

POSITION PAPER

LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI CRONICITA' E DISABILITA'

***SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
(S.I.M.F.E.R.)***

Gruppo tecnico per l'elaborazione del documento:

M. Massucci: Coordinatore

M.V. Actis

G. Arioli

P. Boldrini

D. Bonaiuti

R. Casale

A. Caserta

G. Checchia

F. Gamna

S. Gentili

G. Iolascon

B. Lombardi

S. Petrozzino

F. Zaro

SUMMARY

CRONICITÀ E DISABILITÀ VANNO SPESSO INSIEME: DATI EPIDEMIOLOGICI.

Due milioni 600 mila persone in Italia vivono in condizione di disabilità, pari al 4,8 % della popolazione (1-2). Una percentuale che raggiunge il **44,5 % nella fascia di età con più di 80 anni**. Questi dati testimoniano una trasformazione radicale dello stato di salute del nostro Paese, che impone un nuovo approccio assistenziale basato sulla necessità di garantire terapie e assistenza personalizzati e per un periodo molto lungo per milioni di cittadini (1-2). Queste necessità tenderanno ad aumentare in quanto l'Italia, per l'elevata longevità della sua popolazione, ha la più alta proporzione al mondo di popolazione ultrasessantacinquenne (circa il 20%) e l'indice di vecchiaia, cioè il grado di invecchiamento della popolazione, è passato da un valore di 87,6 del 1989 a 144,5 del 2010 (3-4) e in quanto la frequenza della **cronicità** è strettamente correlata all'invecchiamento (3).

Le Regioni che nel 2011 hanno avuto una maggiore incidenza di patologie croniche sono: Liguria (42,5%), Sardegna (42,3%), Friuli Venezia Giulia (42%), Umbria (41,3%), Emilia Romagna (41%), Toscana (40,6%), Calabria (40,3%), seguono, Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%), Veneto (39,2%) (4).

La popolazione italiana affetta da una patologia cronica è pari al 37,9%, mentre **il 20% ha almeno due patologie croniche** (4). **Il 58,7% degli ultrasessantacinquenni ha più di due malattie croniche** (5).

Molti risultati, in termini soprattutto di sopravvivenza in corso di malattie croniche, sono stati conquistati dalla medicina, ma purtroppo ancora poco si sta facendo in relazione al deficit funzionale collegato a queste condizioni.

Dalla banca dati disabilità dell'INAIL (6) infatti emerge che in Italia nel 2014 erano presenti 659.331 **persone con disabilità** (566.142 maschi e 93.169 femmine), di cui 313.216 con disabilità motoria (262.232 maschi e 50.984 femmine), 135.645 con disabilità psicosensoriale (125.605 maschi e 10.040 femmine), e 42.188 con disabilità cardiorespiratoria (37.870 maschi e 4.318 femmine). A questi casi occorre anche aggiungere i portatori di malattie degenerative disabilitanti (esito di ictus, paralisi cerebrali infantili, lesioni midollari ecc.) che con il passare degli anni, anche molto prima dei sessantacinque anni, presentano un peggioramento della disabilità per patologie croniche concomitanti.

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ: ALCUNI CHIARIMENTI.

La **“CONDIZIONE DI CRONICITÀ”** è uno stato di alterazione della salute che si protrae nel tempo, usualmente oltre i 12 mesi, dovuta ad una o più situazioni morbose, che di norma comporta limitazioni del funzionamento (disabilità) e necessità di monitoraggio e/o di interventi sanitari prolungati, di tipo continuativo od intermittente.

La/le situazioni morbose che conducono ad una condizione di cronicità possono agire in modo sinergico o indipendente nel tempo, essere reversibili o non reversibili, trasmissibili o non trasmissibili, a decorso ingravescente o stazionario o regressivo, e possono presentarsi in tutte le età.

La **PERSONA IN CONDIZIONE DI CRONICITÀ/DISABILITÀ” (CCD)** è caratterizzata da una condizione di cronicità che determina persistenti limitazioni del funzionamento (disabilità). Tali limitazioni possono essere stabili, ingravescenti o ad andamento remittente, e necessitano di monitoraggio e/o di interventi riabilitativi protratti nel tempo o permanenti.

E' noto che la sfida per la gestione delle **malattie croniche** aumenta con l'insorgenza di multiple condizioni patologiche, con lo sviluppo della disabilità e con l'età.

Nel tentativo di stratificare i pazienti in relazione al livello di complessità è stato proposto il modello della **“Chronic Conditions Management Pyramid”** che propone differenti interventi per i diversi livelli di complessità (7-8).



