REGOLAMENTO INTERNO DI FUNZIONAMENTO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE "PAPA GIOVANNI XXIII"

Art. 1. POLITICA E FINALITA' DEL SERVIZIO

Il Consiglio Direttivo dell'ALM ETS provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. Il Consiglio Direttivo deve esplicitare alle unità operative e alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

La politica aziendale mira ad assicurare l'adozione di modelli organizzativi in linea con le normative vigenti improntate a criteri di flessibilità organizzativo-gestionale, personalizzazione dell'assistenza, integrazione di competenze diverse.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

La Direzione promuove l'adozione di un documento in cui sono esplicitati:

1.1 Missione e Valori

Il Servizio riconosce la sua missione nella promozione globale della persona con disabilità e nella sua integrazione, con una filosofia basata sulla centralità dell'utente.

Si ispira a valori di solidarietà sociale, eguaglianza, imparzialità, partecipazione, equità ed utilizza un modello organizzativo basato su parametri di appropriatezza, efficacia ed efficienza, che caratterizzano tutti i processi di valutazione, cura, assistenza e riabilitazione.

I principi ispiratori sono condivisi da tutto il personale e alimentati costantemente attraverso la condivisione degli obiettivi e dei metodi adottati per il loro raggiungimento.

1.2 Obiettivi

Il Servizio si propone di fornire risposte riabilitative, socio-educative e assistenziali a persone con disabilità, a ciascuno secondo le proprie necessità individuali, in una logica di presa in carico globale dei bisogni dell'utente.

Pone a fondamento della sua attività il conseguimento della migliore qualità di vita dell'utente, perseguendo:

a) lo sviluppo delle risorse potenziali dell'individuo o il mantenimento delle abilità residue, attuato attraverso:

- il recupero o l'evocazione di competenze funzionali e di capacità adattive;
- la prevenzione della regressione funzionale;
- l'individuazione di formule facilitanti alternative ai fini del raggiungimento della massima autonomia possibile;

b) la facilitazione dell'integrazione dell'individuo nel contesto sociale e familiare, realizzata attraverso:

- la promozione della partecipazione alla vita sociale,
- l'informazione, il coinvolgimento e il sostegno della famiglia dell'utente,
- la collaborazione con i Servizi Territoriali e con altre realtà presenti sul territorio;

c) l'attività continua di formazione, aggiornamento, crescita culturale e organizzativa di tutto il personale operante nella struttura.

1.3 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa del Centro di Riabilitazione è basata su due linee di responsabilità:

- una responsabilità organizzativo-gestionale (Consiglio Direttivo);
- una responsabilità tecnico-igienico-sanitaria (Direzione Sanitaria).

Art. 2. LA PRESA IN CARICO SOCIO RIABILITATIVA

2.1 Modalità di presa in carico

La Struttura fornisce servizi e attività riabilitative rivolgendosi ad un'utenza diversificata per età e grado di disabilità, con diagnosi negli ambiti di patologia previsti dalla Regione Lazio e secondo le articolazioni della DGR 979/20 e del DCA 101/20. La presa in carico degli utenti viene realizzata nell'ambito dei servizi medico riabilitativi in accreditamento (ex art. 26 L. 833/78) secondo due distinte modalità, organizzate per garantire una personalizzazione dell'intervento sulla base delle necessità individuali: trattamento semiresidenziale (in degenza diurna) e trattamento non residenziale, erogato in regime ambulatoriale e domiciliare.

2.2 Destinatari

La presa in carico degli utenti avviene secondo i criteri esposti nel Documento tecnico "Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale" della Regione Lazio, facente parte dei Decreti del Commissario ad Acta 22 luglio 2020, n. U00101 Approvazione del 30/07/2020 – BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO – N. 96 – Supplemento n. 1, di seguito riassunto nell' allegato 1 al presente regolamento.

2.3 Autorizzazione di trattamento riabilitativo

In base alle vigenti disposizioni regionali, l'accesso alle prestazioni di assistenza riabilitativa erogate in regime di accreditamento, avviene a seguito del rilascio di specifica **autorizzazione al trattamento** da parte dei Servizi Pubblici Territoriali. Per il servizio ambulatoriale, esclusivamente per la prima autorizzazione è valida anche la prescrizione del Medico specialista di riferimento per la specifica disabilità operante in struttura pubblica.

Nell'autorizzazione/prescrizione sono indicati la modalità del trattamento (Estensiva o Socioriabilitativo), il regime (Semiresidenziale, Ambulatoriale o Domiciliare) e la durata del progetto riabilitativo.

Per richiedere la predetta autorizzazione, l'interessato e/o i familiari potranno rivolgersi a:

- **Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE)**, per il trattamento riabilitativo di utenti in età pediatrica (0-18 anni);

- **Servizio Disabili Adulti (DA)**, per il trattamento riabilitativo di utenti adulti in regime ambulatoriale o semiresidenziale.

- **Centro Assistenza Domiciliare (CAD)**, per il trattamento riabilitativo di utenti adulti in regime domiciliare.

La prosecuzione del trattamento oltre la scadenza del progetto avviene previa richiesta di proroga alla asl di appartenenza da parte del medico responsabile del progetto.

2.4 Inserimento in lista di attesa

L'assistenza riabilitativa può essere richiesta esclusivamente dal paziente o dal familiare/tutore in possesso della autorizzazione, compilando la modulistica scaricabile dal sito e inviando la richiesta a listadattesapapagiovanni@associazionealm.it o recandosi presso la segreteria del Centro.

La documentazione richiesta comprende:

- modulo di richiesta (MOD. 70)
- consenso al trattamento dei dati sensibili, secondo quanto previsto dal D.lgs. 101/2018 a tutela della privacy - Regolamento UE n. 2016/679;
- fotocopia documento d'identità e tessera sanitaria dell'interessato e del tutore;
- Autorizzazione al trattamento del SSN
- Documentazione clinica inerente

La segreteria avrà cura di fornire tutte le informazioni relative alle procedure che regolano l'inserimento nella lista d'attesa, controllare la completezza della documentazione, e di sottoporla al Medico incaricato per la valutazione dell'effettiva appropriatezza della domanda, l'idoneità al trattamento, l'eventuale carattere di urgenza, e il tipo di trattamento necessario. Il richiedente verrà tempestivamente informato dell'esito della sua domanda. Successivamente il personale incaricato inserirà il candidato in lista d'attesa sul portale L.UN.A. (portale informatizzato Lista UNica d'Attesa della ASL Roma2).

Quando si rende disponibile un posto in uno dei servizi, si preleva il primo nominativo dalla graduatoria in virtù dei criteri di scorrimento: ordine cronologico della richiesta, carattere di urgenza, presenza di familiare di primo grado in carico al servizio, passaggio di servizio interno al Centro, disponibilità di orari e tecnici disponibili e compatibili al progetto.

Per la presa in carico nel servizio semiresidenziale è necessaria la compatibilità coi gruppi esistenti, da valutarsi eventualmente con prove di inserimento. Tempi di attesa previsti 18 mesi – Tempi di attesa medi effettivi 12 mesi.

Per il Servizio Non Residenziale:

	Tempi di attesa previsti	Tempi di attesa medi effettivi
MINORI 0/12 mesi	< 6 mesi (alla disponibilità del posto)	<6 mesi
MINORI 12/36 mesi	12/24 mesi	18 mesi
MINORI 3/18 anni	24/36 mesi	30 mesi
ADULTI	12/24 mesi	18 mesi

Quando si verifica la disponibilità alla presa in carico riabilitativa, il candidato della lista di attesa viene contattato dal personale amministrativo per fissare la prima visita di accoglienza, nel corso della quale il medico:

- apre la cartella clinica riabilitativa sul gestionale 4 handy del nuovo utente, con i relativi dati anagrafici e l'anamnesi familiare e sociale etc;
- fornisce tutte le informazioni di propria competenza e acquisisce la dichiarazione di consenso al trattamento (consenso informato MOD. 75 e allegati);
- chiede al paziente, al genitore del minore, familiare o tutore eventuali ulteriori accertamenti clinici o documenti necessari (MOD. 74);
- predispone un percorso valutativo (visite mediche, colloqui clinici, somministrazione di test specifici, ecc.) che prelude alla stesura del Progetto Riabilitativo Individuale realizzabile in regime semiresidenziale, ambulatoriale o domiciliare.

2.5 Equipe riabilitativa

Ai sensi DGR 979/20 l'equipe riabilitativa è costituita dagli operatori sanitari, che operano nel servizio di riabilitazione, coordinati dal medico responsabile della struttura.Ha il compito di:

- elaborare il progetto riabilitativo individuale;
- definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;

- programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;

- verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti.

L'equipe è composta da diverse professionalità, individuate secondo le caratteristiche specifiche della disabilità oggetto d'intervento, ognuna delle quali assume un ruolo importante nell'organizzazione del percorso integrato socio-sanitario.

Prevede pertanto l'articolazione di varie figure: medico responsabile del progetto (Neurologo, Neuropsichiatra infantile, Fisiatra, Ortopedico, o altro previsto dalla normativa vigente) che assume la funzione di Case Manager, psicologo, professionisti sanitari della riabilitazione (Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Educatori professionali), Assistente sociale, Consulenti eventualmente necessari (medici specialisti, altre professioni ...).

Il Case Manager, "coordinatore del caso", si fa carico del percorso "complessivo" di presa in carico dell'utente e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso. Il Direttore Sanitario svolge le funzioni di Care Manager, coordina la definizione dell'intervento riabilitativo e ne è responsabile; garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse, un contenimento dei costi e una individuazione della responsabilità per la presa in carico. In sostanza, è colui che gestisce il processo di cura, attraverso:

1. Raccolta dati e individuazione delle aree problematiche

2. Negoziazione obiettivi

3. Pianificazione degli interventi

4. Monitoraggio continuo

5. Valutazione dell'esito

Tale ruolo è svolto dal responsabile sanitario, il quale è preparato a comprendere il quadro totale dell'assistenza del paziente, il quadro clinico e sociale; è chiamato a coordinare il lavoro di équipe; è "legalmente responsabile delle scelte riabilitative".

L'Equipe Riabilitativa multidisciplinare, coordinata dal Medico responsabile del progetto elabora come detto il Progetto Riabilitativo Individuale e compila le apposite schede previste nel gestionale 4 Handy e del SIAR, successivamente invia alla segreteria per l'elaborazione finale.

