

**Progetto**

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 84/CSR del 20 aprile 2011 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2011

- 1. Regione proponente:** Regione del Veneto
- 2. Linea progettuale:** linea n. 11 Riabilitazione
- 3. Titolo del progetto:** Riabilitazione
- 4. Durata del progetto:** Pluriennale

**5. Referente**

Dr. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793526; Fax 0412793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**6 Aspetti finanziari**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2011: €1.353.207,72

**7. Impianto progettuale** (sintesi del contenuto del progetto)

Il Percorso Riabilitativo unico è il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo ed in tale ambito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è unico per ciascuna persona, stabilito dal Medico specialista in Riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti. Il PRI applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), individua la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente quando possibile, con la famiglia ed i caregiver, stabilisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Diventa quindi necessario individuare dei criteri universali che definiscano gli indicatori, gli strumenti e i setting più adeguati nel tempo, per una corretta attuazione e monitoraggio del Progetto Riabilitativo Individuale. Per stabilire correttamente il grado di necessità della persona da riabilitare, si possono valutare tre dimensioni che opportunamente combinate permettono di individuare per la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato disabilità, i setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura: la complessità clinica intesa come assessment e stratificazione dell'alto rischio clinico, la disabilità intesa come perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive e la multimorbilità intesa come insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Le diverse condizioni all'interno della stessa patologia possono corrispondere ad una crescente necessità assistenziale con un impegno equivalente di risorse, pertanto la rete riabilitativa deve consentire, a garanzia del paziente, il passaggio dinamico attraverso i diversi livelli assistenziali ed occorre che il Percorso Riabilitativo unico venga fornito alla persona disabile fin dalla fase del ricovero in acuzie. Il modello di

Governo Clinico deve garantire di fare la cosa giusta al momento giusto, nel posto giusto. In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.

La Struttura di Riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance ed è alla Struttura di Riabilitazione che devono essere dati gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili. All'interno di questa Rete riabilitativa è indispensabile che venga garantita una omogenea modalità di accreditamento delle strutture e delle attività, allo scopo di raggiungere la necessaria continuità, sostenibilità ed appropriatezza dei percorsi. I trattamenti riabilitativi erogabili sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei Livelli essenziali di assistenza, 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 e integrazioni.

I trattamenti sono erogati nelle fasi di:

- riabilitazione intensiva;
- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione;
- riabilitazione estensiva.

ed in regime di:

- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital);
- Day Service;
- assistenza extraospedaliera;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare.

Il Team è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare che è attuato in Riabilitazione da molti anni ed è composto da professionisti che possono essere ricompresi in due differenti specificità in base al percorso formativo:

- professionisti della riabilitazione, quali il Medico Specialista in Riabilitazione e i professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001;
- personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio – sanitario – assistenziale.

Inoltre a pieno titolo rientra il Caregiver, familiare o persona di riferimento coinvolto nella presa in carico della persona disabile ai fini della gestione delle sue problematiche attuali e future.

In coerenza con il principio di "presa in carico della persona" e con la necessità che sia garantito alla persona disabile ricoverata in acuzie un Percorso Riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa, devono essere curate e monitorate in ambito dipartimentale con adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza, le fasi di passaggio tra i vari setting riabilitativi ed in particolare le dimissioni protette e le "dimissioni critiche" e la necessaria continuità al domicilio o in strutture assistenziali di interventi riabilitativi (in raccordo con i MMG e i PLS, nonché con i servizi territoriali). E' a livello territoriale, nell'ambito dell'UNITA', che il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità. In questo contesto si ha la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione e diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali. In ambito territoriale occorre distinguere la fase ambulatoriale per la quale si dovrà esplicitare tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo, nonché la fase domiciliare che è indispensabile che venga implementata ma occorre precisare che il servizio deve essere riservato ai pazienti che sono impossibilitati ad accedere ai servizi ambulatoriali, e deve essere limitato al periodo di tempo con difficoltà all'accesso ambulatoriale.

Sempre a livello territoriale occorre considerare la fase residenziale extraospedaliera dove possono essere erogate attività di riabilitazione intensiva ed estensiva su pazienti che non presentano una situazione clinica tale da richiedere un ricovero in ambiente ospedaliero e che non possono essere opportunamente trattati ambulatorialmente e/o a domicilio, garantendo gli stessi standard riabilitativi previsti in ambito ospedaliero.

