

Sanità Pubblica e Privata

Rivista di diritto, economia e management in sanità

Rivista
fondata nel
1987

Direttore responsabile
Manlio Maggioli

Direttore
Fabio Roversi-Monaco
Professore ordinario di Diritto
amministrativo nell'Università di Bologna

Condirettore
Davide Croce
Direttore CREMS
LIUC – Università Cattaneo

Comitato scientifico

Sezione giuridica

Aldo Bardusco – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Milano

Marzio Branca – Consigliere di Stato

Giuseppe Caia – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Luigi Carbone – Consigliere di Stato

Guido Carpani – Direttore generale Ufficio della segreteria generale Presidenza della Repubblica

Fabio Cintioli – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università San Pio V di Roma Segretario generale Autorità garante della concorrenza e del mercato

Rosario Ferrara – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

Carlo Emanuele Gallo – Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Torino

Giuseppe Morbidelli – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"

Antonio Romano Tassone – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Messina

Franco G. Scoca – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"

Ernesto Sticchi Damiani – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce

Mario Luigi Torsello – Consigliere di Stato

Redazione

Carlo Bottari, Antonio Carastro, Claudia Corbetta, Paolo De Angelis, Paco D'Onofrio e Silvia Marzot

SPISA – Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Università di Bologna
Via Belmeloro, 10 – 40126 Bologna
tel. 051.2094050 – fax 051.2094060

Sezione economia e management

Ugo Luigi Aparo – Direttore Sanitario IRCCS IDI Istituto Dermopatico dell'Immacolata – Roma

Giuseppe Banfi – Professore di Biochimica Università degli studi di Milano e Direttore Scientifico IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi – Milano

Renato Botti – Socio e Amministratore Delegato di Telbios S.p.A.

Angelo Carezzi – Presidente Fondazione Istituto Insubrico di Ricerca per la Vita, Gerenzano (VA)

Ranieri Guerra – Addetto scientifico all'Ambasciata d'Italia in Washington

Roberto Walter Dal Negro – Direttore dell'U.O.C. di Pneumologia e del Dipartimento di Medicina Specialistica – ULSS 22 Regione Veneto

Aldo Pagni – Fondatore SIMG Società Italiana di Medicina Generale e già Presidente FNOMCeO – Firenze

Gianfranco Rebora – Direttore dell'Istituto di Economia Aziendale, LIUC – Università Cattaneo

Renato Ruffini – Professore Associato di Economia Aziendale LIUC – Università Cattaneo

Antonio Emilio Scala – Rettore dell'Università Vita-Salute S. Raffaele e Docente presso la Facoltà di Medicina

Federico Spandonaro – Docente Facoltà di Economia e Coordinatore CEIS-Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Redazione

Antonio Sebastiano (Caporedattore), Marzia Bonfanti, Emanuela Foglia, Roberto Pigni, Emanuele Porazzi, Umberto Restelli, Francesca Scolari, Anna Vanzago

CREMS – Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale
LIUC – Università Cattaneo
Corso Matteotti, 22 – 21053 Castellanza (VA)
tel. 0331.572340 – fax 0331.572513
e-mail: crems@liuc.it

Diritto

- 5** **Responsabilità medica e ruolo delle Linee Guida dopo la riforma Balduzzi: uno sguardo critico**
Luca Dimasi
- 13** **L'impatto giuseconomico e comparatistico del brevetto biotecnologico o chimico-farmaceutico**
Federica Balzani

Economia e Management

- 33** **Analisi dell'intersezione tra patologia cardiovascolare e renale quale rationale per l'organizzazione di un'area di degenza cardio-nefrologica in un ospedale per intensità di cure**
Marco D'Amico, Carlo Campana, Claudio Minoretti, Roberto Caronno, Tiziana Bosio, Domenico Pellegrino, Fabio Banfi, Giuseppe Brazzoli, Marco Onofri
- 42** **I principali strumenti di *management* delle strutture riabilitative a confronto**
Giacomo Francesco Forte, Serena Filoni
- 56** **Gestione manageriale del paziente HIV+ e valutazione della *performance* dei regimi terapeutici: la proposta di uno strumento *evidence-based***
Francesca Scolari, Davide Croce
- 64** ***Management Pills***
Sicurezza e innovazione: come imparare dagli errori
a cura del CREMS

Esperienze in vetrina

- 69** **La gestione delle liste d'attesa per le attività di ricovero ospedaliere: l'esperienza dell'ASL Napoli 1 centro**
Rosario Lanzetta, Vincenzo Giordano, Angela Russo, Fabio Savoia, Raffaele Palladino, Rossella Bellopede, Maria Elena Porciello, Carlo Sommonte, Immacolata Cascegnà, Marco Papa, Antonella Guida, Ernesto Esposito

Giurisprudenza commentata

- 82** **Il rapporto di Servizio dei medici generici in formazione e la responsabilità erariale: sussiste il danno erariale nel caso di espletamento dell'attività libero professionale? (Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per il Veneto, n. 1096/2012)**
Commento a cura di Ilaria del Giglio

Uno sguardo ai numeri

- 114** **Chi primo arriva meglio alloggia?**
a cura del CREMS
- 117** **Recensioni** *a cura del CREMS*
-

Hanno collaborato a questo numero

Federica Balzani

Dottore in Giurisprudenza nell'Università di Bologna

Fabio Banfi

Direzione dipartimento org.ne sanitaria – piattaforme produttive, Ospedale Sant'Anna di Como

Rossella Bellopede

Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli

Tiziana Bosio

Sistemi Informativi, Ospedale Sant'Anna di Como

Giuseppe Brazzoli

Direzione Sanitaria, Ospedale Sant'Anna di Como

Carlo Campana

SC Cardiologia, Ospedale Sant'Anna di Como

Roberto Caronno

SC Chirurgia generale indirizzo vascolare, Ospedale Sant'Anna di Como

Immacolata Cascegna

Tecnico Informatico G.P.I.