Alla base della piramide compaiono situazioni di persone sane in cui sono prioritari interventi di prevenzione e di promozione della salute. **Al primo livello trova posto la maggioranza dei pazienti cronici con una singola condizione o patologia** in cui l'attenzione si concentra sulle cure primarie e sui percorsi

diagnostico terapeutici assistenziali e riabilitativi per patologia. **Nel secondo livello ci sono i pazienti con pluripatologia ad alto rischio** in cui viene effettuato il “disease management”. **Il terzo livello è quello dei pazienti più complessi ed a rischio dove viene effettuata riabilitazione specialistica** e lo strumento di gestione è il “case management”. Rifacendosi al modello della “Piramide del Rischio” illustrato in precedenza, è da rilevare che tutte le condizioni di alterazione della salute individuate nei livelli 1, 2, 3 possono comportare limitazioni del funzionamento e disabilità; la probabilità e la gravità di tali limitazioni è crescente passando dal livello inferiore a quelli superiori.

Fra gli interventi necessari sul fronte della cronicità complessa risulta **indispensabile un orientamento clinico su tutti i diversi bisogni di funzionamento della persona e del suo ambiente relazionale e fisico. A questo livello si inserisce la Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR): la Medicina del Funzionamento.** Infatti, la disabilità è spesso associata a comorbidità, alla complessità, e può essere legata inoltre a fragilità, intesa come stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più aspetti funzionali (fisico, psichico, sociale) competenti (9-10). La **disabilità** in condizioni di cronicità è quindi un fenomeno complesso ed articolato che richiede interventi specifici, molteplici e sistemici, differenziati in base al contesto (11-12).

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ: MODELLI DI RIFERIMENTO ED ORGANIZZAZIONE

La gestione a lungo termine delle persone con problemi di ordine sanitario/assistenziale è uno degli aspetti cruciali che il SSN dovrà governare negli anni a venire e si realizza attraverso la **"Continuità delle Cure "o "Continuità assistenziale"**, nell'ambito delle cure primarie, in ospedale e in ambito socio-sanitario. L'obiettivo finale è l'accompagnamento del paziente nel suo percorso di cura e di vita attraverso i diversi setting con interventi preventivi e di gestione delle complicanze, di sostegno materiale, ma anche psicologico e sociale, **considerando un destino inevitabile che la cronicità porti con sé perdita delle funzioni complesse** dell'individuo, sia sul piano fisico sia sul piano mentale che sociale.

Ma cosa fa davvero la differenza per un paziente cronico? Qual è il valore aggiunto per l'ammalato in condizioni di cronicità rispetto al semplice convivere con la propria patologia accompagnato da un sistema di cura appropriato?

La persona portatrice della patologia sviluppa spesso una limitazione di “funzionamento” nella sua interazione con l'ambiente. Per esempio un paziente diabetico e anziano che vive solo con la moglie affetta da M. di Alzheimer e che a causa di una complicanza sviluppi un'ulcera del piede e per problemi posturali secondari, una lombalgia cronica e/o a causa di una sottostante insufficienza cardiaca cronica, una dispnea da sforzo, si trasforma da paziente anziano con diabete complicato a persona disabile, e la sua disabilità avrà le caratteristiche della complessità con gradi e caratteristiche poco standardizzabili. Queste dipendono dalla variabile relazione tra menomazioni e fattori personali, ambientali e sociali, non prevedibile nell'ambito del classico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Diabete.

Nel modello degli specifici **PDTA**, applicabili in tutte le situazioni omogenee dal punto di vista organizzativo e di risorse disponibili si ha infatti come fulcro di tutta l'azione **il paziente e la sua patologia.**

E' da chiedersi se lo sviluppo di questo tipo di percorsi sia sufficiente ed adeguato a dare risposta ai bisogni delle persone in condizioni di multimorbidità, cronicità e disabilità. In quale percorso (o percorsi) va inserita la persona (caso non infrequente) che presenta limitazioni del funzionamento dovute ad una patologia artrosica cronica, Malattia di Parkinson, diabete, cardiopatia ischemica e BPCO?

E' ragionevole pensare che la segmentazione dei percorsi assistenziali per patologia porti ad una frammentazione degli interventi, e ad una situazione in cui diviene estremamente difficile garantire la necessaria continuità della presa in carico. Se pertanto l'aspetto positivo dei PDTA è l'organizzazione coerente degli interventi *per una determinata patologia*, è evidente che in condizioni di pluripatologia disabilitante e di complessità vada fatta un'ulteriore azione di integrazione ed armonizzazione dei vari PDTA.

