



**S. I. M. F. E. R.**  
**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**  
**The Italian Society of Physical Medicine and Rehabilitation**

**LINEE GUIDA SULLE ATTIVITA' AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE**

**Premessa**

Le attività sanitarie di riabilitazione sono costituite dagli interventi diagnostico-valutativi e terapeutici e dalle altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità, e il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

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

Nel progetto riabilitativo è contemplata l'intima connessione dei programmi di intervento sanitario con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali consentendo il re-inserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità di vita.

Le strutture ambulatoriali si collocano nel contesto della rete integrata di servizi di assistenza sanitaria riabilitativa intensiva e estensiva che prevede aree di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, extraospedaliero, strutture residenziali territoriali a ciclo continuativo e/o diurno, interventi a livello ambulatoriale, domiciliare, ciascuno con gli opportuni momenti di raccordo socio sanitario.

La graduazione della intensità degli interventi, sulla base della complessità e della durata della assistenza richiesta senza soluzione di continuità, rappresenta uno degli aspetti critici di tutto il sistema per ottimizzare l'uso e la quantità delle risorse impiegate.

Nel percorso assistenziale la funzione ambulatoriale costituisce uno dei cardini tra ospedale e territorio e tra riabilitazione sanitaria e sociale. Essa svolge un ruolo importante per completare il progetto riabilitativo, assicurare la continuità assistenziale nelle disabilità importanti e provvedere al trattamento delle patologie e menomazioni\disabilità meno gravi la cui incidenza è tuttavia rilevante.

Nel complesso è prevedibile che una aumentata efficienza del servizio ambulatoriale induca una riduzione del ricorso improprio alla assistenza ospedaliera.

**Le dimensioni del problema**

Secondo dati del Ministero della Sanità, relativi all'anno 1993, in Italia sono state erogate, sotto qualsiasi forma, 1907 prestazioni ambulatoriali di riabilitazione per mille abitanti cioè quasi due prestazioni per abitante.

Dalla stessa fonte, secondo un parziale ma più recente rilevamento, nel 1999 nel nostro Paese si sono avuti complessivamente 5.364.688 accessi negli ambulatori dei Centri di riabilitazione pari a circa un accesso ogni 11 abitanti.

**Definizione**

Per ambulatorio si intende la struttura organizzativa o luogo fisico intra o extraospedaliero, pubblico o privato accreditato, preposto alla erogazione di prestazioni di assistenza riabilitativa

(diagnostico-valutative e terapeutiche) nelle situazioni in cui il paziente da riabilitare può vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita.

## **Mandato**

In forza del DPR 14\01\97 sono classificate due tipologie di strutture ambulatoriali con mandati diversi :

- 1) I Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale ospedalieri e territoriali che svolgono attività finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito a eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi\interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione. Essi svolgono attività tariffate a norma del DM 22\07\96 come singola prestazione o somma di prestazioni nei confronti di soggetti di tutte le età, prevalentemente per menomazioni\disabilità segmentarie e\o transitorie, di norma con presa in carico sulla base di singoli programmi terapeutico riabilitativi.
- 2) I Centri Ambulatoriali di Riabilitazione si differenziano dai precedenti per la globalità del trattamento per disabilità importanti, spesso multiple e con possibili esiti permanenti e per l'azione di contenimento dell'handicap, che richiedono la presa in carico globale del disabile con la stesura di un progetto riabilitativo individuale da parte della équipe multidisciplinare medico psico pedagogica con tariffazione onnicomprensiva di norma su base oraria.

Questa distinzione non risponde a criteri di buona pratica clinica e di corretto uso delle risorse. Infatti nei Presidi si erogano prestazioni a volte di scarsa evidenza clinica di efficacia, frequentemente prescritte con insufficiente appropriatezza, pesantemente sottopagate e per l'utenza gravate dal fardello del ticket, mentre ai Centri afferiscono una quantità di trattamenti, gran parte dei quali non risponde ai criteri di appropriatezza trattandosi di interventi su disabilità stabilizzate o a lenta evoluzione spesso necessitanti di provvedimenti con valenza prevalentemente sociale. Nella pratica accade non di rado che le due tipologie di ambulatorio forniscono le stesse prestazioni ma tariffate sperequatamente in modo diverso.