Si dovranno predisporre appositi percorsi appropriati per le diverse disabilità anche in considerazione della propria rete riabilitativa, nonché potranno prevedere compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la parte non sanitaria.

A livello territoriale il Piano nazionale della prevenzione (2010-2012) ha valorizzato il ruolo dell'attività fisica nel promuovere non solo il benessere nelle persone sane, ma anche l'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e disabilità, in questo rappresentando un logico e fisiologico proseguimento della riabilitazione. La riabilitazione sanitaria infatti, con i suoi interventi terapeutici riveste, un ruolo indispensabile ed insostituibile finché è presente nel paziente un possibile cambiamento attivo della funzione; oltre tale limite è, però, necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con disturbi cronici nelle quali la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità. L'AFA (Attività Fisica Adattata) per il duplice ruolo svolto nel combattere l'ipomobilità e favorire la socializzazione, appare come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di crearne uno virtuoso. L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile.

In questa particolare stagione di trasformazione del welfare e di condizionamenti economici internazionali, assume primaria importanza il tema della sostenibilità del sistema e di conseguenza la capacità del modello sanitario di utilizzare al meglio e nel modo più appropriato le risorse disponibili. Va previsto infatti, un riaggiustamento interno anche e soprattutto in termini di risorse alle macro funzioni assistenziali, che assegni maggior spazio alle attività di contrasto alla disabilità, alla medicina del territorio all'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali ed ospedaliere. Un risultato di rilievo in termini di coesione della rete, di reale continuità di presa in carico del paziente può derivare dallo sviluppo dell'ICT (Tecnologie della Comunicazione e Informatizzazione), del fascicolo personale del paziente e della portabilità dei dati attraverso una card di scopo. I sistemi informativi, ancora poco attivi nei sistemi territoriali, costituiranno uno strumento indispensabile per arricchire le informazioni sul paziente e sul sistema di cure e consentiranno inoltre di diffondere con maggior vigore le migliori pratiche e la loro diffusione.

Diventa perciò essenziale potenziare la "capacità di ricerca" in riabilitazione, intesa come il processo di sviluppo individuale e istituzionale che porta a un più alto livello di conoscenze e a maggiori abilità nel condurre una ricerca proficua. Lo sviluppo della ricerca in Riabilitazione, avvalendosi dei contributi metodologici della evidence based medicine, ha compiuto grandi progressi negli ultimi anni. Tradizionalmente il principale interesse scientifico è stato lo studio delle alterazioni fisiopatologiche e del recupero delle funzioni; più 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. La ricerca in riabilitazione ha delle peculiarità che la differenziano dalle altre discipline in quanto, ad esempio, gli outcomes sono difficili da misurare perché volti a valutare i comportamenti e non un singolo parametro biologico. In questo senso la ricerca in Medicina Riabilitativa 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.

Peraltro, essendo gli interventi in ambito riabilitativo interdisciplinari risulta difficile la valutazione di indicatori di esito trasferibili alle popolazioni in esame. Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla complessità di ogni singolo caso, che rende difficilmente applicabili le metodologie di ricerca usualmente utilizzate in altre discipline; da qui la possibile utilizzazione della metodologia del "caso singolo" purché sia stata usata la metodologia scientifica. Peraltro lo sviluppo della Ricerca riabilitativa anche in campo delle nuove tecnologie e della robotica, oltre a procurare innovative potenzialità di valutazione e trattamento, sta offrendo anche positive prospettive di misurazione e raccolta dati di funzione e di performance.

Con la D.G.R. n. 253 del 01/02/2000 la Regione Veneto ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.

Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (Provvedimento del 07/05/1998),

DGR. 2400 del 14 ottobre 2010

Descrizione Progetto Riabilitazione

Si definiscono attività di riabilitazione gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed 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 e comunicare efficacemente e soprattutto ritornare attivo ed interagente entro il proprio nucleo familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

Con la D.G.R. n. 253 del 01/02/2000 la Regione Veneto ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari. Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (Provvedimento del 07/05/1998), affronta alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:

- la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale-strutture extraospedaliere e territorio;
- il recepimento dei principi dell'OMS in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli Handicap.

L'obiettivo consiste nel consolidare, aggiornandolo, il sistema in atto per la Riabilitazione.

Il Piano di lavoro prevede:

Il completamento del flusso informativo e la gestione del sistema informatico

La definizione di linee guida in attuazione degli indirizzi ministeriali

Percorsi di formazione per la gestione del paziente nelle diverse fasi del processo di riabilitazione.