Questa prospettiva impone pertanto il superamento dell'approccio “per patologia” e dell'organizzazione delle cure “per specialità d'organo”. Per quanto attiene alle condizioni croniche e disabilitanti, la funzione di integrazione andrebbe correttamente strutturata intorno alla problematica comune della *limitazione del funzionamento.*

Tale visione appare coerente con un approccio “person-centered” e può costituire uno strumento di reale

"empowerment" per la persona in CCD (13). I principi di fondo della Medicina Fisica e Riabilitativa e le competenze di cui dispone il medico Fisiatra appaiono pienamente rispondenti a questa visione (14).

Sul piano della presa in carico individuale, lo strumento di tale integrazione è costituito dal progetto riabilitativo individuale (PRI) mentre sul piano organizzativo generale, è rappresentato dall'organizzazione dipartimentale delle attività riabilitative.

IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE: SPECIFICITÀ E RUOLO DELLA MFR

I fattori principali per dare adeguata risposta al fabbisogno riabilitativo delle persone in condizioni di Cronicità/Disabilità (CCD) sono:

- Visione centrata sulla persona, ed approccio sistemico e globale alle problematiche della persona stessa e della famiglia (o di altre persone significative del suo ambiente di vita);
- Gestione della complessità nelle sue diverse dimensioni;
- Garanzia di accessibilità ai servizi e di continuità delle cure nei diversi setting;
- Utilizzo in modo flessibile di risorse di diversa provenienza (del sistema sanitario, del sistema sociale, della comunità).

Questi aspetti sono per gran parte comuni a diversi modelli generali di gestione delle persone in condizioni di cronicità, quali ad esempio il "Chronic Care Model".

La specificità e l'efficacia della riabilitazione si basano su 5 elementi (15):

1. **precocità di intervento**
2. **facilità di accesso ai servizi**
3. **valutazione del funzionamento della persona con strumenti specifici, obiettivi "person centered"**
4. **Progetto Riabilitativo Individuale**
5. **mantenimento e supporto**

La valutazione del "funzionamento" è un elemento fondante dell'intervento del medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa e comporta l'integrazione di elementi che fanno riferimento a: dati sulla patologia o condizione di salute specifica (disease), elementi relativi alla limitazione di attività e restrizione della partecipazione sia a livello oggettivo (capacità e performance) che soggettivo (illness), fattori personali e contesto ambientale, qualità di vita e libera scelta della persona. Il modello di salute bio-psico-sociale e l'approccio proposto dalla International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) del 2001 costituiscono il riferimento basilare per questa impostazione (16).

Secondo il **Piano di Indirizzo per la Riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel Febbraio 2011** (13), il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** è lo strumento della "presa in carico dell'utente" attraverso il quale "il medico specialista in riabilitazione (responsabile clinico del paziente)" definisce insieme al team "le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi". Il PRI contiene anche "la prescrizione" ed "il collaudo degli ausili, delle protesi e delle ortesi, forniti nell'ambito del nomenclatore tariffario e verifica di efficacia ed efficienza del servizio di fornitura", elemento importantissimo nella gestione dei problemi di funzionamento dell'individuo nel proprio contesto.

Sempre il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione prevede per la persona con disabilità un "continuum assistenziale" che si basa sui principi del governo clinico (accessibilità, tempestività, continuità, appropriatezza, verifica di efficacia ed EBM, coinvolgimento attivo dell'utente) e si concretizza nel "**percorso riabilitativo unico**" integrato in appropriati "luoghi di cura".

Anche nelle future rimodulazioni della rete dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria ai soggetti in condizione di cronicità, dovranno essere rispettati i principi fondanti della stratificazione del bisogno riabilitativo in termini di disabilità, quelli del lavoro in team, dell'approccio olistico alla persona nell'ottica del modello bio-psico-sociale (17).

Il **team** riabilitativo ed il fisiatra, specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa, quale responsabile della presa in carico "globale" della persona con disabilità, sintetizzano diagnosi e prognosi riabilitativa, gestiscono la complessità individuale, formulano il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e definiscono Programmi

individuali di trattamento (pri), fino al raggiungimento dei risultati prefissati e delle eventuali successive indicazioni.