Nel caso di necessità di prosecuzione del trattamento, qualora debba essere chiesto il rinnovo del medesimo PRI, il Medico Responsabile consegnerà alla segreteria la relazione clinica da allegare alla richiesta di rinnovo, in modo da consentire alla segreteria di inviare al servizio ASL competente.

La segreteria, effettuato l'invio della richiesta di rinnovo, predisporrà sul gestionale 4 Handy l'apertura del nuovo progetto con i dati richiesti ed avrà cura, quando arriverà l'autorizzazione, di verificare la correttezza dei dati inseriti. Verrà pertanto elaborato il nuovo progetto seguendo la procedura descritta.

La modalità di presa in carico e l'erogazione del trattamento riabilitativo specifico per ogni servizio sono descritti in dettaglio nei successivi paragrafi, che vengono rilasciati in estratto agli utenti come foglio informativo al momento della firma del consenso informato.

Art. 3. COPERTURA ASSICURATIVA

L'Associazione Laziale Motulesi Ente del Terzo Settore ha stipulato idonea polizza assicurativa sulla Responsabilità Civile Generale - includente la Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e la Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro (RCO) - a copertura di eventuali richieste di risarcimento danni. La polizza è disponibile sul sito web (www.associazionealm.it).

Art. 4. PRIVACY E DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

La riservatezza dei dati di ognuno è tutelata dall'applicazione della normativa in materia di protezione dei dati personali, in particolare del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018. Tali disposizioni normative garantiscono che il trattamento dei dati personali avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati.
L' Associazione Laziale Motulesi Ente del Terzo Settore nella qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, informa e garantisce che tale trattamento sia improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del paziente, mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste.
La persona interessata, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità obbligatorie connesse al servizio di cura, assistenza e riabilitazione.
Qualora il trattamento dati sia necessario per la cura e riabilitazione dell'interessato e questo ultimo non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.
Il responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dall'Associazione ai sensi dell'art.37 del GDPR può essere contattato all'indirizzo di posta elettronica: dpo@associazionealm.it).

Art. 5. CONSERVAZIONE E RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L' Associazione Laziale Motulesi Ente del Terzo Settore garantisce la conservazione sicura e riservata delle cartelle cliniche riabilitative, in conformità alle normative vigenti in materia di tutela dei dati personali (GDPR e normativa nazionale). Le cartelle cliniche sono archiviate per un periodo di 10 anni, come previsto dalle normative nazionali e regionali, in formato cartaceo e/o digitale, con sistemi che ne assicurano l'integrità, la disponibilità e la protezione da accessi non autorizzati. Il rilascio di copie della cartella clinica riabilitativa può essere richiesto dall'utente, dal legale rappresentante o dai familiari aventi diritto tramite apposita richiesta scritta (MOD.82) dopo la dimissione del paziente. La copia della cartella clinica riabilitativa verrà rilasciata in formato cartaceo o elettronico.
Possono altresì essere richieste relazioni cliniche e/o certificazioni tramite il MOD 83.
L' Associazione Laziale Motulesi Ente del Terzo Settore si impegna ad evadere le richieste entro 30 giorni lavorativi, salvo specifiche urgenze documentate.

Per ulteriori informazioni o per assistenza nella presentazione delle richieste, gli utenti possono rivolgersi alla segreteria amministrativa.

Art. 6. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

L'Associazione Laziale Motulesi Ente del Terzo settore, nel garantire il rispetto degli standard di qualità, utilizza, per la verifica degli stessi i seguenti strumenti:

- Somministrazione di Questionari di gradimento agli Utenti al fine di rilevare il grado di soddisfazione circa il servizio offerto; i dati raccolti vengono esaminati allo scopo di apportare eventuali correttivi necessari.
- Verifica delle competenze e programmazione della formazione del personale sanitario coinvolto, tra l'altro, nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina.
- Rilievo e gestione delle segnalazioni: note, comunicazioni e suggerimenti possono essere inseriti nel box collocato all'ingresso di ogni sede e riceveranno riscontro nei 30 giorni lavorativi successivi.

Infine, l'A.L.M. ETS, oltre a rendere disponibile su richiesta il proprio Sistema di Gestione della Qualità redatto rispettando la norma UNI EN ISO 9001:2015, si impegna a mantenere attivi i percorsi di miglioramento continuo dei servizi offerti e intende sottoporre la propria organizzazione al vaglio di organismi di certificazione accreditati.

Art. 7. TRATTAMENTO IN REGIME SEMIRESIDENZIALE

Il Servizio semiresidenziale erogato dall'A.L.M. ETS è attivo presso il Centro di Riabilitazione "Papa Giovanni XXIII" in Roma - zona Eur - Viale Aldo Ballarin n. 106/108, nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Roma 2

Orari Segreteria: lunedì – venerdì 08.00 – 20.00 / sabato 08.00 – 13.00
Recapiti: 06 5037419 – 06 5037545 E-mail: segreteria@associazionealm.it

il servizio semiresidenziale è attivo per 5 giorni a settimana, dal lunedì al venerdì, con permanenza dell'ospite prevista dalle ore 8.10 del mattino alle ore 15.40 del pomeriggio. Il servizio di trasporto degli assistiti è a carico della ASL di residenza. Gli interventi riabilitativi definiti dal Progetto Riabilitativo Individuale vengono articolati nell'arco della settimana e generalmente sono erogati all'interno della struttura. È possibile erogare i trattamenti previsti nel PRI secondo un "mix" di regimi assistenziali diversi (es. ambulatoriale da remoto, accessi domiciliari in presenza; progetti semiresidenziali integrati con accessi domiciliari e con prestazioni da remoto) purché idonei a garantire l'efficacia dell'intervento, nonché condivisi con il paziente, la sua famiglia (o amministratore di sostegno/tutore) e con il competente servizio della ASL di residenza.

Nel contesto della struttura gli utenti sono suddivisi in gruppi misti per età e genere, livello di autonomia, capacità cognitive e relazionali, necessità educative e riabilitative individuali, ed ospitati in ambienti convenientemente attrezzati (moduli) con un gruppo di lavoro composto da educatori professionali e operatori socio sanitari che li seguono costantemente. Condividono il momento del pranzo, varie attività ricreative (feste, animazione) e attività esterne di integrazione.

7.1 Destinatari.

Sono destinatari del trattamento in regime semiresidenziale i pazienti con esiti di cerebropatie infantili, caratterizzate dalla presenza o dalla coesistenza di disabilità fisiche, cognitive e comportamentali, determinanti patologie complesse che necessitano di interventi terapeutici non erogabili in regime ambulatoriale. Le persone con disturbo comportamentale grave sono accolte quando il disturbo è contenibile in relazione alle risorse strutturali e di personale.

- *Nucleo semiresidenziale di riabilitazione estensiva*, eroga attività assistenziale complessa per:
  - pazienti che hanno superato la fase di acuzie e di immediata post-acuzie, e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale;
  - pazienti in età evolutiva;
  - pazienti che hanno avuto una modifica dello stato clinico e delle richieste funzionali.

- *Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento*, eroga attività assistenziale basata su una forte integrazione socio-sanitaria per:
  - pazienti con esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento.

L'onere delle prestazioni erogate nel *Nucleo semiresidenziale di riabilitazione estensiva* è a totale carico del SSR.
L'onere delle prestazioni erogate nel *Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento* è per il 70% a carico del SSR e per il restante 30% della tariffa a carico dell'utente e/o del Comune di residenza, sulla base della valutazione della capacità contributiva (ISEE). La DGR n. 22 del 23 gennaio 2025 disciplina la quota di partecipazione alla spesa per le giornate di presenza e di assenza nella modalità semiresidenziale di mantenimento.

7.2 Dimissione dell'utente.

La dimissione, per ogni utente, è prevista:

a) Su richiesta del paziente/della famiglia (dimissione volontaria)
b) In seguito a valutazione tecnica dell'equipe per i seguenti motivi:

- Conclusione del progetto riabilitativo con raggiungimento degli obiettivi prefissati o con valutazione negativa in merito ad ulteriori possibilità di intervento;
- Mutate condizioni cliniche e funzionali che rendono la frequenza inadatta rispetto alle premesse che hanno determinato l'inserimento;
- Assenza prolungata per ricoveri/malattie o eccessivo numero di assenze ingiustificate;
- Necessità di passaggio ad altro e più idoneo intervento (es. domiciliare o invio a strutture residenziali) in riferimento al percorso riabilitativo fatto ed anche in relazione all'età dell'utente;
- Insorgenza o persistenza di gravi problemi comportamentali non contenibili, che invalida la possibilità di un intervento efficace e/o mette a rischio l'incolumità fisica di altri ospiti, l'integrità psicologica, la tranquillità del gruppo.

7.3 Modalità di erogazione del trattamento.

Nel contesto della struttura gli utenti sono ospitati in ambienti convenientemente attrezzati (moduli), in un gruppo di lavoro composto da alcune tra le seguenti figure riabilitative: educatore professionale, psicologo,

terapista occupazionale, infermiere professionale, oltre agli operatori sociosanitari, che li seguono costantemente.

Nei moduli vengono realizzate la gran parte delle attività di tipo educativo, occupazionale, cognitivo-neuropsicologica, dirette all'incremento delle capacità adattive degli utenti, durante le quali le figure riabilitative, coadiuvate dagli operatori sociosanitari e, all'occorrenza, da volontari del Servizio Civile e tirocinanti, lavorano insieme agli assistiti per lo sviluppo o il consolidamento di autonomie personali e sociali, di abilità relazionali, comunicative, affettivo-emotive, cognitive, sensoriali, espressive e progettuali, secondo il Progetto Individualizzato concordato in equipe, che tiene conto dei bisogni specifici di ciascun paziente. Accanto alle specifiche terapie riabilitative si prevedono la condivisione del momento del pranzo e attività integrative di carattere didattico, artistico, ricreativo (feste, animazione), tendenti a fornire occasioni per mantenere attivi i processi cognitivi e per l'acquisizione di maggiore stima di sé e delle proprie possibilità, facilitando l'adattamento alla vita sociale e di relazione, tramite uscite istruttivo-ricreative.

L'attività riabilitativa fisioterapica è organizzata, secondo quanto previsto dal programma personalizzato, in interventi di terapia individuale e, all'occorrenza, di piccolo gruppo, che prevedono attività di riabilitazione neuromotoria, psicomotoria e respiratoria.