Davide Croce

Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale (CREMS), LIUC – Università Cattaneo, Castellanza

Marco D'Amico

SC Nefrologia-Dialisi, Ospedale Sant'Anna di Como

Ilaria del Giglio

Dottore in Giurisprudenza – Università degli Studi di Verona – Bologna

Luca Dimasi

Collaboratore alla Cattedra di Diritto Sanitario e di Diritto Costituzionale nell'Università degli Studi di Bologna

Ernesto Esposito

Direttore Generale ASL Napoli 1 Centro

Serena Filoni

Direttore Sanitario Presidio "Gli Angeli di Padre Pio" – Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus

Giacomo Francesco Forte

Dirigente Aziendale – Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus

Vincenzo Giordano

Assistente Amministrativo D.A.O. ASL Napoli 1 Centro

Antonella Guida

Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro

Rosario Lanzetta

Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro

Claudio Minoretti

SC Nefrologia-Dialisi, Ospedale Sant'Anna di Como

Marco Onofri

Direzione Generale, Ospedale Sant'Anna di Como

Raffaele Palladino

Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli

Marco Papa

Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro

Domenico Pellegrino

Direzione dipartimento medico, Ospedale Sant'Anna di Como

Maria Elena Porciello

Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli

Angela Russo

Assistente Amministrativo D.A.O. ASL Napoli 1 Centro

Fabio Savoia

Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli

Francesca Scolari

Ricercatore CREMS – Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, LIUC – Università Cattaneo, Castellanza

Carlo Sommonte

Direttore U.O.C. Sistemi Informatici ASL Napoli 1 Centro

I principali strumenti di *management* delle strutture riabilitative a confronto

Giacomo Francesco Forte *, Serena Filoni **

Oggi, in un'epoca di *spending review* anche in Sanità, la medicina riabilitativa sta vivendo un momento di particolare attenzione. È diventato improcrastinabile definire, con maggior precisione possibile, l'appropriatezza del trattamento riabilitativo, la sua efficacia ed efficienza e il suo percorso integrato in rete.

Un *manager* esperto deve conoscere compiutamente tutti gli strumenti gestionali delle strutture riabilitative per poterne curare la realizzazione e l'autorizzazione all'esercizio, l'accreditamento, gli accordi contrattuali e la supervisione dell'intera gestione, nel rispetto di tutte le normative e regolamenti che questi passaggi obbligatori richiedono.

Il presente studio ha analizzato, riordinandoli, gli strumenti principali di gestione e il quadro normativo di riferimento, badando alla gerarchia delle fonti ed evitando la riproposizione di norme sospese o superate da atti successivi.

Introduzione

In questa particolare stagione di trasformazione del *welfare* del nostro Paese 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.

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati dalle strutture pubbliche e private sono quelli previsti dal vigente d.P.C.M. di definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Today, in a spending review era in health system too, rehabilitation medicine is experiencing a special consideration moment. In fact it has become important to define with great precision as possible, the appropriateness of rehabilitation treatment, its effectiveness and efficiency and its path integrated in a network. An experienced manager must know exactly all the management tools of rehabilitation facilities to be able to take care of the construction and the operating authorization, accreditation, contractual arrangements and overseeing the entire operation in compliance with all applicable laws and regulations requiring these steps as necessary. The present study investigated, reordering, the main tools of management and the regulatory frameworks, taking care of the hierarchy of sources and avoiding the repetition of rules which have been suspended or superseded by subsequent acts.

Parole chiave

Gestione della riabilitazione, accreditamento, Linee guida per la riabilitazione, dotazione di personale

Key words

Management of rehabilitation, accreditation, guidelines for rehabilitation, staffing

(*) Dirigente Aziendale – Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus.

(**) Direttore Sanitario Presidio "Gli Angeli di Padre Pio" – Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus.

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

Mai come oggi il *management* delle strutture riabilitative ha la necessità di conoscere tutti gli strumenti a disposizione per poter operare al meglio e districarsi agevolmente tra la miriade di riferimenti normativi nazionali e regionali che forniscono importanti indicazioni gestionali e operative.

Gli specialisti del settore, questo, lo hanno compreso già da tempo e stanno spingendo le istituzioni universitarie, le associazioni professionali e gli enti formativi a intervenire in tal senso perché offrano, agli interessati, le competenze necessarie a una gestione più efficiente e di qualità delle strutture riabilitative.

Obiettivo di questo studio è cercare di colmare, nel frattempo, tale *gap* fornendo gli strumenti principali del *management* delle strutture riabilitative dopo aver operato una revisione degli stessi, analizzati e posti a confronto. Con questo lavoro si intende, così, individuare ed evidenziare le significative differenze dei servizi sanitari riabilitativi, delle modalità di assistenza e degli obiettivi perseguiti dalle strutture di riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera e, soprattutto, fornire al lettore una bibliografia normativa completa e, in parte, irreperibile attraverso i canali di ricerca più in uso.

Linee guida 1994 e circolare ministeriale 7 giugno 1984

La nota ministeriale 5 aprile 1994, n. 5340, comunemente chiamate Linee guida per la riabilitazione n. 2/1994, si riferisce alle Linee guida sugli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale ovvero ai presidi di esclusiva appartenenza al Sistema Sanitario extraospedaliero.

Esse, contengono una serie di indirizzi che vanno dagli aspetti strutturali generali degli Istituti, ai problemi della localizzazione, agli aspetti tipologici, edilizi e dimensionali, all'organizzazione degli spazi, all'organizzazione del personale e alle modalità per la determinazione dei costi soprattutto per quanto riguarda il secondo livello di intervento riabilitativo.

Le Linee guida distinguono gli Istituti residenziali dai Centri che erogano prestazioni semiresidenziali, ambulatoriali, extramurali e/o domiciliari.

Esse, inoltre, operano una distinzione in base all'in-

tensità dei trattamenti erogati e, quindi, tra gli Istituti che erogano prestazioni in fase intensiva *post-acuta* per i quali sarebbe necessaria un'organizzazione in sezioni specialistiche (neurologia, ortopedia, neuropsichiatria infantile, psichiatria, geriatria, cardiologia e pneumologia) dagli Istituti e/o i Centri che, pur operando in fase *post-acuta* con un elevato grado di tutela sanitaria e con tecniche riabilitative finalizzate al massimo recupero funzionale e al mantenimento della funzionalità acquisita, non necessitano di sezioni specialistiche.

Per queste ultime però viene raccomandato di praticare l'adozione di *standard* e rette differenziate a seconda della gravità delle menomazioni e dell'onerosità dell'intervento riabilitativo richiesto (particolarità già adottata dalla circolare ministeriale del 7 giugno 1984 come si vedrà in seguito).

Le Linee guida del 1994 riconducono le attività di riabilitazione a tre livelli d'intervento, che si differenziano per la complessità, la durata e l'ambito sanitario di riferimento delle prestazioni erogate: primo livello (RSA e centri ambulatoriali che erogano anche prestazioni extramurali e domiciliari) per la prevenzione dell'aggravamento; secondo livello (istituti disciplinati dall'art. 26, legge 833/1978) per la fase *post-acuta* e per la finalizzazione del massimo recupero funzionale e stabilizzazione del danno e il terzo livello (strutture ospedaliere) per la fase acuta e *post-acuta* di pronto intervento.

Viene sancito un principio importante dell'attività riabilitativa ovvero che essa, ove necessario, deve essere integrata con forme di assistenza supplementare, quali la fornitura di presidi protesici, sostitutivi della funzione persa o compromessa e di adeguati ausili e/o ortesi che facilitano la funzione motoria e sensoriale e coadiuvano lo sviluppo cognitivo dei soggetti con *handicap* psichico.