Da tutto ciò naturalmente derivano per il fisiatra **fondanti elementi di “peculiarità” rispetto ad altri Specialisti**. Egli parte dalla conoscenza della situazione clinica (diagnosi principale e secondarie, comorbidità, prognosi clinica, fattori di rischio) del paziente, ottenuta anche con l’ausilio di altri specialisti d’organo e spesso collaborando con essi, e poi si concentra sul proprio specifico della valutazione del “funzionamento”.

Tipicamente, il PRI può essere schematizzato in un processo circolare o **Rehab-cycle** (16), che per metodologia fa riferimento al modello bio-psico-sociale dell’International Classification of Functioning. Molto schematicamente, le fasi sono:

1. valutazione iniziale
2. assegnazione dei compiti e obiettivi per singoli professionisti
3. intervento dei singoli professionisti
4. valutazione dei risultati dei singoli interventi, valutazione dei risultati globali del PRI.

In una fase di cronicità, il **Fisiatra può intervenire sia in modo preventivo che dopo l’insorgenza di una limitazione funzionale**. Egli, partendo dalla situazione clinica della persona, valuta il funzionamento attuale e identifica il potenziale residuo fisico, mentale e sociale utile per il recupero dell’autonomia e della partecipazione, svolge il ruolo di coordinatore del team, garantendo tramite il PRI una adeguata gestione clinica, riabilitativa e sociale dei problemi del paziente con CCD.

Quando il deficit di “funzionamento” viene risolto o viene raggiunta la massima potenzialità per il paziente nel suo percorso di malattia, il **ruolo del Fisiatra e del team riabilitativo è di sorveglianza**, di monitoraggio delle performances (respiratorie, motorie, cognitive, ecc.) e non più di intervento, fino a quando, eventualmente, nuovi bisogni dovuti all’evolvere della disabilità, a diversi contesti di vita, ecc., vengono alla luce.

Il **medico specialista in MFR coordina attività diverse a seconda del momento di malattia** (13, 15, 21-22) ed **a è garante della sicurezza degli interventi del team riabilitativo**. Infatti conoscendo la severità delle malattie e le interazioni tra queste e gli interventi di MFR (es. l’esercizio terapeutico, l’utilizzo di ortesi, l’assunzione di farmaci), può evitare interferenze con i trattamenti specifici per la malattia ed assicurare la sicurezza del paziente (23-24).

L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE

Il Dipartimento di Riabilitazione rappresenta il modello organizzativo in grado di garantire la qualità clinica ed organizzativa dell’intero percorso e l’integrazione delle diverse tipologie di setting ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale. Le finalità, le caratteristiche e le modalità operative del Dipartimento di Riabilitazione sono state descritte in documenti prodotti dalla Società Scientifica SIMFER, ed in diversi provvedimenti normativi di carattere nazionale e regionale (13, 25-29).

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-13, riporta: “E’ a livello territoriale, nell’ambito del Dipartimento, che il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità”. Il richiamo a promuovere questo modello è contenuto nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione 2011: “In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali e riabilitativi ... nell’ambito di diverse tipologie di setting ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale, appare indispensabile un’organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione...”

Nei singoli ambiti territoriali, l’impegno organizzativo prioritario del Dipartimento di riabilitazione è:

- costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra i vari attori del sistema della rete di riabilitazione;
- progettare e costruire i segmenti carenti del percorso;
- monitorare e salvaguardare i requisiti minimi di accreditamento (risk management per criticità di risorse di struttura, organizzative e di processo);

- condividere tra i vari attori del sistema dei servizi un codice etico per la tutela delle situazioni di maggior criticità e per un utilizzo equo delle risorse per il bene comune”.

I SETTINGS PER LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI CRONICITÀ E DISABILITÀ

Gli interventi riabilitativi a lungo termine possono essere effettuati in strutture degenziali (*inpatient institution*), strutture residenziali extraospedaliere, o ambulatoriali/territoriali (*outpatient institution*) con varia graduazione della tipologia e del timing degli interventi a seconda della tipologia e gravità della disabilità dei pazienti. La modalità della riabilitazione estensiva è dedicata alle persone con residue potenzialità di recupero che non riescono a sopportare interventi di tipo intensivo per età e comorbidità. Essa può essere erogata in strutture ospedaliere ed extraospedaliere. Per i servizi ambulatoriali (*outpatient services*) è infine prevista una doppia tipologia: servizi per casi complessi con disabilità multipla in cui è necessaria l'erogazione di diversi programmi da parte di un team dedicato; servizi per casi non complessi di diversa origine che necessitano di singoli programmi riabilitativi. Nelle future rimodulazioni della rete dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria per le persone in CCD dovranno essere rispettati i principi fondanti della stratificazione del bisogno riabilitativo in termini di disabilità, dell'approccio olistico e multiprofessionale alla persona e del modello bio-psico-sociale (17).