L'attività assistenziale viene resa in base a indicazioni fornite dal personale medico, con esecuzione di prassi e metodologie stabilite, volte alla gestione fisica e supplenza dell'handicap in una logica di servizio e garanzia della dignità della persona, per via della frequente severità delle compromissioni neuromotorie di cui soffrono gli assistiti della degenza diurna.

All'interno dell'orario di degenza si avvicendano, quindi, interventi riabilitativi, ricreativi ed assistenziali, secondo un corretto impiego delle risorse disponibili in relazione ai bisogni dell'utente.

7.4 Progetto Riabilitativo Individuale.

Il Progetto individualizzato definisce, per ciascun utente, quali sono gli obiettivi da raggiungere, le azioni e condizioni necessarie al suo raggiungimento e costituisce, dunque, indispensabile riferimento per ogni intervento attuato dal gruppo di lavoro. Prevede momenti di verifica tra gli operatori attraverso periodiche riunioni di equipe, in cui si mettono a confronto le diverse valutazioni cliniche dei professionisti. Il progetto e la cartella riabilitativa sono effettuati a cura del medico responsabile, in modo conforme alle disposizioni normative vigenti che regolamentano il settore e vengono condivisi con l'utente/familiare (counseling) nel momento dell'iniziale presa in carico, dell'eventuale introduzione di modifiche e del rinnovo/conclusione.

Le modalità della presa in carico sono di tipo globale, in stretta collaborazione con i responsabili dei servizi socio-sanitari territoriali e con altre organizzazioni, nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo primario del benessere psico-fisico delle persone con disabilità, che prevede l'accoglimento dei bisogni propri e della famiglia.

7.5 Servizi disponibili per l'utenza semiresidenziale.

Il reparto semiresidenziale mette a disposizione degli utenti i seguenti servizi: assistenza medica, infermieristica, studio degli ausili specifici per il raggiungimento delle autonomie personali, terapia riabilitativa, individuale e/o di piccolo gruppo (logopedica, respiratoria, neuromotoria, psicomotoria, occupazionale, cognitivo-neuropsicologica), attività didattico-educativa, attività ricreativa e di

socializzazione, servizio mensa affidato al servizio di catering. Può essere erogato, all'occorrenza, servizio di valutazione ausili, con consulenze individuali sulla scelta degli ausili più idonei, sulle adeguate modalità di utilizzo, istruzione della famiglia per l'espletamento delle procedure necessarie ai fini dell'autorizzazione alla fornitura dell'ausilio. Il settore semiresidenziale può ospitare tirocini formativi per Educatori Professionali, Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali, Psicologi, Tecnici dei Servizi Sociali e Operatori Socio-sanitari e gestire la formazione dei volontari del Servizio Civile.

7.6 Disciplina delle Assenze.

Le prestazioni di riabilitazione erogate in regime di accreditamento sono interventi riabilitativi finalizzati al conseguimento di obiettivi specifici, per i quali presupposto fondamentale è la **continuità del trattamento**. Pertanto si richiede la massima collaborazione per poter onorare l'impegno assunto. **Tutte le assenze**, sia quelle programmate (es. per controlli medici) che quelle dipendenti da cause non prevedibili **vanno segnalate con sollecitudine alla Segreteria**. Le assenze per causa di malattia debbono essere giustificate sempre e tempestivamente; a tale proposito occorre presentare il certificato medico, che deve attestare la malattia e specificare il periodo di prognosi (es. malato/a dal 00/00/00 al 00/00/00).

Le assenze "ingiustificate" (non causate da malattia) debbono essere "eccezionali", determinate da eventi occasionali e imprevedibili. Continui e ripetuti periodi di assenza non solo pregiudicano l'esito del trattamento ma impediscono ad altri utenti in lista di attesa, che necessitano di frequenza regolare e continuativa, di trovare spazio di presa in carico diurna. Per le disposizioni regionali attualmente in vigore, DGR 979/2020 e successive modifiche e integrazioni intervenute con la DGR 138/2022, nel regime semiresidenziale è ammesso un numero di assenze pari a 10 giorni per ogni ricovero ospedaliero, mentre per tutte le altre motivazioni fino a 60 giorni per un progetto della durata di 365 giorni e in caso di progetti di minor durata il numero delle assenze si calcola in proporzione. Il superamento di tali limiti può comportare la sospensione del Progetto Riabilitativo e la dimissione d'ufficio.

7.7 Rapporti con il personale sanitario e assistenziale

Il personale è tenuto ad improntare il proprio lavoro ai principi ispiratori della filosofia del Centro, assicurando un ambiente favorevole al benessere e alla crescita integrale della persona con disabilità e un servizio socio-riabilitativo efficiente ed efficace, ognuno secondo la propria qualifica e le proprie competenze professionali e personali. Sin dalla fase di accoglienza e per tutte le fasi del trattamento il rapporto con l'utenza e i familiari deve essere contraddistinto da disponibilità e cortesia, accoglienza e sostegno.

È compito di tutto il personale assicurare una convivenza armonica e serena all'interno della comunità, attraverso gli strumenti del dialogo, del rispetto reciproco, della collaborazione e della solidarietà, assumendo la responsabilità etica e civica di tutela della dignità ed integrità psicofisica propria e degli altri lavoratori.

Ai familiari e visitatori non è consentito accedere in reparto senza l'accompagnamento di personale interno, dopo aver comunicato la presenza in Segreteria e il motivo della visita. È altresì vietato interrompere gli operatori durante il lavoro; Per necessità di avere un colloquio in sede ALM con il medico responsabile del progetto o altro membro dell'equipe è fortemente consigliato fissare un appuntamento, tramite Segreteria. In tal modo, grazie ad una organizzazione che liberi da altri incarichi il medico e altri operatori, senza incidere sfavorevolmente sulle attività riabilitative strutturare in favore del gruppo utenti, sarà possibile ricevere la

massima disponibilità del personale. Per far pervenire informazioni alla nostra struttura si possono impiegare i canali mail e WhatsApp sui cellulari di servizio, tuttavia è preferibile chiamare telefonicamente per assicurarsi l'adeguata ricezione di comunicazioni importanti.

Per l'invio degli aggiornamenti clinici e le comunicazioni relative al servizio mensa è attiva l'e-mail: infermeria.papagiovanni@associazionealm.it.

Ai sensi della Legge n. 171 del 18/11/2024, non è tollerata alcuna forma di violenza fisica o verbale nei confronti del personale sanitario e amministrativo.

7.8 Tutela della salute individuale e collettiva

I familiari/tutori degli utenti sono tenuti a comunicare al medico referente qualunque informazione relativa allo stato di salute fisica e mentale dell'utente, ivi comprese le eventuali terapie farmacologiche in atto o pregresse, provvedendo a consegnare tempestivamente copia dei referti di visite mediche, esami ematochimici, esami strumentali, consulenze specialistiche. Per il rispetto della salute della collettività si raccomanda di far astenere l'utente qualora si trovi in condizioni igieniche inadeguate e situazioni di salute non buone e soprattutto in presenza di malattie contagiose.

La fornitura dei pannoloni, traverse, assorbenti, pomate all'ossido di zinco, un cambio di abito è a cura della famiglia, così come il kit per l'igiene orale e per la eventuale nutrizione PEG.

Sia i farmaci assunti regolarmente dall'assistito che quelli da somministrare all'occorrenza devono essere forniti al centro dalla famiglia, accompagnati da prescrizione del curante. Il centro s'impegna ad attenersi a tale prescrizione senza effettuare variazioni di propria iniziativa. Tuttavia se il medico in turno dovesse ravvisare una condizione di grave emergenza psico-fisica provvederà a somministrare farmaci o all'applicazione di manovre invasive salvavita, se ritenute indispensabili e indifferibili, informando la famiglia successivamente, nel più breve tempo possibile. In caso di focolaio epidemico da Sars-CoV-2 nel settore diurno dell'ALM il personale sanitario si riserva l'autonoma facoltà di sottoporre l'utente a tampone rapido.

7.9 Possibili rischi

L'intero personale dell'ALM opera in modo così scrupoloso e accurato da rendere remota l'occorrenza di rischi che tuttavia non è possibile annullare, ragion per cui vengono rappresentati. In un centro semiresidenziali non è escluso di poter andare soggetti al rischio biologico per esposizione a microrganismi causanti infezioni, allergie o intossicazioni, in addizione bisogna contemplare irritazioni cutanee per allergia da contatto, traumi da caduta e soffocamento per ingestione di farmaci, alimenti o da corpo estraneo.

Art. 8. TRATTAMENTO IN REGIME NON RESIDENZIALE AMBULATORIALE ADULTO

8.1 Destinatari.

Sono destinatari del trattamento in regime ambulatoriale tutti i pazienti affetti da patologie neurologiche, neurodegenerative, cardiorespiratorie o ortopediche che presentano grave disabilità.

8.2 Dimissione dell'utente.

La dimissione, per ogni utente, è prevista:

a) Su richiesta del paziente/della famiglia (dimissione volontaria)
b) In seguito a valutazione tecnica dell'equipe per i seguenti motivi:
   - Conclusione del progetto riabilitativo con raggiungimento degli obiettivi prefissati o necessità di passaggio ad altro regime (es. domiciliare, semiresidenziale, residenziale) in riferimento al percorso riabilitativo fatto ed anche all'età dell'utente;
   - Instabilità clinica
   - Assenza prolungata per ricoveri/malattie o eccessivo numero di assenze ingiustificate;

8.3 Modalità di erogazione del trattamento.

Il trattamento è erogato in sede su appuntamento, in modalità individuale e in continuità terapeutica. L'utente è tenuto a presentarsi agli orari concordati e recarsi personalmente presso il terapista designato. Per motivi organizzativi sarà a volte necessario modificare il terapista o l'orario di terapia. La durata del trattamento a contatto diretto è di 45 minuti come disposto dalla regione. Eventuali ritardi non potranno essere recuperati. È necessario abbigliamento adatto al tipo di trattamento, il centro mette a disposizione degli spogliatoi.

8.4 Progetto Riabilitativo Individuale.

Il Progetto Riabilitativo Individuale viene redatto dal Medico Responsabile che definisce per ogni utente, insieme all'equipe riabilitativa, gli obiettivi da raggiungere, le azioni e condizioni necessarie al suo raggiungimento. Sono previsti momenti di verifica dell'andamento del programma attraverso periodiche riunioni di équipe. Il progetto viene condiviso con l'utente/familiare/tutore nel momento dell'iniziale presa in carico, dell'eventuale introduzione di modifiche e del rinnovo/conclusione.