Al fine di riordinare il settore si propone un mandato generale onnicomprensivo per la definizione di un unitario "Sistema ambulatoriale riabilitativo" con una articolazione tale che ogni struttura possa erogare una o entrambe le tipologie di attività individuate dal citato DPR :

"Le strutture ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività sanitarie di riabilitazione nei confronti di soggetti di tutte le fasce di età su una o entrambe le seguenti tipologie di menomazioni\disabilità :

- a) attività di riabilitazione intensiva o estensiva per disabilità importanti, spesso multiple e con possibili esiti permanenti per il cui recupero e per l'azione di contenimento dell'handicap conseguente, si richiede la presa in carico globale del disabile con la stesura di un progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi da parte del team riabilitativo interprofessionale coordinato dal medico fisiatra.
- b) attività di riabilitazione estensiva per menomazioni\disabilità segmentarie e\o transitorie di norma con presa in carico sulla base di singoli programmi terapeutico riabilitativi."

## **Funzioni**

Il servizio ambulatoriale assolve principalmente le seguenti funzioni :

- partecipa ai programmi di prevenzione primaria delle malattie a rischio disabilitante e di educazione della salute della popolazione;
- partecipa ai processi di diagnosi e cura delle malattie a rischio disabilitante per contenere l'insorgenza di danni secondari e terziari, a volte preminenti nel determinare la misura della disabilità residua. In questo senso ogni attività sanitaria sia essa preventiva, diagnostica o terapeutica, ha una valenza riabilitativa ;
- eroga assistenza sanitaria riabilitativa primaria per i soggetti affetti da patologie disabilitanti indipendentemente dalla natura della menomazione e dalla fascia di età del paziente presso i

reparti ospedalieri, presso day hospital, strutture ambulatoriali ospedaliere e territoriali, strutture protette e centri dedicati, domicilio ;

- assiste, nel caso di servizi collocati all'interno degli ospedali, individui ricoverati presso le U.O. per acuti per il recupero funzionale di disabilità e per la prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di disabilità ;
- eroga assistenza sanitaria riabilitativa per contenere il deterioramento delle capacità funzionali residue nei gravi disabili stabilizzati privilegiando gli interventi a livello periferico ;
- con riferimento alle fasce di popolazione più deboli, in particolare anziani con problemi, disabili e soggetti in età evolutiva, assicura collegamenti rispettivamente con le unità di valutazione distrettuali e le loro eventuali caratterizzazioni correlate ai bisogni, nonché con i MPLS (Medici Pediatri di Libera Scelta), la famiglia, la scuola, e il servizio di neuropsichiatria infantile e con tutte le strutture che si occupano di riabilitazione in età evolutiva ;
- esplica attività formative e informative nei confronti di altri operatori sanitari e sociali impegnati a vario livello nell'iter riabilitativo e di quanti chiamati a ricevere il disabile al termine del percorso del recupero. Vanno considerati interlocutori privilegiati in questa direzione il MMG (Medico di Medicina Generale), il MPLS, le strutture deputate all'assistenza domiciliare integrata e le strutture residenziali dedicate ai disabili ;
- partecipa alla elaborazione, alla applicazione e alla validazione dei protocolli operativo diagnostici terapeutici per le patologie di competenza riabilitativa ;
- aderisce ai protocolli provinciali e regionali per il rilevamento epidemiologico degli stati di disabilità e per l'anagrafe dei pazienti ;
- offre assistenza tecnica ai servizi deputati alla qualificazione e alla riqualificazione professionale e al servizio sociale per il reinserimento sociale e professionale del disabile e le problematiche correlate (barriere architettoniche, attestazioni di idoneità relativa e quant'altro previsto dalla L. 104\92 e dalla L. 328\00) ;
- offre assistenza tecnica per la prescrizione, il collaudo e la verifica programmata degli ausili, delle protesi e delle ortesi, meglio se coordinato con il Centro ausili della ASL di riferimento, con lo scopo di garantire la ottimizzazione dell'uso delle risorse anche attraverso una razionale e economica utilizzazione del patrimonio protesico in dotazione alla azienda.

## **Tipologie di utenza**

Per rispondere al bisogno di salute in un'ottica di miglioramento della qualità del servizio fornito e per soddisfare al meglio la utenza si raccomanda un cambiamento delle modalità di intervento riabilitativo ambulatoriale per passare da una situazione in cui, come da Nomenclatore Tariffario, si erogano semplici prestazioni, si dispensano trattamenti per di più anacronisticamente differenziati per categorie di utenza e non sempre appropriati, a una situazione di presa in carico globale dell'utente sulla base del soddisfacimento dei propri bisogni nell'ambito di progetti e/o programmi riabilitativi con l'obiettivo di volta in volta di :

- conseguire la restitutio funzionale ad integrum ;
- limitare le menomazioni e disabilità inemendabili contenendo la situazione di handicap ;
- prevenire il degrado funzionale.