LA RIABILITAZIONE SU BASE COMUNITARIA E L'ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

Gli interventi di riabilitazione sanitaria per la persona con CCD nel contesto territoriale si debbono integrare con gli interventi riabilitativi a valenza sociale, focalizzati sulla dimensione della “Partecipazione” secondo la classificazione ICF. In questo ambito si inscrivono le attività ricomprese nella cosiddetta riabilitazione su base comunitaria (Community Based Rehabilitation, CBR). Altro settore di particolare rilevanza è quello della promozione di stili di vita attivi per le persone in condizioni di CCD, con gli obiettivi di: contrastare l'evolversi delle menomazioni disabilitanti, mantenere i livelli di attività/autonomia consentiti dalle patologie e raggiunti a seguito degli interventi riabilitativi sanitari, facilitare la partecipazione e l'integrazione sociale. In questa prospettiva, i programmi di Attività Fisica Adattata (AFA), nelle loro varie forme, già diffusi in una parte del territorio nazionale, appaiono una modalità adeguata (27).

Le caratteristiche delle persone con CCD che debbono orientare l'individuazione dei setting appropriati per gli interventi riabilitativi sono:

- Problematiche di salute e limitazioni del funzionamento a decorso protratto
- Maggior rischio di instabilità clinica rispetto alla popolazione generale; maggiore vulnerabilità e minore capacità di resilienza rispetto alle conseguenze di eventi morbosi intercorrenti e
- Probabilità di decorso variabile con aggravamenti o remissioni
- Ruolo rilevante dei fattori ambientali come facilitatori o barriere rispetto all'autonomia

Tali caratteristiche rendono necessario che alle persone con CCD sia garantita la possibilità di accesso a tutti i setting riabilitativi ed il passaggio tra diversi setting in funzione della tipologia di bisogno nella specifica fase temporale del decorso clinico e dello stato funzionale.

Una tabella riassuntiva dei criteri generali di appropriatezza per l'accesso ai diversi setting è riportata in Allegato.

I COSTI DELLA RIABILITAZIONE.

La riabilitazione può essere considerata un intervento apparentemente costoso, perché fonda la propria specificità sull'intervento interdisciplinare in team. Soprattutto nei casi “complessi” implica: più tempo dedicato da parte del Fisiatra e da parte degli operatori del team, maggiore esperienza clinica, più interventi orientati a diversi fattori e che richiedono quindi ancora maggiore tempo e competenze per la coordinazione (30).

Ad ogni modo è **ben documentato in letteratura che la riduzione della disabilità si traduce in una riduzione dei costi sanitari e sociali ben maggiore della spesa riabilitativa che ciò comporta** (31).

Pertanto, **un intervento specifico per la disabilità come quello dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa**, per disegnare un appropriato percorso terapeutico e riabilitativo nei diversi setting attraverso misure specifiche di complessità dei casi (RCS, INTERMED, ecc.) e dei percorsi, è soprattutto attualmente un **necessario investimento per il Paese** (32).

PROGRAMMI DELLA MFR SULLA CRONICITÀ NEI PROSSIMI ANNI

- Promozione della logica di *presa in carico*, al posto del *sistema prestazionale*, della persona disabile in stato di cronicità
- Integrazione dei percorsi ospedale-postacuzie-territorio e collegamento fra reti locali territoriali di servizi
- Sviluppo di modelli innovativi di gestione della disabilità in condizioni di cronicità centrati sul territorio e sull'ottimizzazione delle risorse
- Contributo alla formazione e addestramento del paziente e dei caregivers