Le modalità della presa in carico sono di tipo globale, in stretta collaborazione con i responsabili dei servizi socio-sanitari territoriali e con altre organizzazioni, nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo primario del benessere psico-fisico delle persone con disabilità, che prevede l'accoglimento dei bisogni propri e della famiglia.

8.5 Disciplina delle Assenze.

Le prestazioni di riabilitazione necessitano della **continuità del trattamento. Tutte le assenze**, sia quelle programmate (es. per controlli medici) che quelle dipendenti da cause non prevedibili **vanno segnalate con sollecitudine alla Segreteria**.

si richiede di comunicare il prima possibile, in genere almeno 48 h prima, le assenze previste inviando comunicazione scritta all'indirizzo mail dedicato: assenzepapagiovanni@associazionealm.it. In questo modo sarà possibile recuperarle, concordando con il Centro le date e gli orari disponibili. Potrebbe non essere garantito lo stesso terapista. È importante recuperare tutte le assenze possibili perché le norme sopracitate pongono un limite massimo percentuale per le assenze non recuperabili (comunicate con meno di 48 ore di anticipo o non recuperate per impossibilità organizzative) corrispondente al 20% per gli Utenti adulti, calcolato sul totale degli accessi previsti dal progetto. Il superamento di tali limiti può comportare la sospensione del Progetto Riabilitativo e la dimissione d'ufficio.

8.6 Rapporti con il personale sanitario e assistenziale

Per necessità di avere un colloquio in sede ALM ETS con il medico responsabile del progetto è consigliato fissare un appuntamento, tramite Segreteria, in modo da ricevere la massima disponibilità del personale. Per far pervenire informazioni alla nostra struttura si possono impiegare i canali telefonici, e-mail, e WhatsApp sui cellulari di servizio.

8.7 Tutela della salute individuale e collettiva

Gli utenti sono tenuti a comunicare al medico referente qualunque informazione relativa allo stato di salute fisica e mentale dell'utente, ivi comprese le eventuali terapie farmacologiche in atto o pregresse, provvedendo a consegnare tempestivamente copia dei referti di visite mediche, esami ematochimici, esami strumentali, consulenze specialistiche. Per il rispetto della salute della collettività si raccomanda di non presentarsi in sede qualora l'utente si trovi in condizioni salute non buone e soprattutto in presenza di malattie contagiose.

In struttura è sempre garantita la sorveglianza medica che in caso di emergenza psico-fisica provvederà a somministrare farmaci o all'applicazione di manovre invasive salvavita, se ritenute indispensabili e indifferibili.

8.8 Possibili rischi

L'intero personale dell'ALM opera in modo così scrupoloso e accurato da rendere remota l'occorrenza di rischi che tuttavia non è possibile annullare del tutto. In un centro ambulatoriale è presente rischio biologico per esposizione a microrganismi causanti infezioni, o allergie, sono possibili irritazioni cutanee per allergia da contatto con le attrezzature e i detergenti usati e infine rischi correlati alla terapia motoria come lesioni muscolo-tendinee e traumi da caduta.

Art. 9 TRATTAMENTO IN REGIME NON RESIDENZIALE AMBULATORIALE PER L'ETA' EVOLUTIVA

Quando il Centro ALM accoglie un bambino e la sua famiglia, si impegna ad una "presa in carico globale" del minore; in altre parole, l'Equipe Riabilitativa non si occuperà solo del disturbo specifico, ma si prenderà cura del bambino nella sua totalità, in un percorso dinamico, intervenendo nel merito degli aspetti fisici, funzionali, psicologici, relazionali, sociali e scolastici, per meglio definire le difficoltà ma anche le abilità e potenzialità.

9.1 Criteri di presa in carico e dimissione.

Sono destinatari del trattamento in regime ambulatoriale tutti i pazienti minori che presentano condizioni patologiche di diversa natura che influiscono negativamente sullo sviluppo armonico dell'individuo. Le principali patologie trattate nel nostro ambulatorio sono i disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi della comunicazione, l'ipoacusia, il disturbo ADHD, i disturbi dello spettro autistico, il ritardo globale di sviluppo, la disabilità intellettiva nelle diverse gravità, le patologie neurologiche e ortopediche.

La presa in carico e il percorso riabilitativo per ogni patologia è effettuato seguendo le indicazioni dei criteri esposti nel Documento tecnico "Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale" della Regione Lazio, facente parte dei Decreti del Commissario ad Acta Decreto del Commissario ad Acta 22 luglio 2020, n. U00101 Approvazione del 30/07/2020 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 96 - Supplemento

n. 1, e sintetizzati nell'allegato 1 "**Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo territoriale non residenziale e criteri di dimissione per alcune particolari condizioni patologiche".**

Nelle disposizioni regionali contenute nel documento succitato sono specificati anche i criteri di dimissione a cui il Centro è tenuto ad attenersi a seconda della specifica patologia e dell'età del bambino. La dimissione è prevista anche:

a) Su richiesta del paziente/della famiglia (dimissione volontaria)
b) In seguito a valutazione tecnica dell'equipe per i seguenti motivi:

- Conclusione del progetto riabilitativo con raggiungimento degli obiettivi prefissati
- Impossibilità nel fissare nuovi obiettivi raggiungibili
- Stabilità del quadro funzionale per oltre 2 anni.
- Necessità di passaggio ad altro regime assistenziale più idoneo (es. domiciliare, semiresidenziale, residenziale) per instabilità clinica o motivi organizzativi.
- Assenza prolungata per ricoveri/malattie o eccessivo numero di assenze ingiustificate;
- Perdita dell'alleanza terapeutica tra la famiglia e l'equipe

9.2 Modalità di erogazione del trattamento.

Il trattamento è erogato in sede in base ad orari programmati e condivisi con la famiglia. La durata della terapia è di 50 minuti di cui 45 a contatto del paziente. La frequenza di ogni terapia deve essere attestata mediante apposizione della firma nell'apposita scheda di presenza, da parte del genitore o accompagnatore delegato. Non interrompere la terapia, tutelando il processo in atto, rappresenta un impegno di rispetto e attenzione nei riguardi dei piccoli utenti.

Si richiede ai familiari il rispetto dell'orario di inizio e termine di ciascuna terapia, poiché il lavoro con i bambini necessita di tempi di accoglienza e di preparazione.

Per consentire l'accesso alle terapie è necessario che i minori siano accompagnati dai genitori o da altra persona per cui gli stessi abbiano rilasciato delega.

Poiché giuridicamente considerato atto di straordinaria amministrazione, per la delega è sempre necessario il consenso in forma scritta da parte di **entrambi i genitori**, ai quali si richiede pertanto la sottoscrizione del Modulo 71 – "Delega rilasciata dai genitori- Tutori", disponibile presso la Segreteria del Centro. Pertanto, qualora si verifichi che il bambino debba essere accompagnato/ripreso da persone diverse dai genitori, gli incaricati dovranno presentarsi in Segreteria muniti di delega (Mod. 71) e di copia del documento di identità del delegato e dei deleganti.

In alcun modo il bambino può essere lasciato in custodia alla terapista o al personale di segreteria oltre il tempo previsto per lo svolgimento della terapia.

In caso di accompagnatore sprovvisto di delega il bambino non potrà essere affidato all'accompagnatore fino alla presentazione di delega valida. La segreteria, contatterà i genitori e in caso di irreperibilità provvederà ad informare l'Autorità competente del caso.

Si raccomanda vivamente al genitore/accompagnatore di non allontanarsi durante lo svolgimento della terapia ma di assicurare la pronta reperibilità per qualsiasi necessità che dovesse sopraggiungere.

Si chiede, inoltre, di parlare a bassa voce durante il tempo d'attesa per non disturbare le terapie e le visite in corso e di vigilare sul comportamento dei bambini che attendono all'ingresso o negli spazi esterni alla struttura.

All'interno dei locali e delle aree pertinenziali della struttura sanitaria è assolutamente vietato l'uso di strumenti di ripresa foto/audio/video, a tutela della riservatezza degli utenti e del personale.

L'assegnazione dell'orario di frequenza e dei tecnici della riabilitazione, avviene sulla base delle disponibilità del momento e tenuto conto dei vincoli organizzativi della struttura. Per tutelare la frequenza scolastica degli utenti in età scolare l'attività riabilitativa è concentrata nella fascia pomeridiana. La Direzione si riserva la facoltà di modificare, per esigenze organizzative e di funzionalità del servizio, l'orario e il tecnico assegnati, nel rispetto comunque della continuità terapeutica e dell'uniformità dell'intervento.

Nel caso in cui il tecnico sia costretto ad assentarsi, anche improvvisamente per causa di forza maggiore, lo stesso si impegna ad offrire la possibilità di recuperare la terapia, in orari compatibili con la totalità del lavoro svolto. Le terapie non svolte nel corso del mese per assenza dell'utente o del/della terapista, possono essere recuperate entro la prima settimana del mese successivo.

9.3 Progetto Riabilitativo Individuale.

Il Progetto Riabilitativo Individuale viene redatto dal Medico Responsabile che definisce per ogni utente, insieme all'equipe riabilitativa, gli obiettivi da raggiungere, le azioni e condizioni necessarie al suo raggiungimento. Sono previsti momenti di verifica dell'andamento del programma attraverso periodiche riunioni di équipe. Il progetto viene condiviso con i familiari/tutore nel momento dell'iniziale presa in carico, dell'eventuale introduzione di modifiche e del rinnovo/conclusione.

Le modalità della presa in carico sono di tipo globale, in stretta collaborazione con i responsabili dei servizi socio-sanitari territoriali e con altre organizzazioni, nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo primario del benessere psico-fisico delle persone con disabilità, che prevede l'accoglimento dei bisogni propri e della famiglia.

9.4 Disciplina delle Assenze.

Le prestazioni di riabilitazione erogate in regime di accreditamento, sono interventi riabilitativi finalizzati al conseguimento di obiettivi specifici, per i quali presupposto fondamentale è la continuità del trattamento. Pertanto, pur nel rispetto delle molteplici esigenze familiari e lavorative, si richiede ai genitori la massima collaborazione per poter onorare l'impegno assunto. **Tutte le assenze**, sia quelle programmate (es. per controlli medici) che quelle dipendenti da cause non prevedibili **vanno segnalate con sollecitudine alla Segreteria**. Le assenze per causa di malattia debbono essere giustificate sempre e tempestivamente; a tale proposito, occorre presentare al rientro il certificato medico, che deve attestare lo stato cessata malattia e non contagiosità.