Si sottolinea l'importanza della localizzazione (zone già urbanizzate e ben collegate mediante mezzi pubblici di trasporto) e di partecipazione della famiglia al percorso riabilitativo.

Gli Istituti devono avere un'unica matrice di tipo residenziale e prevedere al proprio interno un'eventuale differenziazione per tipologia di assistiti e di assistenza in nuclei di 10/20 posti letto per complessivi 20/120 posti letto per struttura.

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

Le dimensioni previste vanno dai 40-45 mq per assistito e per l'intera struttura a quelli per assistito e per stanza, bagno escluso (mq 12 per una persona; mq 18 per due; mq 26 per tre e mq 32 per quattro). Nel caso di accompagnatore, le stanze devono essere adeguatamente predisposte e deve essere garantito l'accesso di barelle e carrozzine. Il bagno può essere previsto ogni 2 camere ma deve misurare almeno mq 4.

L'affidamento di alcuni servizi generali (cucina, lavanderia, mensa, pulizia, disinfezione e servizio farmaceutico) può essere anche esterno mentre, norma importantissima e spesso disattesa, è vietato instaurare rapporti di lavoro libero-professionale con le professioni sanitarie non mediche (lettera-circolare del Ministero della Sanità n. 500.6/AG.13/1267/573 del 20 maggio 1989).

Altro requisito importante, fissato dalle Linee guida del 1994, è la possibilità, per un unico Ente direzionale, di gestire più strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriali/extramurali e domiciliari per riferirsi, così, a un unico *standard* correlato con le differenti tipologie di trattamento praticato, per la determinazione del fabbisogno complessivo di risorse umane, assicurando comunque i minuti di assistenza previsti per ogni singolo trattamento.

Tra gli adempimenti obbligatori, la nota ministeriale prevede che gli istituti, nel caso di utenti in età evolutiva o giovane-adulta, integrino le prestazioni riabilitative con interventi pedagogico-didattici e di formazione e/o riqualificazione professionale, come previsto dalla legge 118/1971 e dalla legge 845/1978.

Inoltre, è fondamentale che le strutture adottino la cartella clinica, prestino particolare attenzione alla *privacy* e inviino le informazioni epidemiologiche richieste alle Regioni.

Ancora, le Linee guida del 1994 fissano l'orario di funzionamento degli istituti residenziali in 24h su 24h per 7 giorni alla settimana; quello dei centri semiresidenziali in un tempo non inferiore alle 6 ore settimanali per 6 giorni alla settimana, e quello dei centri ambulatoriali per 7 ore al giorno e per 5 giorni settimanali.

Per quanto riguarda il personale, la dotazione *standard* deve prevedere, per ogni Struttura:

- un direttore medico responsabile;
- un operatore professionale dirigente di area riabilitativa;
- medici, tecnici laureati, operatori della riabilitazione, assistenti sociali, amministrativi e addetti ai servizi generali (queste ultime due categorie potrebbero essere affidate anche in gestione esterna).

Infine, le Linee guida del 1994 analizzano e determinano i costi di gestione di una struttura riabilitativa e lo fanno con un'attenzione che neanche il d.m. 15 aprile 1994 gli ha riservato.

Dal punto di vista funzionale, infatti, riconosce 4 macrolivelli di costi (edilizi, alberghieri, di assistenza sanitaria e di assistenza sociale a rilievo sanitario) ma rimanda alla determinazione dello *standard* di personale necessario alle funzioni esplicitate in relazione alle diverse "condizioni" degli ospiti e dei relativi fabbisogni assistenziali e quindi alla tipologia della struttura; alla gamma delle prestazioni erogate; alla tipologia delle minorazioni trattate; all'età e all'onerosità riabilitativa degli assistiti oltre che di tutti gli indicatori specifici rinvenenti dalle diverse tipologie di trattamento da erogare.

Lettera circolare del Ministero della Sanità, n. 500.6/AG.1105/1171 del 7 giugno 1984

La circolare del Ministero della Sanità avente per oggetto i "Criteri per l'acquisizione dei dati necessari per la determinazione del costo aggiuntivo per l'anno 1984 dell'assistenza riabilitativa da erogare ex art. 26, legge 833/1978, tramite i Centri di riabilitazione convenzionati", richiamata nell'art. 6 del d.m. 9 luglio 1985 (G.U. n. 202 del 28 agosto 1985) rappresenta, di fatti, la determinazione degli *standard* di personale necessari e alla quale devono attenersi tutte le strutture considerate per aver diritto alle rette/tariffe riconosciute dalle Regioni dopo il recepimento degli accordi nazionali in materia.

Questo documento, per la prima e ultima volta, definisce lo *standard* di personale che ogni struttura di riabilitazione convenzionata deve avere in base al proprio regime erogativo (internato/residenziale/continuativo, seminternato/semiresidenziale/diurno, ambulatoriale singolo e di gruppo e domiciliare), i

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

moduli prestazionali (60 posti letto per l'internato, 40 per il seminternato, 38 prestazioni giornaliere per l'ambulatoriale e 19 per il domiciliare), il numero di ore di assistenza necessarie e quindi i carichi di lavoro e la possibilità, in alcuni casi (internato e seminternato), in presenza di un maggior numero di personale della riabilitazione, di aver diritto ad un 30% in più sulla retta.

Linee guida 1998 e d.P.R. 14 gennaio 1997

Le Linee guida per le attività di riabilitazione del 1998, a differenza delle precedenti, si rivolgono a tutte le strutture che erogano prestazioni riabilitative e non solo a quelle extraospedaliere.

Inoltre, hanno più forza impositiva, anche se lasciano ampio spazio alle disposizioni regionali perché sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale e perché sono l'esito di un accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome.

Le Linee guida finalizzano l'intervento riabilitativo verso diversi obiettivi:

1. il recupero di una competenza funzionale perduta;
2. l'evocazione di una competenza non comparsa nel corso dello sviluppo;
3. una barriera alla regressione funzionale del malato cronico;
4. la riduzione dei fattori di rischio e la progressione delle malattie degenerative;
5. il reperimento di formule facilitanti alternative.

Il documento normativo questa volta, traccia il percorso di intervento riabilitativo sancendone l'inizio al momento stesso dell'instaurazione del danno e la fine alla stabilizzazione degli esiti.

Un percorso scandito da stadi: il primo per la fase acuta al momento del danno (strutture ospedaliere); il secondo nella fase *post*-acuta (strutture ospedaliere ed extraospedaliere), e il terzo per interventi riabilitativi sanitari meno sistematici e quindi erogabili anche in regime ambulatoriale.

Le Linee guida del 1998 definiscono le attività di riabilitazione sanitaria, che richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona, come quegli interventi valutativi, diagnostici,

terapeutici, e altro per 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 di riabilitazione sociale, invece, come quelle azioni e 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 *handicap*.