BIBLIOGRAFIA

1. 1^A Conferenza Italiana sull'accesso alle Cure nelle malattie croniche - ROMA 21 Settembre 2010.
2. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4° Rapporto (2012) N.N.A (Network non autosufficienza). Rapporto promosso dall'IRCCS - INCRA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento.
3. X° Rapporto Nazionale sulle Politiche per la cronicità – Cittadinanza attiva – Il Sole 24 Ore 30/9/2012.
4. National Institute for Statistics. Italian Statistics 2013, Rome: national Institute for statistics 2014.
5. National Institute for Statistics. Italian Statistics 2015. Rome: National Institute for Statistics; April 27th, 2015.
6. Banca dati disabilità – In: www.INAIL.it Banche dati Statistiche pg.6 ; 31/12/14.
7. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2008;1(1):1–8.
8. Department of Health. Improving Chronic Disease Management. 2004. Disponibile su: [//www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalasset/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalasset/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf)
9. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:255-63.
10. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. J Am Med Dir Assoc., 2010;11:338-43.
11. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO Global Report. World Health Organization; 2005.
12. Pope A, Tarlov A. Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention. Institute of Medicine (U.S.) Committee on a National Agenda for the Prevention of Disabilities. Washington, DC: National Academy Press; 1991.
13. Ministero della Salute. Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n.50, 2011.
14. Groote PM, Bickenbach JE, Gutenbrunner Ch. The world report on disability implications perspectives and opportunities for physical and rehabilitation medicine (PRM). J Rehabil Med 2011;43:869-75.
15. Takáč P, Petrovičová J, Delarque A, Stbrant Sunnerhagen K, Neumann V, Vetra A, Berteanu M,

- Christodoulou N. Position Paper on PRM and persone with long term disabilities. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014;50:453-64.
16. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44:329-42.
 17. Delarque A, Michail X, Christodoulou N. The action plan of UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board 2008-2010. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009;45:265-70.
 18. Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008 Sep;44(3):303-13.
 19. Stucki G, Kostanjsek N, Ustün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008 Sep;44(3):315-28.
 20. Ward A, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, Berteau M, Christodoulou N. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *J Rehabil Med*. 2012 Apr;44(4):289-98.
 21. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe – Section of PRM of UEMS Union Europeenne des Medecins Specialistes , The European Board of Phys and Rehab Medicine 2006.
 22. Momsen AM, Rasmussen JO, Vinther Nielsen C, Iverse MD, Lund H: Multidisciplinary team care in rehabilitation: AN Overview of reviews, *Journal of Rehabilitation Medicine*, Volume 44, Number 11, November 2012, pp. 901-912(12).
 23. Hoffman MD, Sheldahl LM, Kraemer JW. Therapeutic exercise. In: DeLisa JA, Gans BM, Wals NE, Bockenek WL, Frontera WR et al. Editors. *Physical medicine and Rehabilitation: principles and practice*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 24. Brian M. Kelly. DeLisa's *Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice*. *JAMA*. 2011;306(2):214-215.
 25. Documento SIMFER – Dipartimento di Riabilitazione: come completare la rete delle attività del progetto riabilitativo individuale dall'intensività ospedaliera al domicilio *Gior. Ital. Med. Riab.* 2012; suppl. al n.2.
 26. Boldrini P. I Dipartimenti di Riabilitazione: una risorsa per migliorare i servizi e un'opportunità per la fisioterapia italiana – *Gior. Ital. Med. Riab.* 2012; suppl. al n.2-3
 27. Documento SIMFER - Le attività territoriali alla luce del Piano di Indirizzo della Riabilitazione. *Gior. Ital. Med. Riab.* 2012 Aprile;26(1):2-10.
 28. Piano Sanitario Nazionale 2011-13.
 29. Regione Puglia - Regolamento Regionale n. 6 del 4 marzo 2013 sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.
 30. Jackson D, McCrone P, Turner-Stokes L. Costs of caring for adults with long term neurological conditions. *J Rehabil Med* 2013; 45: 653-661.
 31. Bernard S, Aspinall F, Gridley K, Parker G. Integrated policy making in England for adults with long-term neurological conditions (LTNCs): some preliminary findings from a scoping study. *Int J Integr Care*. 2008 Jul 14;8:e60.
 32. Wade D. Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of illness. *Clin Rehabil*. 2011 May;25(5):387-95.

Allegato - Criteri generali di individuazione dei setting per gli interventi riabilitativi per le persone in CCD