Si richiede di comunicare il prima possibile, in genere almeno 48 h prima, le assenze previste inviando comunicazione scritta all'indirizzo mail dedicato: assenzepapagiovanni@associazionealm.it In questo modo sarà possibile recuperarle, concordando con il Centro le date e gli orari disponibili. Potrebbe non essere garantito lo stesso terapista. È importante recuperare tutte le assenze possibili perché le norme sopracitate pongono un limite massimo percentuale per le assenze non recuperabili (comunicate con meno di 48 ore di

anticipo o non recuperate per impossibilità organizzative) corrispondente al 40% per gli Utenti minori, calcolato sul totale degli accessi previsti dal progetto. Il superamento di tali limiti può comportare la sospensione del Progetto Riabilitativo e la dimissione d'ufficio.

9.5 Rapporti con il personale sanitario e assistenziale

Si raccomanda di utilizzare la parte iniziale dell'orario stabilito per la terapia del proprio figlio per eventuali comunicazioni brevi al/alla terapista. È vivamente raccomandato di non richiedere di parlare al telefono con il/la terapista che sta lavorando, salvo i casi in cui è veramente indispensabile (in tal caso, si può chiamare la segreteria al cambio di terapia e sarà cura della persona che risponde farsi portavoce del messaggio). Il medico referente effettua il monitoraggio del lavoro svolto in terapia e comunica con la famiglia circa l'andamento del percorso riabilitativo, con cadenza regolare salvo diversa e motivata necessità. La richiesta di colloqui o incontri con il medico referente o con il responsabile sanitario, va presentata alla Segreteria che provvederà a fissare l'appuntamento, verificata la disponibilità del sanitario. Anche la richiesta di relazioni cliniche e/o valutazioni periodiche deve essere presentata in Segreteria, compilando l'apposita modulistica.

Nel caso di genitori separati/divorziati, il centro propone ai genitori un protocollo di buone pratiche da seguire per il rispetto della bigenitorialità e dei diritti del bambino (Allegato 2).

9.6 Tutela della salute individuale e collettiva

I genitori/tutore dei piccoli utenti sono tenuti a comunicare al medico referente qualunque informazione relativa allo stato di salute fisica e mentale dell'utente, ivi comprese le eventuali terapie farmacologiche in atto o pregresse, provvedendo a consegnare tempestivamente copia dei referti di visite mediche, esami ematochimici, esami strumentali, consulenze specialistiche. Per il rispetto della salute della collettività si raccomanda di non presentarsi in sede qualora l'utente si trovi in condizioni salute non buone e soprattutto in presenza di malattie contagiose.

In struttura è sempre garantita la sorveglianza medica che in caso di emergenza psico-fisica provvederà a somministrare farmaci o all'applicazione di manovre invasive salvavita, se ritenute indispensabili e indifferibili.

9.7 Possibili rischi

L'intero personale dell'ALM opera in modo così scrupoloso e accurato da rendere remota l'occorrenza di rischi che tuttavia non è possibile annullare del tutto. In un centro ambulatoriale è presente rischio biologico per esposizione a microrganismi causanti infezioni, o allergie, sono possibili irritazioni cutanee per allergia da contatto con le attrezzature e i detergenti usati. Vista l'età degli utenti è presente rischio di soffocamento durante eventuali merende e infine rischi correlati alla terapia motoria come lesioni muscolo-tendinee e traumi da urto e da caduta. Le aree carrabili non sorvegliate, procurano un rischio di investimento per cui si raccomanda ai genitori di porre massima attenzione allo spostamento dei bambini.

Art. 10 TRATTAMENTO IN REGIME NON RESIDENZIALE DOMICILIARE

10.1 Destinatari.

Sono destinatari del trattamento in regime domiciliare tutti i pazienti affetti da patologie neurologiche, cardiorespiratorie o ortopediche che presentano grave disabilità tale da non poter essere trattati in ambulatorio.

10.2 Dimissione dell'utente.

La dimissione, per ogni utente, è prevista:

a) Su richiesta del paziente/della famiglia (dimissione volontaria)
b) In seguito a valutazione tecnica dell'equipe per i seguenti motivi:
   - Conclusione del progetto riabilitativo con raggiungimento degli obiettivi prefissati o necessità di passaggio ad altro modalità di intervento (es. semiresidenziale, residenziale) in riferimento al percorso riabilitativo fatto ed anche in relazione all'età dell'utente;
   - Assenza prolungata per ricoveri/malattie o eccessivo numero di assenze ingiustificate.

10.3 Modalità di erogazione del trattamento.

Il trattamento è erogato presso il domicilio dell'assistito, su appuntamento, in modalità individuale e in continuità terapeutica. L'utente è tenuto a farsi trovare pronto, con un abbigliamento adatto (tuta/pigiama), in adeguate condizioni igieniche. La tendenza è quella di garantire stabilità nell'interazione terapeutica ma per motivi organizzativi potrà, all'occorrenza, essere modificato il terapista, il giorno o l'orario del trattamento, con preavviso. La durata del trattamento a contatto diretto è di 45 minuti come disposto dalla Regione.

10.4 Progetto Riabilitativo Individuale.

Il Progetto Riabilitativo Individuale viene redatto dal Medico Responsabile che definisce per ciascun utente, insieme all'equipe riabilitativa, gli obiettivi da raggiungere, le azioni e condizioni necessarie al suo raggiungimento. Sono previsti momenti di verifica dell'andamento del programma attraverso periodiche riunioni di equipe. Il progetto viene condiviso con l'utente/familiare/tutore nel momento dell'iniziale presa in carico, dell'eventuale introduzione di modifiche e del rinnovo/conclusione.

Le modalità della presa in carico sono di tipo globale, in stretta collaborazione con i responsabili dei servizi socio-sanitari territoriali e con altre organizzazioni, nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo primario del benessere psico-fisico delle persone con disabilità, che prevede l'accoglimento dei bisogni propri e della famiglia.

10.5 Disciplina delle assenze.

Le prestazioni di riabilitazione necessitano della **continuità del trattamento**. Tutte le assenze non recuperate in altro giorno, sia quelle programmate (es. per controlli medici) che quelle dipendenti da cause non prevedibili **vanno segnalate con sollecitudine alla Segreteria**.

Si richiede di comunicare il prima possibile, in genere almeno 48 ore prima, le assenze previste inviando comunicazione scritta all'indirizzo mail dedicato: assenzepapagiovanni@associazionealm.it. In questo modo sarà possibile recuperarle, concordando con il Centro le date e gli orari. È importante recuperare tutte le assenze possibili perché le norme sopracitate pongono un limite massimo percentuale per le assenze non recuperabili (comunicate con meno di 48 ore di anticipo o non recuperate per impossibilità organizzative)

corrispondente al 20% per gli utenti adulti, calcolato sul totale degli accessi previsti dal progetto. Il superamento di tali limiti può comportare la sospensione del Progetto Riabilitativo e la dimissione d'ufficio.

10.6 Rapporti con il personale sanitario e assistenziale.

Per la eventuale necessità di richiedere un appuntamento con il medico responsabile del progetto, per richiedere informazioni o fornire comunicazioni si possono usare i canali telefonici, e-mail e WhatsApp sui cellulari di servizio dell'ALM.

10.7 Tutela della salute individuale e collettiva.

Gli utenti/familiari sono tenuti a comunicare al medico referente qualunque informazione relativa allo stato di salute fisica e mentale dell'assistito, ivi comprese le eventuali terapie farmacologiche in atto o pregresse, provvedendo a consegnare tempestivamente copia dei referti di visite mediche, esami ematochimici, esami strumentali, consulenze specialistiche. A garanzia della salute si raccomanda di rimandare ad altra data l'appuntamento di terapia qualora l'utente si trovi in condizioni igieniche inadeguate e situazioni di salute non buone e soprattutto in presenza di malattie contagiose.

10.8 Possibili rischi

L'intero personale dell'ALM opera in modo così scrupoloso e accurato da rendere remota l'occorrenza di rischi che tuttavia non è possibile annullare del tutto. Nell'ambito del trattamento domiciliare è presente rischio biologico per esposizione a microrganismi causanti infezioni o allergie, sono possibili irritazioni cutanee per allergia da contatto e infine rischi correlati alla terapia motoria come lesioni muscolo-tendinee e traumi da caduta.

ART. 11. ALTRI SERVIZI

Servizio informazione e valutazione ausili, rivolto agli utenti del Centro, che fornisce indicazioni e consulenze individuali sulla scelta degli ausili più idonei. Il servizio inoltre fornisce all'utente e alla sua famiglia tutte le informazioni necessarie per l'esecuzione delle procedure richieste, ai fini dell'autorizzazione alla fornitura dell'ausilio. L'equipe si occupa di addestrare l'utente all'uso corretto degli ausili prescritti.

L'A.L.M. provvede ad aggiornare gli operatori con corsi di formazione specifici e con consulenti esterni, esperti nelle varie discipline.

Le strutture dell'A.L.M. sono sede di tirocini per le seguenti figure professionali: Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Psicologi, Psicoterapeuti, Educatori Professionali, Terapisti occupazionali e Operatori Socio-Sanitari.

Nel semiresidenziale viene svolto il Servizio Civile Nazionale.

ART. 12. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

12.1 Direzione Sanitaria

Il Direttore Sanitario:

- dirige e coordina tutti i settori operativi del Centro di Riabilitazione dal punto di vista tecnico-organizzativo, igienico e sanitario;
- esercita la supervisione sulle attività assistenziali e sulle attività di servizio che interessano direttamente e/o indirettamente la salute dei pazienti (servizio mensa, pulizie e altro);
- coordina i medici responsabili di progetto e i consulenti specialisti che collaborano con il Centro;
- svolge le funzioni di Care Manager;
- vigila sulla normativa in materia di protezione sanitaria dei pazienti e del personale;
- cura la tenuta dell'archivio sanitario e vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari;
- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente;
- raccoglie i dati statistici sulla qualità del servizio, anche al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e del rapporto con l'utenza;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente.