Il disposto normativo sottolinea la necessità di una presa in carico sulla base di un progetto riabilitativo individuale che si realizza mediante uno o più programmi riabilitativi.

In questo caso, le fasi dell'intervento riabilitativo vengono così descritte:

1. fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni (fase acuta della malattia; ambito ospedaliero);
2. fase della riabilitazione intensiva (fase immediatamente post-acuta o di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico; ambito ospedaliero ed extraospedaliero);
3. fase di completamento del processo di recupero (fase estensiva; ambito extraospedaliero, semi-residenziale e ambulatoriale);
4. fase di mantenimento (fase di integrazione tra intervento sanitario e sociale; ambito RSA).

Le Linee guida del 1998 determinano anche la durata di un trattamento riabilitativo intensivo in non meno di 3 ore di prestazioni giornaliere il cui ciclo deve avere una durata contenuta entro i 120 giorni; quello estensivo tra 1 e 3 ore giornaliere e la durata del ciclo riabilitativo contenuto, di norma, entro i 240 giorni ad eccezione di alcune gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer ed altre) e dei pazienti stabilizzati nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi anche su base annua.

A livello organizzativo, la norma prevede il livello

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

ospedaliero (ricovero e *day hospital*) ed extraospedaliero (a ciclo continuativo e diurno) e quello ambulatoriale (compreso le prestazioni extramurali e domiciliari).

Anche queste disposizioni normative, per quanto riguarda i soggetti in età evolutiva e giovane-adulta, ricordano la necessità di integrare gli interventi riabilitativi con quelli pedagogico-didattici e di formazione o riqualificazione professionale specificando che tali interventi sono finanziariamente a carico degli Enti preposti all'istruzione scolastica e alla formazione professionale. Anche in queste Linee guida si sottolinea l'obbligo della compilazione e conservazione della cartella clinica e si sottolinea la necessità di assicurare la prescrizione, il collaudo degli ausili, delle protesi e delle ortesi e la verifica dell'efficacia e dell'efficienza del servizio di fornitura.

Le Linee guida del 1998 precisano inoltre che, per quanto riguarda le strutture extraospedaliere per la riabilitazione intensiva ed estensiva, esse 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) e che la loro dotazione di personale, i loro spazi e la loro organizzazione del lavoro diventi il "Progetto riabilitativo di struttura" da associare ai "Progetti riabilitativi individuali" per la miglior realizzazione del Progetto riabilitativo di ogni singolo utente.

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, invece, vengono individuate in quelle richiamate dal d.m. 29 gennaio 1992 e d.m. 1998 e comprendono: le Unità spinali unipolari, le Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite e i gravi Traumi Cranio-encefalici, le Unità per le disabilità gravi in età evolutiva e le Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite.

Le Linee guida del 1998, infine, dispongono anche che le Regioni, ai sensi del d.P.R. 14 gennaio 1997, in sede di accreditamento definitivo, provvedono alla classificazione dei presidi di riabilitazione extraospedaliera e dei centri di riabilitazione in possesso dei prescritti requisiti, secondo la tipologia degli interventi di riabilitazione espletabili nell'ambito di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale, prevedendo, laddove non sussistono i requisiti per la permanenza nel sistema sanitario, l'inseri-

mento nel sistema socio-sanitario anche attraverso fasi transitorie.

D.P.R. 14 gennaio 1997

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto in indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" dispone che le regioni classificano le strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza in:

- strutture che erogano prestazioni in ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti o *post-acuti*;
- strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno per *post-acuti*;
- strutture che erogano prestazioni in regime ambulatoriale.

Il d.P.R. definisce tutti i requisiti generali e specifici minimi che ogni struttura accreditata deve avere per poter essere autorizzata a erogare prestazioni sanitarie.

Per la riabilitazione prevede i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale distinti dai Centri ambulatoriali di riabilitazione perché questi ultimi si riferiscono alla globalità del trattamento sull'*handicap*, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico-psicologico-pedagogico.

I Centri devono stilare un Progetto riabilitativo, garantire un'adeguata informazione e accesso familiare alla struttura e funzionare per 7/8 ore giornaliere per 5 giorni alla settimana.

I Presidi di riabilitazione extraospedaliera, sono per il d.P.R., le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo che provvedono al recupero sociale e funzionale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti di qualunque causa che intervengono nella fase immediatamente post-acuta.

In queste strutture deve esistere un'*équipe* multidisciplinare ed essere redatto un Progetto riabilita-

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

tivo comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità.

I moduli devono essere composti da 15/20 soggetti.

Per il ciclo continuativo, le camere di degenza con *wc* e massimo quattro posti letto devono prevedere l'accesso e la rotazione completa delle carrozzine, spazi per il soggiorno, servizi igienici annessi alle camere e non, e attrezzature in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura.

Il personale deve essere rappresentato da medici specialisti, operatori della riabilitazione tra cui anche educatori e terapisti occupazionali, psicologi, pedagogisti e assistenti sociali.

I presidi a ciclo diurno, per le Linee guida 1998, devono funzionare 6/7 ore giornaliere per almeno 5 giorni alla settimana.

Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011

Nella seduta del 10 febbraio 2011, la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha sancito l'accordo di approvazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione.

Il documento fornisce indicazioni sui criteri ed i requisiti dei vari *setting* riabilitativi che consentono di stabilire l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione.

Il Piano ha ritenuto necessario promuovere l'utilizzo di un percorso assistenziale integrato unico per le persone con disabilità e, nell'ambito di questo, la definizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nell'*International Classification of Function (ICF)*.

Il Piano punta sul grado di necessità della persona da riabilitare considerando tre aspetti principali: la complessità clinica, la disabilità e la multimorbilità.

Il documento, al pari di tutti gli altri, sottolinea l'importanza dei programmi di prevenzione, prescrizione e collaudo degli ausili, protesi e ortesi, qualifica-

zione e riqualificazione professionale, reinserimento sociale e professionale del disabile e problematiche correlate ma aggiunge l'importanza che riveste la sicurezza del paziente ovvero la gestione del rischio clinico, l'insieme delle azioni tese a ridurre gli eventi dannosi che possono prodursi nel corso dei processi sanitari, monitorando in modo sistematico gli eventi, analizzandone i motivi e le cause e adottando i cambiamenti organizzativi e professionali idonei a prevenirli.

La persona disabile ricoverata in acuzie dovrebbe essere inserita in un percorso riabilitativo unico integrato nei vari *setting* terapeutici della rete riabilitativa. Quindi una presa in carico dell'utente e l'erogazione di programmi riabilitativi all'interno di un progetto riabilitativo individuale (PRI) con l'applicazione del concetto di appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Nel *team* rientra a pieno titolo il *caregiver* o comunque un familiare dell'utente.