SETTING	Criteri di appropriatezza di accesso per persone in Condizioni di Cronicità/Disabilità (CCD)	Razionale dell'intervento riabilitativo nei differenti setting
UU.OO. ospedaliere per acuti	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio di riacutizzazione o aggravamento di una condizione morbosa preesistente che già contribuiva alla condizione di cronicità e/o • Insorgenza di una condizione morbosa non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD 	<i>La persona in CCD è esposta a maggior rischio di esiti disabilitanti dopo un evento acuto intercorrente; i setting ospedalieri per acuti necessitano di supporto riabilitativo specialistico per la loro corretta gestione. L'intervento riabilitativo in tale setting ha gli scopi di effettuare un bilancio dell'impatto della patologia acuta sul preesistente quadro di CCD; cooperare alla prevenzione/contenimento delle complicanze secondarie; definizione dell'eventuale percorso riabilitativo in fase di post-acuzie e del relativo setting.</i>
Degenza riabilitativa ospedaliera ordinaria di tipo intensivo cod. 56	<ul style="list-style-type: none"> • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa preesistente che già contribuiva alla condizione di cronicità e/o • Sequele di una condizione morbosa non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD e • Possibilità di recupero funzionale rispetto alla condizione precedente il recente episodio con interventi di tipo intensivo e • Necessità di assistenza medico infermieristica h24 	<i>In caso di ricovero in una UO per acuti per riacutizzazione o nuova insorgenza, l'eventuale accoglimento in degenza riabilitativa è in continuità rispetto all'evento indice e rispetta i criteri di appropriatezza generali per il cod. 56. La persona con CCD tuttavia può presentare anche un rilevante aggravamento funzionale a seguito di esacerbazione o di comparsa di nuova patologia che non dà luogo ad un episodio di ricovero; si tratta comunque di un evento indice che, adeguatamente documentato nelle sue conseguenze funzionali, può appropriatamente necessitare di ricovero in cod. 56. E' appropriato destinare una quota di ricoveri/giornate di degenza cod. 56 a questo profilo di bisogno</i>
Degenza riabilitativa ospedaliera ordinaria di tipo estensivo cod. 60	<ul style="list-style-type: none"> • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa preesistente che già contribuiva alla condizione di cronicità e/o • Sequele di una condizione morbosa non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD e • Possibilità di recupero funzionale rispetto alla condizione precedente il recente episodio con interventi di tipo estensivo e • Necessità di assistenza medico infermieristica h24 	<i>In caso di ricovero in una UO per acuti per riacutizzazione o nuova insorgenza, l'eventuale accoglimento in degenza riabilitativa è in continuità rispetto all'evento indice e rispetta i criteri di appropriatezza generali per il cod. 60. La persona con CCD tuttavia può presentare anche un rilevante aggravamento funzionale a seguito di esacerbazione o di comparsa di nuova patologia che non dà luogo ad un episodio di ricovero; si tratta comunque di un evento indice che, adeguatamente documentato nelle sue conseguenze funzionali, può appropriatamente necessitare di ricovero in cod. 60 E' appropriato destinare una quota di ricoveri/giornate di degenza cod. 60 a questo profilo di bisogno</i>
Degenze riabilitative ordinarie di alta specializzazione codd. 75, 28	<ul style="list-style-type: none"> • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa specifica preesistente (GCA, Mielolesione) che già contribuiva alla condizione di cronicità, isolatamente o in associazione ad altre condizioni morbose e/o • Sequele di una condizione morbosa non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla condizione morbosa specifica (GCA, Mielolesione) e • Possibilità di recupero funzionale rispetto alla condizione precedente il recente episodio con interventi di tipo intensivo e • Necessità di assistenza medico infermieristica h24 	<i>Le persone che presentano le sequele permanenti e disabilitanti di Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) o Mielolesione (ML) si configurano come persone in CCD; possono necessitare di accoglimento in ambiente riabilitativo intensivo di alta specializzazione in presenza delle condizioni descritte, sia che esse abbiano dato luogo a un precedente ricovero in UO per acuti, sia in presenza di riacutizzazione di condizione morbosa specifica (es. aumento di spasticità in GCA o ML) o di acuzie intercorrente adeguatamente documentati nelle loro conseguenze funzionali. E' appropriato destinare una quota di ricoveri/giornate di degenza codd. 28 o 75 a questo profilo di bisogno</i>
Degenza riabilitativa ospedaliera in regime di ricovero diurno codd. 56 28 75	<ul style="list-style-type: none"> • Valgono le medesime indicazioni della degenza riabilitazione ordinaria, eccetto che per la assenza di necessità di assistenza medico infermieristica h24 e la possibilità di trasporto della persona 	