Su queste premesse si possono individuare le seguenti tipologie di utenti appartenenti a qualsiasi fascia di età :

1A) utenti affetti da disabilità complesse (interessanti più segmenti e/o organi e/o apparati) 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 (team interprofessionale) e l'intervento diretto del fisiatra.

1B) utenti affetti da menomazioni\disabilità segmentarie e/o transitorie, modificabili e emendabili sulla base di un programma terapeutico riabilitativo.

- 2) 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**

Per accessibilità si intende la possibilità per la utenza di fruire tempestivamente del servizio necessario. In relazione alle risorse disponibili e in previsione della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il SSN dovrà assicurare a ogni cittadino su tutto il territorio nazionale, si raccomanda quanto segue :

- A) per l'accesso alle prestazioni è da garantire la priorità alle persone affette da menomazioni\disabilità che abbiano i caratteri della modificabilità e della importanza\complessità. E' da prevedere una priorità differita per le menomazioni\disabilità caratterizzate da non acuzie della patologia invalidante e/o che abbiano una alta incidenza sulla popolazione.
- B) secondo la vigente legislazione l'accesso alle prestazioni è diretto, su prescrizione dei MMG o dei MPLS sul ricettario unico regionale. In alternativa il MMG o il MPLS può indirizzare l'utente a visita specialistica fisiatrica con richiesta corredata dal sospetto diagnostico. Il fisiatra può prescrivere direttamente tutte le indagini ritenute necessarie per la risposta al quesito dei MMG o al MPLS e, infine, suggerisce a quest'ultimo le terapie ritenute opportune. Questa procedura, nella pratica quotidiana, si è rivelata in molti casi indaginosa e disagiata per l'utente, costretto ad un andirivieni tra i vari medici, fino a rendere difficoltosa la stessa fruizione dei servizi. Pertanto, nel superiore interesse della utenza, si forniscono le seguenti raccomandazioni :
- per tutta la casistica rientrante nel punto 1A è raccomandabile prevedere la visita dello specialista fisiatra in quanto trattasi di garantire la globale presa in carico dell'utente per tutto il percorso diagnostico - terapeutico con la formulazione di un progetto riabilitativo individualizzato ;
  - per la casistica rientrante nel punto 1B, in un'ottica di collaborazione tra specialisti, MMG e MPLS, è raccomandabile, ferme restando la autonomia decisionale dei singolo medico e il rispetto delle diverse competenze, addivenire alla stipula di accordi locali (a livello di Regione o ASL) tra fisiatri, MMG e MPLS con l'obiettivo di giungere alla formulazione di percorsi diagnostici valutativi e terapeutici nonché di protocolli condivisi per specifici problemi. Così è possibile consentire l'accesso diretto della utenza su impegnativa del MMG o del MPLS. Solo nel caso che non si abbia alcun significativo miglioramento del quadro clinico funzionale dopo un primo ciclo di terapia allora si raccomanda di avviare l'utente a visita fisiatrica ;
  - per la casistica di cui al punto 2 si raccomanda l'accesso diretto quando l'utente è trattato secondo un progetto riabilitativo di struttura e la specifica prestazione fisiatrica quando necessiti di un progetto individuale.
- C) la accessibilità deve essere garantita anche attraverso una moderna, razionale, corretta e trasparente gestione delle liste di attesa, preferibilmente tramite i Centri Unificati di Prenotazione (CUP) dove attivati.

### **Setting**

Premesso che il setting specifico per ciascuna situazione e i tempi di permanenza vanno individuati sempre all'interno delle competenze accreditate e nell'ambito del progetto e dei programmi riabilitativi, si possono definire i seguenti ambiti generali nei quali il Servizio ambulatoriale, a seconda della collocazione, svolge la propria attività :

- degenza ospedaliera presso i reparti per acuti per la prima impostazione del progetto riabilitativo e per la prevenzione dei danni secondari ;

- ambulatoriale per soggetti ambulanti o trasportabili ;
- strutture protette (RSA, case di riposo, comunità per disabili ecc.) con l'obiettivo di contribuire alla realizzazione del progetto riabilitativo di struttura e intervenire direttamente in caso di necessità di progetti individuali ;
- domiciliare preferibilmente nell'ambito dei programmi di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

### **Tipologia di personale**

In generale le figure del team interprofessionale riabilitativo, appropriate per il livello ambulatoriale, sono : il fisiatra, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, lo psicomotricista, l'educatore professionale, lo psicologo, il massoterapista, l'animatore, il tecnico ortopedico, l'assistente sociale, l'infermiere. Orientativamente si parte da un team di base composto da fisiatra, fisioterapista, logopedista e massoterapista per arrivare a team più numerosi in relazione alla presa in carico di problematiche di complessità crescente. Le componenti del team verranno comunque individuate sulla base del progetto e dei programmi riabilitativi.