Anche il Piano di indirizzo pone l'accento sul Progetto Riabilitativo di Struttura in cui ciascuna struttura deve definire le proprie caratteristiche, tipologie di offerta, potenzialità e vocazioni operative, dotazione organica con la definizione delle figure professionali e le specifiche competenze e le procedure di ammissione/dimissione.

Per l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi, il Piano ritiene necessario: definire la patologia con la classificazione ICF; determinare il grado di acuzie o cronicità della menomazione attraverso il parametro temporale tra il danno e il momento della presa in carico; il numero e tipologia di programmi per disabilità presenti; gli strumenti valutativi e terapeutici, gli strumenti di misura/valutazione finale degli obiettivi previsti dal programma del progetto riabilitativo individuale.

Il Piano esalta il ruolo del *team* e dei suoi metodi di comunicazione: riunioni, *briefing*, *focus group* e *audit*.

L'intervento di riabilitazione intensiva del Piano di indirizzo, al pari delle Linee guida del 1998, deve prevedere la durata di almeno tre ore giornaliere erogate dal medico specialista, dall'operatore della riabilitazione e dall'infermiere. Nei casi previsti, anche dall'assistente sociale e dallo psicologo.

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

Le attività riabilitative devono prevedere la disponibilità di tecnologia diagnostica-terapeutica avanzata e il supporto significativo di competenze medico specialistiche diverse.

Anche il Piano, al pari delle precedenti Linee guida, sottolinea l'importanza della cartella clinica riabilitativa considerandola parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI); degli interventi su barriere e facilitatori; della dotazione strumentale, tecnologica e di ausili e il relativo addestramento dell'utente e/o del *caregiver*.

Il Piano prevede che l'intervento di riabilitazione estensiva deve durare almeno 1 ora giornaliera e che la degenza, di norma, non deve superare i 60 giorni.

La vera novità del Piano, però, è rappresentata da una chiara definizione gestionale dell'assistenza riabilitativa territoriale ovvero dell'ambulatorio e del domicilio.

Nel primo caso, sia nell'ambito ospedaliero che extraospedaliero, distingue i "casi complessi" (tre tipologie di professionisti impegnati per almeno 90 minuti di prestazioni) da quelli "non complessi" (un'unica tipologia di professionista per almeno 30 minuti di prestazioni).

Nel caso delle prestazioni domiciliari, ritiene costituiscono il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti o prescrivibili nel caso il paziente sia impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali.

In una delle poche volte in cui il Piano interviene sulla dotazione di personale, specifica che il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapeuta occupazionale, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative.

Infine, anche questo documento invita le Regioni a collocare, all'interno della rete riabilitativa, le vecchie strutture riabilitative *ex art. 26*, legge 833/1978 in modo da rendere organica l'offerta riabilitativa, su tutto il territorio nazionale.

Un aspetto, invece, non considerato da nessuna delle Linee guida precedenti ma previsto dal Piano di indirizzo per la riabilitazione, è l'argomento "ricerca" e l'importanza per la medicina riabilitativa di

puntare sempre più a percorsi e strumenti scientificamente validi e validati utilizzando nuove tecnologie come la robotica, la realtà virtuale e la tele-riabilitazione.

Le strutture che si occuperanno di ricerca in riabilitazione devono possedere competenze e metodologie di lavoro in grado di sviluppare un livello di approfondimento analitico, nonché capacità clinica, anche integrandosi con la rete delle attività di cura nel suo complesso.

Confronto tra i principali strumenti gestionali

Dall'analisi e dal confronto dei principali strumenti di gestione delle strutture riabilitative è emersa la necessità che vengano colmate ancora alcune lacune determinanti per poter organizzare al meglio una "risorsa-guida" che consenta agli addetti ai lavori di seguire con competenza le strutture interessate dal momento della realizzazione fino alla loro piena operatività.

Le Regioni, ai sensi dell'art. 8-ter, comma 5, lett. b) del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, determinano gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttive ai fini della verifica di compatibilità del progetto, propedeutica all'autorizzazione alla realizzazione, nonché il fabbisogno di assistenza.

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 8-ter del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e dell'art. 3 del d.P.R. 14 gennaio 1997, nel regime autorizzativo per la realizzazione le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ed extraospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno rientrano i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali.

Inoltre, rientrano nello stesso regime autorizzativo anche gli ampliamenti di strutture già esistenti e autorizzate, l'aumento dei posti letto, l'attivazione di funzioni sanitarie e/o socio sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate, la modifica della tipologia di posti letto già autorizzati o del-

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

le funzioni sanitarie e socio sanitarie già autorizzate, il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.

Tutti i soggetti che intendono gestire attività sanitaria o socio-sanitaria soggetta ad autorizzazione all'esercizio, come quella riabilitativa, sono tenuti a presentare domanda alla Regione o al Comune. Il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie, previa verifica di compatibilità da parte della Regione, compete ai Comuni.

La Regione concede l'accreditamento istituzionale che deve concorrere al miglioramento della qualità del Sistema Sanitario, garantendo ai cittadini adeguati livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni erogate per conto e a carico del Servizio Sanitario. L'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio non produce effetti vincolanti ai fini della procedura di accreditamento istituzionale, che si fonda sul criterio della funzionalità rispetto alla programmazione regionale. L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale, è titolo necessario per la stipula di eventuali accordi contrattuali.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sono, come già citato, elencate nel d.P.R. 14 gennaio 1997.

Le strutture erogative possono essere ospedaliere a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e *post-acuzie*, extraospedaliere a ciclo continuativo e/o diurno e ambulatoriali.

Oltre ai requisiti generali per ogni tipologia di struttura, il d.P.R. stabilisce anche i requisiti minimi specifici in base alla tipologia di assistenza erogata. Per la medicina riabilitativa individua i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale che, anche se non molto chiaramente, si riferiscono ai presidi che erogando anche prestazioni sia di riabilitazione *ex art. 26* che di terapia fisica e strumentale *ex art. 25*, legge 833/1978 ovvero prestazioni erogate ai sensi del d.m. 22 luglio 1996 "*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe*".

Lo stesso d.P.R., inoltre, fissa i requisiti minimi dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione specificando

che, a differenza delle prestazioni rese dai presidi di recupero e rieducazione funzionale, erogano prestazioni che si riferiscono alla globalità del trattamento sull'*handicap* e che richiedono un contestuale apporto multidisciplinare medico-psicologico-pedagogico.

I centri, secondo le disposizioni del d.P.R., devono stilare un Progetto riabilitativo per ogni singolo paziente, avere un'*équipe* pluridisciplinare composta da medici specialisti, personale dell'area psicologica e pedagogica, operatori della riabilitazione e assistenti sociali.