Strutture riabilitative ospedaliere per CDD in età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa preesistente che contribuisce alla condizione di cronicità e/o • Sequele di una condizione morbosa non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD e • Possibilità di recupero funzionale rispetto alla condizione precedente il recente episodio con interventi di tipo intensivo e 	<i>Il peculiare spettro di bisogni del bambino affetto da condizioni morbose disabilitanti ad andamento protratto, in cui le conseguenze della/e patologia/e possono condizionare le diverse fasi dello sviluppo, può rendere necessario l'accoglimento in degenza riabilitativa ospedaliera, specie nei casi di potenziale instabilità clinica, anche qualora non vi sia stato un precedente ricovero presso UO per acuti.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di assistenza medico infermieristica h24 	
Strutture riabilitative ambulatoriali Centri Amb. di Riabilitazione	<ul style="list-style-type: none"> • Progressiva perdita funzionale (in atto od altamente probabile) in persona con CCD dovuta o all'aggravarsi delle condizioni morbose croniche e/o all'età o all'insorgenza di nuove condizioni morbose e/o • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa preesistente che contribuisce alla condizione di cronicità e/o • Sequele di una condizione morbosa acuta, non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD 	<i>Rappresentano uno dei setting maggiormente appropriati per la gestione della maggior parte delle problematiche della persona in CCD; di norma la presa in carico è svolta secondo i criteri di trattamento del "caso complesso" come definito dal Piano di Indirizzo; il PRI include trattamenti riabilitativi di tipo terapeutico, con una componente addestrativa/educativa e informativa, rivolta sia alla persona in CCD che ai famigliari/caregiver nonché interventi sui fattori ambientali (assistenza protesica, altri fattori ambientali) in forte integrazione con le attività assistenziali erogate a livello distrettuale e con gli interventi del MMG</i>
Strutture riabilitative ambulatoriali Presidi Ambulatoriali di MFeR	<ul style="list-style-type: none"> • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa preesistente che contribuisce alla CCD e/o • Sequele di una condizione morbosa acuta, non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD 	<i>Le indicazioni e le modalità di trattamento in questo setting sono analoghe a quelle relative a casi non complessi con condizioni di patologie disabilitante transitoria e reversibile (del tutto o in parte)</i>
Domicilio e comunità	<ul style="list-style-type: none"> • Persone in CCD in situazione di relativa stabilità clinica, con rischio di deterioramento del quadro funzionale in assenza di monitoraggio e/o intervento o • Persone in CCD recentemente reinserite al domicilio dopo un periodo di ospedalizzazione o di accoglienza in struttura protetta e • Livello di autonomia (functioning) compatibile con la permanenza al domicilio, anche grazie all'eventuale presenza di fattori ambientali facilitanti 	<i>Rappresenta uno dei setting maggiormente appropriati per la gestione riabilitativa a lungo termine della maggior parte delle problematiche della persona in CCD; di norma la presa in carico riabilitativa è di tipo estensivo, e comprende un monitoraggio della situazione funzionale, eventuali interventi terapeutici con una componente addestrativa/educativa e informativa, rivolta sia alla persona in CCD che ai famigliari/caregiver, nonché interventi sui fattori ambientali in forte integrazione con le attività assistenziali erogate a livello distrettuale e con gli interventi del MMG. In questo setting sono da collocare gli interventi di riabilitazione su base comunitaria (CBR) indirizzato non solo al funzionamento ma anche alla partecipazione sociale</i>
Strutture extraospedaliere di tipo intermedio; altre strutture residenziali di riabilitazione e/o assistenza	<ul style="list-style-type: none"> • Persone in CCD in situazione di relativa stabilità clinica, senza necessità di assistenza medico infermieristica continuativa, con rischio di deterioramento del quadro funzionale in assenza di monitoraggio e/o intervento e/o • Sequele di un episodio di riacutizzazione di una condizione morbosa preesistente che già contribuiva alla condizione di cronicità • Sequele di una condizione morbosa non preesistente, di interesse medico e/o chirurgico, che si sovrappone alla CCD e • Possibilità di recupero funzionale rispetto alla condizione precedente il recente episodio con interventi di tipo estensivo • Persone in CCD recentemente dimesse dopo un periodo di ospedalizzazione e • Livello di autonomia (functioning) non compatibile con la permanenza al domicilio, anche in presenza di eventuali fattori ambientali facilitanti. 	<i>Rappresentano un altro setting appropriato per la gestione riabilitativa a lungo termine della maggior parte delle problematiche della persona in CCD; di norma la presa in carico riabilitativa è di tipo estensivo e comprende un monitoraggio della situazione funzionale, eventuali interventi terapeutici con una componente addestrativa/educativa e informativa, rivolta sia alla persona in CCD che ai famigliari/caregiver, nonché interventi sui fattori ambientali in forte integrazione con le attività assistenziali erogate a livello distrettuale e con gli interventi del MMG.</i>