibile prevedere un tempo, verosimilmente si è di fronte a un problema di tipo assistenziale o "lungo assistenziale".

Percorso riabilitativo: qualora il paziente non abbia una precisa diagnosi, è necessaria la visita dello specialista fisiatra. Questi dovrà formulare un progetto riabilitativo individualizzato, indicando il grado di disabilità rilevata, l'entità di dolore e la diminuzione funzionale in gradi, la previsione di miglioramento di esse. Il MMG, presa visione del protocollo riabilitativo, invia l'utente al presidio ambulatoriale, pubblico o privato accreditato.

Una volta preso in carico il paziente, il medico fisiatra della struttura deve descrivere su apposita cartella clinica ambulatoriale la valutazione fisiatrica iniziale, il progetto riabilitativo e il percorso terapeutico, il diario clinico e la scheda di dimissioni, a trattamento riabilitativo ultimato, con valutazione fisiatrica finale deve essere conservata presso la struttura.

Sono esclusi dal protocollo riabilitativo eventuali test ed esami diagnostici.

Per l'accesso a detta tipologia di trattamenti si fa espresso riferimento alle indicazioni contenute nei LEA regionali.

Nomenclatore

Una volta definiti i criteri per la prescrivibilità e l'appropriatezza degli interventi di riabilitazione ambulatoriale, è necessario avviare un processo per il superamento di una valorizzazione delle singole prestazioni a favore di una valorizzazione secondo specifici percorsi riabilitativi, attraverso la documentazione di progetto e programmi riabilitativi.

Fase di mantenimento

Può essere espletata attraverso un percorso che preveda trattamenti ambulatoriali o domiciliari per cicli annuali che non superino le 80 prestazioni per la cura delle patologie complesse, che richiedono la permanenza in ambiente specialistico riabilitativo dedicato e con concreta possibilità di interazione con altre discipline specialistiche, delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzatura particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

La fase di mantenimento può essere parimenti espletata in regime residenziale o semiresidenziale in RSD o a domicilio del paziente attraverso le modalità dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).