Il Centro deve garantire un'adeguata informazione e l'accesso familiare alla struttura nonché un addestramento dell'utente e/o del *caregiver* ed erogare le prestazioni in forma individuale, a piccoli gruppi, anche a domicilio o in sede extramurale (ad esempio, presso un Istituto scolastico o un'Associazione).

Il d.P.R. dispone che i Centri ambulatoriali funzionino 7/8 ore giornaliere per cinque giorni alla settimana rendendo più flessibile l'imposizione rigida che sette ore giornaliere delle Linee guida della riabilitazione del 1994.

Per quanto riguarda i Presidi che erogano prestazioni di ricovero, a ciclo continuativo e diurno e in particolare i Presidi di Riabilitazione e Rieducazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, il d.P.R. 14 gennaio 1997 fa un'importante precisazione: in ciascun settore le prestazioni di ricovero a ciclo diurno e continuativo, nonché le attività ambulatoriali, possono essere svolte nel medesimo presidio in modo coordinato e integrato.

Specifica, il d.P.R., che le strutture di riabilitazione, intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera), attraverso l'offerta di tutela sanitaria capace di garantire il recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate, attraverso cicli di degenza diurna o continuativa.

Nulla dice a riguardo dell'intensità o estensività del trattamento riabilitativo a cui fanno cenno le Linee guida del 1994 ma che ben esplicitano le Linee guida del 1998 e il Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011, così come schematizzato nella tabella 1.

I principali strumenti di management
delle strutture riabilitative a confronto

	Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (ricovero o <i>day hospital</i>)	Riabilitazione in regime di degenza extraospedaliera a ciclo continuativo o diurno	Riabilitazione estensiva ambulatoriale ospedaliera o extraospedaliera	Riabilitazione domiciliare
Utenza	<p>Intensiva (Cod. 56; 75; 28): Soggetti di tutte le età giudicati suscettibili di significativi miglioramenti funzionali che si trovano nella fase immediata post-acute con instabilità clinica e che possono sostenere un trattamento intensivo</p> <p>Estensiva (Cod. 60) Soggetti 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, bisognevoli di trattamenti sanitari rilevanti. (Linee guida 1998)</p>	<p>Intensiva: Soggetti di tutte le età portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali giudicati suscettibili di significativi miglioramenti funzionali che si trovano nella fase di immediata post-acute o in situazioni di riacutizzazioni e recidive dell'evento patologico con stabilità clinica (Linee guida 1998)</p> <p>Estensiva: Soggetti di tutte le età portatori di disabilità, stabilizzati, per i quali è necessaria una fase di completamento del processo di recupero o che non possono sostenere un trattamento riabilitativo intensivo (Linee guida 1998)</p>	<p>Ospedaliera: Soggetti interni alla struttura ospedaliera per acuti per prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità. (d.m. 22 luglio 1996)</p> <p>Extraospedaliera Soggetti di tutte le età portatori di disabilità, stabilizzati, per i quali è necessario soprattutto il mantenimento e la prevenzione dell'aggravamento mediante una presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile. (Linee guida 1994)</p>	<p>Soggetti che necessitano di proseguimento del PRI nel proprio ambiente di vita</p> <p>Soggetti impossibilitati ad accedere ai servizi ambulatoriali</p>
Modalità di accesso	<p>Normative regionali e Quaderno del Ministero della Salute n. 8/2011</p>	<p>Normative regionali e Quaderno del Ministero della Salute n. 8/2011</p>	<p>Prioritaria per i soggetti con il massimo gradiente di modificabilità della disabilità e al massimo rischio di complicanze, con garanzia della continuità terapeutica.</p> <p>Ordinaria per i soggetti con disabilità a basso gradiente di modificabilità e a basso rischio di complicanze. (Quaderno del Ministero della Salute n. 8/2011)</p>	<p>Prioritaria da parte dei fisioterapisti del presidio ospedaliero con la presa in carico di medici e professionisti della riabilitazione nell'ambito del Dipartimento Cure primarie. Si tratta di soggetti con il massimo gradiente di modificabilità della disabilità e al massimo rischio di complicanze, con garanzia della continuità terapeutica.</p> <p>Ordinaria da parte dei fisioterapisti che operano d'intesa con il Dipartimento Cure primarie su richiesta dei MMG e PLS per soggetti con disabilità a basso gradiente di modificabilità e a basso rischio di complicanze. (Quaderno del Ministero della Salute n. 8/2011)</p>
Autorizzazione	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	NORME REGIONALI
Articolazione	<p>Moduli da 32 p.l. (d.m. 13 settembre 1988)</p>	<p>Min. 20 max 120 p.l. (Linee guida 1994)</p>	<p>Moduli da 38 prestazioni giornaliere (Circolare Ministeriale del 7 giugno 1984)</p>	<p>Moduli da 19 prestazioni giornaliere salvo modifiche regionali in materia (circolare ministeriale del 7 giugno 1984)</p>

(segue)

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

	Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (ricovero o <i>day hospital</i>)	Riabilitazione in regime di degenza extraospedaliera a ciclo continuativo o diurno	Riabilitazione estensiva ambulatoriale ospedaliera o extraospedaliera	Riabilitazione domiciliare
Regime assistenziale	Ricovero ordinario o <i>Day Hospital</i> (Linee guida 1998)	Continuativo o Diurno (d.P.R. 14 gennaio 1997) (Linee guida 1998)	Presidio ambulatoriale di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale Centro di riabilitazione (d.P.R. 14 gennaio 1997)	Domiciliare
Durata della degenza	Intensiva Entro 60 giorni dal ricovero ad esclusione dei miellesi, gravi traumatizzati cranio-encefalici, comi post-anoxici e gravi cerebropatie (d.m. 30 giugno 1997)	Intensiva Entro 120 giorni, considerando anche il soggiorno in ricovero ospedaliero (Linee guida 1998)		
	Estensiva Fino a stabilizzazione clinica e comunque non oltre i 240 giorni (Linee guida 1998)	Estensiva Entro i 240 giorni escluso gli utenti affetti da grave patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, SLA, malattia di Alzheimer ecc.) (Linee guida 1998)		
Durata del trattamento riabilitativo	Intensiva Almeno 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero (Linee guida 1998) (Piano indirizzo riabilitazione 2011)	Intensiva Almeno 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero (Linee guida 1998) (Piano indirizzo riabilitazione 2011)	Caso complesso Almeno 90 Minuti con l'intervento di almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione compreso il Fisiatra (Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011 e Quaderno Ministero della Sanità n. 8/2011)	
	Estensiva Non meno di 1 ora di trattamento riabilitativo specifico giornaliero e meno di 3 ore (Linee guida 1998) (Piano indirizzo riabilitazione 2011)	Estensiva Non meno di 1 ora di trattamento riabilitativo specifico giornaliero e meno di 3 ore. (Linee guida 1998) (Piano indirizzo riabilitazione 2011)	Caso non complesso Almeno 30 minuti di trattamento riabilitativo specifico giornaliero ed intervento di un'unica tipologia di professionista della riabilitazione (Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011 e Quaderno Ministero della Sanità n. 8/2011)	
Responsabile dell'assistenza sanitaria	Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (Linee guida 1998 e Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011)	Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (Linee guida 1998 e Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011)	Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (Linee guida 1998 e Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011)	Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (Linee guida 1998 e Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011)