Gestione delle risorse umane

La Direzione sanitaria definisce le politiche di gestione delle risorse umane mediante:

- valutazione del fabbisogno di personale in termini quantitativi e qualitativi, per ciascuna professione o qualifica professionale, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività e secondo criteri definiti dalla normativa regionale;
- predisposizione un piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile;
- indicazione delle modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

Gestione delle risorse tecnologiche

La Direzione sanitaria adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione, ne garantisce l'uso sicuro mediante l'adozione di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria.

12.2 Direzione Amministrativa

Il Direttore Amministrativo ha i seguenti compiti:

- esercitare il potere di firma, disgiuntamente dal Presidente, per operare su tutti i c\c bancari e postali intestati all' ALM ETS per le seguenti operazioni: versamenti e prelievi, emissione giro e negoziazioni di assegni, ritiro libretti e moduli di assegni, ordini di bonifici, pagamento imposte e versamento oneri sociali e previdenziali, incasso pagamenti con rilascio di relative quietanze, richiesta e rinnovo di anticipazioni bancarie su crediti verso le AA.SS.LL. e\o la Regione Lazio, richiesta fidi, apertura e chiusura di conti correnti;

- sottoscrivere, anche mediante dispositivo di firma digitale, le fatture emesse dall'Associazione e i documenti contabili e amministrativi collegati.
- firmare la corrispondenza verso le AA.SS.LL. e\o la Regione Lazio, quando riferita alla normale operatività dell'Associazione.
- approvare preventivi e offerte avanzati dai fornitori di beni e servizi, relativamente alla gestione ordinaria delle attività.
- gestire i rapporti con i clienti;
- gestire i rapporti con i fornitori;
- occuparsi dei rapporti con i consulenti esterni e le istituzioni creditizie;
- redigere lettere, relazioni, contratti e atti in genere.
- curare l'istruttoria ed evadere le pratiche concernenti l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture A.L.M.;
- curare l'amministrazione del personale circa le problematiche relative all'organico, mansioni e inquadramenti, alle spettanze e diritti contrattuali e legislativi, agli elementi previdenziali e assistenziali;
- garantire la corretta gestione degli aspetti amministrativo - contabili e fiscali;
- verificare il bilancio consuntivo annuale e preparare la relazione sulla gestione;
- supportare la direzione sanitaria nella gestione operativa dei servizi di riabilitazione;
- prendere parte alle riunioni del Consiglio Direttivo dell'Associazione e svolgere le funzioni di segretario;
- curare i rapporti con i funzionari delle ASL, della Regione e di tutti gli Enti pubblici con i quali i Centri di Riabilitazione abbiano relazioni inerenti le proprie attività;
- curare i rapporti con le associazioni di categoria ARIS/FOAI.

12.3 Settore Amministrativo

Lo Staff Amministrativo:

- gestisce, da un punto di vista informativo e documentale, le attività degli utenti. In particolare:
- fornisce tutte le informazioni preliminari, necessarie all'orientamento dei pazienti/utenti,
- gestisce la procedura di accesso a tutti i servizi del Centro;
- prepara, gestisce e archivia tutti i moduli di registrazione dei servizi erogati;
- provvede all'elaborazione dei dati statistici sui pazienti/utenti e sui servizi erogati;
- provvede all'amministrazione del personale interno (presenze, assenze, ritardi, permessi, altro);
- supporta la Direzione nella definizione degli obiettivi di qualità e ne verifica il raggiungimento, attraverso la gestione degli indicatori;
- provvede agli adempimenti amministrativi del Centro.

12.4 Servizi ausiliari

Supportano i settori operativi e ne facilitano i compiti:

- Unità interna dei Volontari del Servizio Civile, coordinata dal Direttore, che provvede ad assegnare le risorse disponibili sulla base delle necessità individuate.

- Servizi appaltati all' esterno:

- Servizio fornitura pasti (catering), per i pazienti a degenza diurna. A richiesta, il pasto viene somministrato nel rispetto di credenze religiose e di eventuali diete certificate.

- Servizio di pulizia e sanificazione degli ambienti.

- Servizio di smaltimento rifiuti speciali, ove presenti, che viene svolto nei tempi e nei modi previsti dalle normative vigenti, con accurata annotazione nel registro di carico e scarico dei rifiuti.

- Servizi Tecnici, che provvedono alla manutenzione dell'edificio e degli impianti.

Servizio Trasporti, che gestisce il servizio di prelevamento e accompagnamento a domicilio degli assistiti in regime semiresidenziali, a carico dell'Azienda Sanitaria di residenza dell'utente.

Art. 13. NORME COMPORTAMENTALI CHE REGOLANO LA VITA COMUNITARIA

Il personale è tenuto ad improntare il proprio lavoro ai principi ispiratori della filosofia del Centro, assicurando un ambiente favorevole al benessere e alla crescita integrale della persona con disabilità e un servizio socio-riabilitativo efficiente ed efficace, ognuno secondo la propria qualifica e le proprie competenze professionali e personali.

Sin dalla fase di accoglienza e per tutte le fasi del trattamento il rapporto con l'utenza e i familiari deve essere contraddistinto da disponibilità e cortesia, accoglienza e sostegno.

È compito di tutto il personale assicurare una convivenza armonica e serena all'interno della comunità, attraverso gli strumenti del dialogo, del rispetto reciproco, della collaborazione e della solidarietà, assumendo la responsabilità etica e civica di tutela della dignità ed integrità psicofisica propria e degli altri lavoratori.

Per quanto non disciplinato dal presente regolamento si fa riferimento alle norme contrattuali, quindi alle disposizioni regionali e civilistiche.

Roma, 08/06/2026

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Angela Salomè

Il Rappresentante Legale

Dott. Bruno Sorce

ALLEGATO 1 Regolamento Interno

"INDICAZIONI CLINICHE PER L'ACCESSO AL PERCORSO RIABILITATIVO TERRITORIALE NON RESIDENZIALE E CRITERI DI DIMISSIONE PER ALCUNE PARTICOLARI CONDIZIONI PATOLOGICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA" (DCA Regione Lazio n. U00101 del 22 Luglio 2020)

PARALISI CEREBRALE INFANTILE (ICD9-CM 343; ICD 10 G80)

Età evolutiva

Criteri di accesso

Risulta indispensabile la tempestività dell'intervento riabilitativo neuromotorio, anche in forma di ciclo terapeutico "intenso" e di breve durata, in coincidenza di:

- insorgenza di complicanze da immobilizzazione tali da compromettere l'accudimento;
- "finestre evolutive" (periodi di maggiore sensibilità e trasformabilità delle funzioni e competenze del bambino) tipiche dei soggetti in età evolutiva;
- eventi acuti che possono compromettere il normale svolgimento delle funzioni motorie e/o comunicative acquisite, necessarie per le attività di vita quotidiana;
- interventi di chirurgia funzionale sull'apparato muscolo/scheletrico;
- interventi mirati al controllo della spasticità (tossina botulinica, impianto di pompe al baclofene, interventi neurochirurgici quali rizotomia ecc);
- interventi neurochirurgici (quali derivazioni liquorali, impianto di neuro stimolatori, emisferectomia ecc);
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche respiratorie;
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche legate alla funzione di deglutizione (disfagia);
- addestramento all'uso di ausili/protesi indispensabili per lo svolgimento, da parte del paziente o del caregiver, delle attività di vita quotidiana;
- addestramento all'uso di ausili per la comunicazione e di strumenti informatici personalizzati.

Criteri di dimissione

Si ritiene indicato definire che, anche in età evolutiva, si deve procedere alla dimissione dall'intervento riabilitativo neuromotorio se dopo un ragionevole periodo di tempo non si sia verificata alcuna modificazione clinica significativa, in particolare nelle forme lievi (I e II della "Gross Motor Function Classification System" (GMFCS). Deve essere valutata la stabilità del quadro clinico e funzionale in relazione ai cambiamenti staturo ponderali

e favorita la ciclizzazione degli interventi per obiettivi specifici, che può maggiormente essere in sintonia con i processi di crescita. Nel caso di comorbidità con disabilità intellettive e/o con altri disturbi dello sviluppo di interesse neuropsichiatrico deve essere effettuata la presa in carico di tali disabilità e dovrà essere definita, da parte dei servizi territoriali (TSMREE o equivalenti), la necessità dell'intervento riabilitativo del disturbo della funzione motoria rispetto al momento evolutivo di ogni singola persona.

PCI - Età adulta

Criteri di accesso

Data la stabilizzazione della disabilità, in età adulta si ritiene indicato l'intervento riabilitativo quando insorgono condizioni cliniche che possono determinare un peggioramento significativo della qualità di vita della persona. Nel caso di comorbidità con disabilità intellettive e/o neuropsichiatriche deve essere valutata la priorità dell'intervento riabilitativo relativo al disturbo della funzione motoria rispetto ad altre aree funzionali. L'intervento riabilitativo si ritiene indispensabile in coincidenza di:

- insorgenza di complicanze da immobilizzazione tali da compromettere l'accudimento;
- eventi acuti che possono compromettere il normale svolgimento delle funzioni motorie e/o comunicative acquisite, necessarie per le attività di vita quotidiana;
- interventi di chirurgia funzionale sull'apparato muscolo/scheletrico;
- interventi mirati al controllo della spasticità (tossina botulinica, interventi neurochirurgici, ecc);
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche respiratorie;
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche legate alla funzione di deglutizione (disfagia);
- addestramento all'uso di ausili/protesi indispensabili per lo svolgimento, da parte del paziente o del caregiver, delle attività di vita quotidiana.

Il trattamento riabilitativo di elezione è quello ambulatoriale, quando la persona è in condizioni cliniche tali da consentirgli l'accesso alla struttura riabilitativa in autonomia. Il trattamento riabilitativo domiciliare è indicato in situazioni cliniche di grave disabilità e/o in caso di problematiche che ostacolano l'accesso all'ambulatorio.

RITARDO PSICOMOTORIO ICD9-CM 315.9; ICD10 F88 (Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo) o F78 (Ritardo mentale di altro tipo)

Criteri di accesso

L'intervento abilitativo/riabilitativo deve essere tempestivo, precoce e globale in presenza di: a) discrepanza significativa (almeno 4- 6 mesi) tra età di sviluppo ed età cronologica del bambino e/o la presenza di atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie, comunicativo linguistiche ed adattive; b) elevato grado di pervasività delle manifestazioni cliniche.