In particolare la dotazione e la tipologia di personale della singola struttura debbono rispettare i seguenti criteri :

- essere in relazione alla tipologia di attività per la quale la struttura è accreditata ;
- essere adeguate al volume delle prestazioni erogate e quantificate secondo metodologie e programmi validati ;
- i titoli di studio debbono essere conformi alla legislazione vigente e ai profili professionali del comparto sanitario ;
- la autonomia professionale di ogni operatore è relativa a quanto previsto per la attuazione dello specifico programma riabilitativo e del progetto di struttura, restando dello specialista fisiatra la responsabilità del progetto individuale.

### **Sistema di tariffazione**

L'attuale sistema di tariffazione, obsoleto e inadeguato, va a privilegiare più la produzione di prestazioni sanitarie che la salute della utenza.

Per un servizio finalizzato a rispondere ai bisogni reali la remunerazione non può più essere basata sul valore della singola prestazione o somma di prestazioni, né sulla tariffa oraria ma deve rispondere ai seguenti criteri :

- prevedere la presa in carico globale della persona disabile sulla base di un progetto riabilitativo e dei programmi attuativi;
- selezionare e qualificare i prescrittori ;
- indurre una modifica dei comportamenti prescrittivi che debbono essere orientati sui problemi e rispondere a indici di appropriatezza e efficacia ;
- prevedere la giusta remunerazione in relazione all'impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche impiegate.

### **Formazione permanente**

In riferimento e nell'ambito dei criteri di accreditamento, occorre prevedere meccanismi istituzionali e programmati, di formazione di operatori professionali e medici, questi ultimi tramite i programmi di EMC.

In particolare si raccomanda che, per la funzione del fisiatra a livello ambulatoriale, deve essere prevista una formazione continua orientata per compiti di diagnosi e valutazione fisiatrica nonché di esecutore in prima persona di specifici interventi terapeutici oltreché di responsabile del progetto riabilitativo individuale e di coordinatore del team riabilitativo interprofessionale.

### **Controllo di qualità**

Tale attività ha lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni e i servizi ricevuti rispondano a standard predeterminati di qualità. Si raccomanda che la struttura ambulatoriale predisponga

procedure tali da garantire uno standard di prodotto altamente qualificato, valorizzando opportunamente le competenze professionali del medico specialista in Medicina riabilitativa e di tutti gli operatori professionali coinvolti. I livelli prestabiliti di qualità globale della prestazione debbono raggiunti, mantenuti e progressivamente migliorati. Di seguito si forniscono alcuni criteri\indicatori :

- adesione costante ai requisiti regionali di autorizzazione e accreditamento ;
- rispetto dei criteri di appropriatezza della tipologia di prestazione e del setting ;
- nell'ambito dei programmi privilegiare quelle prestazioni che hanno dimostrato evidenza scientifica di efficacia ;
- cura della formazione permanente di medici e operatori professionali ;
- verifica periodica con questionari validati del grado di soddisfazione della utenza.

### **Riferimenti legislativi e normativi**

- DM 22\07\96 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito dei SSN e relative tariffe".
- DPR 22\07\96 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale".
- DPR 14\01\97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- ° Provvedimento 07\05\98 "Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione".
- ° DPR 23\07\98 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".
- DM 20\10\98 "Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive".
- ° DM 502\92, 517\93 e 229\99 per le parti riguardanti la regolamentazione delle procedure di accreditamento provvisorio in sostituzione dei rapporti convenzionali ex art. 26\833.
- ° L. 08\11\00 n. 328 e successivi provvedimenti attuativi "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- Ogni provvedimento in materia emanato dai competenti organi locali (Regione, ASL , AO, ecc.).

**Approvato dall'Ufficio di Presidenza SIMFER a Roma il 04\12\01**

**Approvato dal Consiglio Nazionale SIMFER a Roma il 06\12\01**