(segue)

I principali strumenti di management
delle strutture riabilitative a confronto

	Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (ricovero o <i>day hospital</i>)	Riabilitazione in regime di degenza extraospedaliera a ciclo continuativo o diurno	Riabilitazione estensiva ambulatoriale o extraospedaliera	Riabilitazione domiciliare
Standard di personale	Per modulo di 32 p.l.: 4 Medici; 13 Infermieri; 7 Oper. della Riab.; 8 Ausiliari S.S. (d.m. 13 settembre 1988)	La dotazione di personale dovrà assicurare i minuti di assistenza settimanale previsti definiti per ogni singolo trattamento ma dovrà prevedere Per ogni struttura: 1 Direttore medico Responsabile; 1 Operatore Professionale Dirigente di Area Riabilitativa; - Medici, Tecnici laureati, O.d.R., di assistenza, amministrativi e addetti ai servizi generali. (Linee guida 1994) Ma, ai fini del riconoscimento tariffario, in assenza di disposizioni regionali: Intensiva/ricovero: 1 direttore medico per 15 ore settimanali; 1 medico o tecnico laureato per 15 ore settimanali; 13 Operatori della Riabilitazione; 26 Personale Infermieristico e di Assistenza; 1 direttore amministrativo; 2 impiegati amministrativi; 13 addetti ai servizi generali. Estensiva/ricovero: 1 direttore medico per 12 ore settimanali; 1 medico o tecnico laureato per 12 ore settimanali; 10 Operatori della Riabilitazione; 20 Personale Infermieristico e di Assistenza; 1 direttore amministrativo; 1 impiegato amministrativo; 10 addetti ai servizi generali. Intensiva/diurno (40 posti letto): 1 direttore medico per 13 ore settimanali; 1 medico o tecnico laureato per 13 ore settimanali; 7 Operatori della Riabilitazione; 5 Personale Infermieristico e di Assistenza; 1 impiegato amministrativo; 2 addetti ai servizi generali. Estensiva/ricovero: 1 direttore medico per 10 ore settimanali; 1 medico o tecnico laureato per 10 ore settimanali; 5 Operatori della Riabilitazione; 4 Personale Infermieristico e di Assistenza; 1 impiegato amministrativo; 1 addetto ai servizi generali.	Per 38 prestazioni giornaliere: 1 direttore medico per 10 ore settimanali; 1 medico o tecnico laureato per 10 ore settimanali; 6 Operatori della Riabilitazione; 1 impiegato amministrativo; 2 addetti ai servizi generali.	Per 19 prestazioni giornaliere: 1 direttore medico per 10 ore settimanali; 1 medico o tecnico laureato per 10 ore settimanali; 6 Operatori della Riabilitazione.
Partecipazione alla spesa	Nessuna	Rientrano nei LEA l'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale riferibile ad "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali" erogate con le caratteristiche "dei presidi di riabilitazione extra-ospedaliera a ciclo diurno o continuativo e delle RSA per disabili" così come definiti dalle Linee guida del 1998 (d.P.C.M. 14 febbraio 2001)	Nessuna	Nessuna

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

Anche in questo caso, il d.P.R. non fornisce uno *standard* preciso di personale ma si limita a sottolineare l'importanza della presenza di un'*équipe* pluridisciplinare composta da medici, psicologi, pedagogisti, operatori della riabilitazione tra cui l'educatore, il terapeuta occupazionale e l'assistente sociale.

Precisa che i moduli sono composti da 15 o 20 posti letto e che le camere di degenza devono avere massimo quattro posti letto, il *wc* (quindi, a differenza delle Linee guida del 1994, il d.P.R. non consente la possibilità di un *wc* esterno ogni due camere) e consentire una rotazione completa delle carrozzine.

Rimangono in piedi, quindi, salvo disposizioni regionali specifiche, gli *standard* dimensionali previsti dalle Linee guida del 1994 così come specificato nel paragrafo 2 (ad esempio mq 12 per una persona).

Per il ciclo diurno, il d.P.R. prevede un funzionamento di 6/7 ore giornaliere per 5 giorni alla settimana vicino al "non inferiore alle 6 ore giornaliere" previste dalle Linee guida del 1994.

È la lettera circolare del Ministero della Sanità n. 500.6/AG.1105/1171 del 7 giugno 1984 che però entra nello specifico della dotazione del personale e offre alle Regioni e alle Province Autonome la possibilità di fissare gli *standard* assistenziali ai quali devono attenersi i Centri di Riabilitazione convenzionati per aver diritto alle rette previste per ogni regime prestazionale.

Questo argomento non sarà più ripreso in seguito se non, con timidi accenni, dalle Linee guida del 1994 che, andando anche oltre nel tempo, individuano la figura dell'Operatore professionale Dirigente di Area Riabilitativa che vedrà la luce compiutamente solo con la legge n. 251 del 10 agosto 2000 e n. 43 dell'1 febbraio 2006 e che ancora stenta a trovare piena attuazione negli impianti normativi di autorizzazione e accreditamento delle strutture riabilitative.

Comunque, la stessa lettera-circolare, prevede, con una lungimiranza incredibile, una diversificazione tariffaria del 30% in più o in meno, a seconda che venga rilevata la maggiore o minore presenza di professionisti della riabilitazione (medici specialisti, tecnici laureati, operatori della riabilitazione e

figure equivalenti) e/o di personale di assistenza, richiesta dalla tipologia degli assistibili, individuata a livello regionale in relazione ai requisiti strutturali e organizzativi del Centro. Requisiti che saranno fissati solo 13 anni dopo dal d.P.R. 14 gennaio 1997.

È il Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011 però che precisa degli aspetti determinanti per l'appropriatezza dell'intervento riabilitativo gettando le basi concrete perché si arrivi, in pochi anni, a un percorso assistenziale ideale inserito in un'organica rete riabilitativa.

Una sequenza che prevede degli *step* e che parte dalla definizione della tipologia patologica che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF; il grado di acuzie o cronicità della menomazione, distinto in base al parametro temporale; il grado di complessità del paziente preso in carico; il numero e la tipologia dei programmi per tipologia di disabilità, gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati e gli strumenti di misura/valutazione finale degli obiettivi previsti dal programma inserito nel Progetto Riabilitativo Individuale.