Criteri di dimissione

Dopo i 3 anni di età, essendo questa una diagnosi di "attesa", deve essere utilizzata la diagnosi appropriata e il percorso riabilitativo sarà quello del disturbo diagnosticato. I bambini che presentavano, invece, un disturbo transitorio e il cui sviluppo appare complessivamente ed armonicamente adeguato all'età cronologica vengono dimessi.

DISTURBI MISTI DELLO SVILUPPO ICD9-CM 315.5; ICD10 F83

Criteri di accesso

L'intervento abilitativo/riabilitativo deve essere precoce e globale in presenza di:

a) discrepanza significativa (almeno 4- 6 mesi) tra età di sviluppo ed età cronologica del bambino e/o la presenza di atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie, comunicativo linguistiche ed adattive;

b) elevato grado di pervasività delle manifestazioni cliniche.

Criteri di dimissione

Dopo i 5 anni di età è necessario utilizzare la categoria diagnostica appropriata e il percorso riabilitativo correlato.

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO CON ALTRA SPECIFICAZIONE O RITARDO GLOBALE DELLO SVILUPPO O FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE (FIL) ICD9-CM 315.8; ICD10 F88.1

Criteri di accesso

L'intervento abilitativo/riabilitativo deve essere precoce e globale in presenza di: a) discrepanza significativa (almeno 4- 6 mesi) tra età di sviluppo ed età cronologica del bambino e/o la presenza di atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie, comunicativo-linguistiche ed adattive; b) elevato grado di pervasività delle manifestazioni cliniche.

Criteri di dimissione

Dopo i 5 anni di età, essendo questa una diagnosi di "attesa", deve essere utilizzata la diagnosi appropriata e il percorso riabilitativo sarà quello del disturbo diagnosticato.

DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO (DSM-5) Autismo Infantile: ICD9-CM 299.0; ICD10 F84.0; F84.1; F84.2

Criteri di accesso

- **Priorità di accesso**

Costituiscono criterio di priorità i seguenti fattori:

• Età - Appartenere alla fascia di età 0-5 anni;

• Gravità - Appartenere al livello di gravità 2 o 3 per almeno uno dei criteri di gravità dell'ASD sotto i 5 anni;

• Presenza di comportamenti problema disfunzionali.

Diagnosi tardiva. Pazienti dai 5 ai 12 anni che hanno ricevuto diagnosi tardiva o che non hanno mai effettuato interventi. Il progetto dovrà essere modulato in rapporto al quadro clinico, al profilo cognitivo e comunicativo, ai comportamenti disfunzionali e alle comorbidità psicopatologiche; - dai 13 anni l'avvio ex novo di un intervento riabilitativo di tipo non residenziale ambulatoriale dovrà essere attentamente ponderato e concordato con i Servizi territoriali.

Criteri di dimissione

Stabilizzazione del profilo cognitivo neuro-psicologico per almeno 24 mesi con possibilità di passaggio in altri regimi assistenziali di riabilitazione territoriale ovvero in altri setting assistenziali.

DISABILITÀ INTELLETTIVA Ritardo Mentale: ICD9-CM 317-319; Codici ICD10 F70-F79

Criteri di accesso

Tutti i bambini con D.I. necessitano di un intervento riabilitativo continuativo nei primi sei anni di vita; tra i 6 e i 10-12 anni le necessità di intervento riabilitativo in termini di intensità e di durata variano in relazione alla gravità del quadro clinico, profilo cognitivo e disomogeneità dello stesso, dissociazioni tra profilo cognitivo ed affettivo-relazionale, comorbidità; dai 12-14 anni in poi le necessità riabilitative variano in relazione alla opportunità di avviare e potenziare maggiormente interventi di tipo psico-educativo o psico-sociale. Ad un'età superiore ai 12 anni l'avvio ex-novo di un intervento riabilitativo di tipo non residenziale ambulatoriale deve essere attentamente ponderato e concordato con i Servizi Territoriali.

Priorità di accesso

-**Età**: appartenere alla fascia di età 0-3 anni costituisce criterio di priorità soprattutto nelle sindromi conosciute e con alta probabilità di D.I., e/o di fronte a rallentamenti di molte linee di sviluppo. Appartenere alla fascia di età 3-6 anni costituisce in assoluto criterio di priorità.

-**Profilo di sviluppo**. Nelle D.I. con ritardo cognitivo medio e lieve costituisce un criterio di priorità la presenza di dissociazioni significative tra le diverse linee di sviluppo.

Si intende per dissociazione una disomogeneità del livello di sviluppo raggiunto nelle varie aree (area neuropsicologica ed area affettivo relazionale) o all'interno di una delle aree (per esempio nell'area neuropsicologica: disomogeneità tra competenze visuo-prassiche e competenze linguistiche, tra comprensione verbale e produzione verbale, tra le varie competenze scolastiche, ecc.):

• nella fascia di età 3-6 anni la dissociazione appare significativa se supera i 6-12 mesi;

• nella fascia 6-10 anni si parla di dissociazione significativa se la differenza è di almeno 12 mesi;

• al di sopra dei 10 anni una dissociazione, per essere significativa, deve superare i 24 mesi.

-**Funzionamento sociale ed adattivo.** Per tutte le fasce di gravità un funzionamento sociale-comunicativo o adattivo (autonomie) inferiore al livello cognitivo globale costituisce un criterio di priorità:

• nella fascia di età 3-6 anni la dissociazione appare significativa se supera i 6-12 mesi;

• nella fascia 6-10 anni si parla di dissociazione significativa se la differenza è di almeno 12 mesi;

• al di sopra dei 10 anni una dissociazione per essere significativa deve superare i 24 mesi.

-**Profilo affettivo-relazionale**: la presenza di un disturbo psicopatologico già associato o emergente costituisce sempre un criterio di priorità. La pervasività (numero di aree colpite e loro disomogeneità) costituisce criterio di urgenza.

Criteri di dimissione

Il progetto terapeutico e la gestione del progetto di vita devono necessariamente coinvolgere tutti gli attori e gli ambienti di vita del bambino (famiglia, scuola, Enti Locali, operatori dei Servizi territoriali e Centri di riabilitazione). L'integrazione degli interventi rappresenta un elemento di cruciale importanza per lavorare nell'ottica di un progetto di vita e per evitare il disorientamento della famiglia nel momento in cui avviene la conclusione del processo riabilitativo non residenziale ambulatoriale. Il raccordo con gli Enti Locali può consentire, attraverso la presenza di operatori specializzati la possibilità di trasferire nel contesto di vita (famiglia, scuola, società) l'abilità appresa nello spazio riabilitativo. Dopo i 14 anni in relazione alla gravità del profilo di funzionamento cognitivo e/o adattivo la conclusione dal trattamento in regime non residenziale ambulatoriale può avvenire verso altri setting assistenziali. Tuttavia, in momenti di emergenza relativa a fenomeni di riacutizzazione di quadri psicopatologici e disturbi del comportamento, si ritengono necessari anche trattamenti circoscritti nel tempo e limitati alla valutazione clinica dell'evoluzione migliorativa del quadro.

DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DELL'ELOQUIO E DEL LINGUAGGIO

(ICD9-CM 315.3; ICD10 F80)

1) Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio (ICD9-CM 315.39; ICD10 F80.0)

2) Disturbo del linguaggio espressivo (ICD9-CM 315.31; ICD10 F80.1)

3) Disturbo della comprensione del linguaggio (ICD9-CM 315.32; ICD10 F80.2)

Priorità di accesso generali

All'interno di ciascuna delle suddette tipologie di disturbo, costituiscono criterio di priorità per l'indicazione al trattamento, l'età della persona, la presenza di disturbi emozionali o comportamentali associati e l'entità della compromissione del disturbo linguistico, tenendo conto, per quest'ultimo punto di:

- pervasività del disturbo (numero di aree linguistiche colpite: Fonologia, Lessico, Morfologia, Sintassi, Pragmatica, valutate sia in Produzione sia in Comprensione verbale);
- gravità: grado di compromissione delle varie aree linguistiche ("discrepanza" in rapporto al livello appropriato per l'età e al livello cognitivo non-verbale, espressa in numero di Deviazioni Standard, centili, ecc.);
- comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo.

DISTURBO SPECIFICO DELL'ARTICOLAZIONE DELL'ELOQUIO (ICD9-CM 315.39; ICD10 F80.0) Dislalia; Disturbo fonologico evolutivo)

Criteri di accesso

Il trattamento riabilitativo è comunque indicato:

- al di sotto dei 4 anni, quando la caduta nell'abilità di produzione fonologica sia di almeno un anno rispetto l'età di acquisizione media e sia stata valutata la non modificazione spontanea della competenza fonologica in un periodo di almeno sei mesi;
- dai 4 anni, quando la capacità di articolare i suoni verbali, valutata con test standardizzato, sia di almeno 2 DS (o equivalenti in centili, ecc.) al di sotto del livello atteso per l'età e sia stata valutata la non modificazione spontanea della competenza fonologica in un periodo di almeno tre mesi;
- in caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo di sviluppo, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo È sempre indicato un trattamento ciclico.

Priorità di accesso

La compromissione della comprensibilità degli enunciati costituisce un criterio di priorità per il trattamento. Criteri di dimissione Al di sopra dei 6 anni, anche in presenza di

cadute ai test che valutano lo sviluppo fonologico, non si considera opportuna la prosecuzione dell'intervento riabilitativo; in minori che non abbiano mai effettuato interventi è possibile valutare l'opportunità di un singolo ciclo. Al di sotto dei 6 anni è indicato un trattamento ciclico di 9 mesi l'anno per un massimo di 2 anni.

Criteri di dimissione

Al di sopra dei 6 anni, anche in presenza di cadute ai test che valutano lo sviluppo fonologico, non si considera opportuna la prosecuzione dell'intervento riabilitativo; in minori che non abbiano mai effettuato interventi è possibile valutare l'opportunità di un singolo ciclo. Al di sotto dei 6 anni è indicato un trattamento ciclico di 9 mesi l'anno per un massimo di 2 anni.

DISTURBI ESPRESSIVI DEL LINGUAGGIO (ICD9-CM 315.31; ICD10 F80.1) (Disfasia evolutiva, di tipo espressivo)

Criteri di accesso

Età prescolare: prevista l'erogazione di un PRI fino a quando i test di valutazione delle competenze linguistiche in produzione evidenzino la presenza di cadute maggiori o uguali a -2 DS.