Anche il Piano di indirizzo per la riabilitazione però è carente nella definizione esatta dello *standard* di personale occorrente a un'appropriata presa in carico dell'utente (come avevano invece intuito la Circolare Ministeriale del 1984 e le Linee guida del 1994), ai tempi tecnici di contatto operatore-utente (previsione delle Linee guida 1994), ai tempi tecnici per la gestione delle riunioni d'*équipe*, *team*, *briefing*, *focus group* e quant'altro è stato egregiamente previsto per l'erogazione di un'ottima assistenza riabilitativa.

Tempi che neanche la Commissione Nazionale di revisione dei LEA sta prendendo in considerazione e il cui effetto si potrebbe ripercuotere sulla qualità dell'assistenza che, invece, proprio il Piano di indirizzo per la riabilitazione, quale documento più recente, vuole rendere protagonista.

Infine, è interessante sottolineare gli aspetti della durata del trattamento a seconda delle fasi riabilitative prese in considerazione dal d.m. 30 giugno 1997, dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di indirizzo.

Viene prevista una durata di 60 giorni dal ricove-

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

ro per la riabilitazione ospedaliera dal d.m. 30 giugno 1997 (a eccezione di alcune patologie esplicitate nella tabella 1), ma nulla dicono, a riguardo, le Linee guida e il Piano di indirizzo e si ritiene non sia una svista ma un voler sottolineare come l'instabilità clinica non possa avere una durata ben definita.

Le Linee guida del 1998, però, intervengono a definire la durata del trattamento riabilitativo intensivo, fissandolo in 120 giorni complessivi e lasciando pensare che si debba prevedere un ciclo completo ospedaliero ed extraospedaliero omnicomprensivo che non debba superare tale limite.

Ciclo, che per la riabilitazione estensiva, è previsto, duri complessivamente 240 giorni per le Linee guida del 1998 e 60 giorni per il Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011 che però si riferisce espressamente alla degenza. Si può desumere, quindi, che anche in questo caso il totale dei giorni per ciclo sia omnicomprensivo dei vari regimi erogativi (a ciclo continuativo, diurno e ambulatoriale) salvo tipologie patologiche particolari ed elencate nei disposti normativi e nella tabella gestionale allegata.

Conclusioni

La *management* delle strutture riabilitative non ha a disposizione molti strumenti gestionali specifici oltre a quelli analizzati e messi a confronto in questo lavoro.

Questi, unitamente alle conoscenze tradizionali di economia sanitaria e diritto privato e del lavoro, contribuiscono a fornire tutte le competenze utili e necessarie a creare e gestire un progetto riabilitativo di struttura completo ed esauriente.

L'accettazione di un incarico per la stesura di un *project work* o *business plan* con l'obiettivo di realizzare una struttura di riabilitazione e curarne l'organizzazione e la gestione presuppone delle conoscenze approfondite di tutti gli strumenti inerenti all'argomento ed in parte qui riportati.

Gestire significa anche saper stilare un documento aziendale specifico con l'individuazione chiara della politica aziendale, gli obiettivi e l'attività; conoscere la migliore e più efficiente struttura organizzativa possibile e consentita; gestire le risorse umane avendo cognizione dei carichi di lavoro, i

contratti di lavoro applicabili e la dotazione organica prevista e necessaria; sapere quali risorse tecnologiche occorrono in base agli obiettivi assistenziali prefissati; conoscere gli strumenti di appropriatezza, valutazione e miglioramento della qualità in Sanità e in particolar modo in riabilitazione e quindi le Linee guida organizzative ma anche quelle cliniche approvate dalle Associazioni scientifiche; conoscere e gestire il rischio clinico in medicina riabilitativa, dalla movimentazione dei carichi alla prevenzione delle cadute dei pazienti; conoscere la normativa di settore che regola il consenso informato, la *privacy*, il trattamento dei dati anche ai fini della ricerca scientifica e dell'uso dei mezzi informatici; conoscere i diritti dei cittadini e come assicurare la partecipazione e l'informazione dell'utenza.

Una parte consistente di queste informazioni e di come utilizzarle è contenuta in questo articolo, altro fa parte del bagaglio culturale di ogni *manager* e altro ancora sarà oggetto di nuove pubblicazioni nella concreta speranza di risvegliare le coscienze di chi ancora non ha chiaro che è giunto il momento, non più rinviabile, di inserire anche nel percorso di studi degli studenti di medicina degli approfondimenti di organizzazione e *management* sanitario e, all'occorrenza di disporre di eventuali *Master* di *management* sanitario non generici ma specifici per ogni ambito. Del resto, il responsabile sanitario deve curare l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico e organizzativo, essendone responsabile nei confronti della titolarità e dell'Autorità sanitaria competente, assicurando tutte le funzioni previste dalle norme vigenti: le Linee guida del 1994, la circolare ministeriale del 1984, il d.P.R. 14 gennaio 1997 e il Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011 sottolineano con forza quest'attribuzione negli *standard* del personale occorrente. È giunto il momento, quindi, che anche ai futuri medici vengano fornite conoscenze e competenze vere di organizzazione e gestione sanitaria.

Bibliografia e normativa di riferimento

- MINISTERO DELLA SALUTE (2003), *Rapporto "Riabilitazione 2003" Dipartimento della qualità*. Direzione Generale del sistema Informativo, Roma.

I principali strumenti di management delle strutture riabilitative a confronto

- Nota ministeriale n. 5340 (1994) "*Linee guida per la riabilitazione*".
- Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano "*Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione*", pubblicato sulla *G.U.* 30 maggio 1998, n. 124.
- Piano d'indirizzo per la Riabilitazione (2011). http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_291_documenti_itemDocumenti_0_fileDocumento.pdf.
- Redazione della Consulta Ministeriale sulle Malattie Neuromuscolari (2009). <http://www.governo.it/backoffice/allegati/42147-5221.pdf>.
- Quaderni del Ministero della Salute "*La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali*", n. 8, marzo-aprile 2011, ISSN 2038-5293.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*", pubblicata sulla *G.U.* 28 dicembre 1978, n. 360.
- Circolare del Ministero della Sanità del 7 giugno 1984, n. 500.6/AG.1105/1171 "*Criteri per l'acquisizione dei dati necessari del costo aggiuntivo per l'anno 1984 dell'assistenza riabilitativa da erogare ex art. 26 legge 833/1978, tramite i Centri di riabilitazione convenzionati*".
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" pubblicato sulla *G.U.* 30 dicembre 1992.
- D.P.R. 14 gennaio 1997, "*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*", pubblicato sulla *G.U.* n. 42 del 20 febbraio 1997.
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*", pubblicato sulla *G.U.* n. 165 del 16 luglio 1999.