Durante il percorso di presa in carico:

- la riduzione della compromissione delle cadute in produzione verbale (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in più aree) comporta l'attivazione di cicli quadrimestrali o semestrali (attivando possibilmente l'ultimo ciclo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia);

- è necessario che nella valutazione delle competenze linguistiche dei bambini al di sopra dei 5 anni siano valutate con attenzione le competenze di processamento fonologico; la presenza di una caduta in questa area costituisce indicazione per la prosecuzione del trattamento anche quando le prestazioni nelle altre aree rientrano nella norma. Nel caso in cui il quadro si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo per tale disturbo.

Criteri di dimissione:

Al di sotto dei 6 anni è indicato un trattamento ciclico di 9 mesi l'anno per un massimo di 2 anni. Oltre i 6 anni, anche in presenza di cadute ai test di linguaggio, non si considera opportuno l'intervento riabilitativo.

DISTURBI MISTI DEL LINGUAGGIO O DISTURBI DELLA COMPRENSIONE DEL LINGUAGGIO (ICD9-CM 315.32; ICD10 F80.2) (Disfasia ricettiva evolutiva; sordità verbale)

Criteri di accesso

Età prescolare: è prevista l'erogazione di un PRI della durata di un anno solare, fino all'inizio della scuola primaria.

Durante il percorso di presa in carico:

• la riduzione della compromissione delle cadute in comprensione verbale, valutate con test specifici (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in più aree della comprensione verbale), comporta l'attivazione, nell'anno, di cicli quadrimestrali o semestrali (attivando possibilmente l'ultimo ciclo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia); Età scolare Nei bambini affetti da Disturbi misti del linguaggio con età superiore ai 6 anni, anche in assenza di un Disturbo Specifico di Apprendimento, si ritiene necessaria la presa in carico riabilitativa attraverso

• ciclo annuale in coincidenza con l'ultimo anno di scuola dell'infanzia, in caso di permanenza e nei casi mai trattati;

• ciclo annuale in caso di inserimento in scuola primaria, solo nelle forme gravi mai trattate e che presentino una o più aree/abilità compromesse con prestazioni ben oltre le -2ds.

• ciclo annuale quadrimestrale o semestrale, nei casi in cui il DSL misto presenti ancora caratteristiche di pervasività, quali: ▪ fino agli 8 anni difficoltà diffuse (tra -1,5 e -2 ds) nelle prove nelle prove di comprensione o produzione verbale o sui prerequisiti dell'apprendimento scolastico.

Nel caso in cui il quadro si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo previsto per tale disturbo. In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo di sviluppo, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Criteri di dimissione:

Al di sopra degli 8 anni (fine del primo ciclo della scuola primaria) anche in presenza di cadute ai test di linguaggio non si considera opportuno l'intervento riabilitativo. Al di sotto degli 8 anni è indicato un trattamento ciclico di 9 mesi l'anno per un massimo di 4 anni.

DISTURBO SPECIFICO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA (ICD9-CM 315.4; ICD10 F82)

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

In età prescolare tutti i bambini che presentano questo disturbo necessitano di un intervento riabilitativo di tipo neuropsicomotorio, con particolare attenzione alle competenze visuopercettive e visuospaziali, applicate anche ai contesti ecologici (autonomie della vita quotidiana nella scuola e nella famiglia). In età scolare:

Tra i 6 e gli 8 anni l'intervento riabilitativo neuropsicomotorio è giustificato in presenza di un disturbo grave (caduta superiore alle 3 DS o ai 3 anni di età di sviluppo), che interferisce significativamente con l'apprendimento scolastico e/o con le attività di vita quotidiana e/o in presenza di una disgrafia.

Priorità di accesso

La presenza di una comorbidità con ADHD costituisce un criterio di urgenza del trattamento. La presenza di problemi psicopatologici reattivi e/o non del tutto strutturati

(Disturbo d'Ansia, Disturbo Distimico, Disturbo Oppositivo-Provocatorio) costituisce un elemento di urgenza e di maggior indicazione all'intervento riabilitativo. In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Criteri di accesso

Età prescolare

Per i bambini affetti da Disturbi della Coordinazione Motoria che afferiscono alla fascia di età prescolare è prevista la presa in carico della durata di un anno solare, fino a quando i test di valutazione delle competenze motorie evidenzino la presenza di diffuse prestazioni inferiori o uguali a -2 DS o ai 2 anni di età di sviluppo rispetto all'età cronologica. Durante il percorso di presa in carico la riduzione della compromissione delle cadute (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in più aree) comporta l'attivazione di cicli quadrimestrali o semestrali (attivando possibilmente l'ultimo ciclo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia); Nel caso in cui il disturbo della coordinazione motoria si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo per tale disturbo.

Età scolare

Nei bambini con età compresa tra 6 e 8 anni affetti da Disturbo della coordinazione motoria grave (caduta superiore alle -3 ds o ai 3 anni di età di sviluppo), si possono prevedere cicli quadrimestrali o semestrali annuali. In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Criteri di dimissione

Al di sopra degli 8 anni (fine del primo ciclo della scuola primaria) anche in presenza di cadute ai test specifici non si considera opportuno l'intervento riabilitativo.

DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO: Dislessia, Disortografia, Discalculia (ICD9-CM da 315.0 a 315.2; ICD10 F81.0; F81.1; F81.2; F81.3; F81.8 - Disturbi Evolutivi Specifici delle Abilità Scolastiche)

Criteri di accesso

Prima della fine del II anno di scuola primaria non è possibile porre con certezza una diagnosi di disortografia e prima della fine del III anno di scuola primaria una diagnosi di dislessia e discalculia; le consensus conference italiane indicano che in presenza di gravi rallentamenti, legati alla presenza di gravi disturbi di linguaggio misti pregressi sia opportuno avviare un intervento riabilitativo anche in epoca precedente attraverso un ciclo annuale di nove mesi. Dalla fine della seconda classe primaria fino alla fine della quarta classe primaria, in presenza di cadute oltre le 2 ds in più di un'area si ritiene necessario una presa in carico annuale. La presenza di una caduta nella comprensione del testo costituisce un'indicazione al trattamento annuale anche in presenza di cadute minori nelle altre competenze; la presenza di un funzionamento intellettivo limite costituisce un'indicazione al trattamento annuale. La riduzione durante il percorso di presa in carico della compromissione delle cadute (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in

più aree) comporta l'attivazione di un ciclo quadrimestrale o semestrale all'anno. Per i casi che presentano un disturbo specifico di apprendimento solo settoriale si deve effettuare, al massimo, 1 ciclo quadrimestrale o semestrale all'anno, se previsto dai criteri d'accesso, fino alla quarta classe primaria.

Dai 10-12 anni si potranno effettuare cicli quadrimestrali o semestrali annui, solo nei casi:

• non diagnosticati precedentemente;

• non abituati all'attivazione di strumenti compensativi e dispensativi. In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Priorità di accesso

Le variabili riconosciute in letteratura come implicate nella prognosi dei DSA, e quindi nella valutazione della necessità/opportunità di intervento, sono la gravità del disturbo, l'età cronologica, l'organizzazione cognitiva, neuropsicologica, affettiva e comorbidità psicopatologica della persona.

-Gravità del disturbo (indicatori di urgenza in età precoce, indicatori di inutilità in età avanzata):

• rapidità di lettura e scrittura inferiore a quella che consente un uso del codice scritto compatibile con l'età;

• presenza di errori che, per numero e/o tipologia, compromettono la comprensibilità di quanto viene letto o scritto;

• caduta significativa nella comprensione della lettura;

• caduta contemporanea nella costruzione dei fatti aritmetici, nel controllo degli algoritmi del calcolo, nel conteggio e nella transcodifica;

• associazione di disturbo di lettura, scrittura e calcolo.

-Età:

• L'efficacia degli interventi è direttamente proporzionale all'età del bambino e quindi maggiore nella fascia compresa tra la fine della seconda e la fine della terza elementare; in questa fascia di scolarità un'espansione delle abilità di base ha una maggiore ripercussione sul funzionamento adattivo e sugli apprendimenti scolastici;

• Nelle età successive è ancora possibile ottenere modificazioni della rapidità e correttezza di lettura, scrittura e calcolo, ma con minore impatto sul funzionamento adattivo e sull'apprendimento scolastico. Organizzazione cognitiva e neuropsicologica;

• la presenza di esclusive difficoltà metafonologiche indica generalmente una prognosi migliore ed una maggior rapidità di modifica del quadro clinico attraverso un intervento mirato;

• la presenza di difficoltà linguistiche più ampie e/o di difficoltà visuo-spaziali o prassiche, nonché di un livello intellettivo inferiore9 , costituisce un criterio di urgenza, ma fa prevedere una durata maggiore dell'intervento. Organizzazione affettiva e comorbidità psicopatologica

• la presenza di problemi psicopatologici reattivi e/o non del tutto strutturati (ADHD, Disturbo d'Ansia, Disturbo Distimico, Disturbo Oppositivo-Provocatorio) costituisce un elemento di urgenza e di maggior indicazione all'intervento riabilitativo, queste comorbidità riconoscono un intervento di psicoterapia comportamentale non effettuabile all'interno del PRI.

• la presenza di un disturbo psicopatologico strutturato e "invasivo" (DC, Depressione Maggiore) implica in genere la necessità di un intervento prioritario sul disturbo psichiatrico al di fuori del PRI. Tenendo conto dell'interazione fra i fattori su esposti, è possibile prevedere diversi percorsi riabilitativi per il DSA, che possono anche alternarsi nel tempo per una stessa persona e che si differenziano secondo parametri di scansione temporale (intervento continuativo, intervento a cicli). Criteri di dimissione Al di sotto dei 10 anni è indicato un trattamento ciclico di 9 mesi l'anno per un massimo di 2 anni. Oltre i 10 anni l'intervento riabilitativo è da considerarsi non più indicato tranne i casi riportati sopra.

BALBUZIE (ICD 9-CM 307.0; ICD10 F98.5)

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

La presa in carico della persona che presenta una balbuzie è globale, per le sue caratteristiche e conseguenze. Il clinico, nel valutare la necessità di iniziare un intervento riabilitativo per la balbuzie, deve tenere conto non solo della presenza di fattori di rischio prognostico negativo, come il sesso, l'età di insorgenza della balbuzie, la familiarità per balbuzie, la storia clinica fino al momento dell'insorgenza del sintomo, ma anche la comorbidità con eventuali altri disturbi, la reazione del bambino e della famiglia rispetto al sintomo e le ripercussioni sul versante sociale della balbuzie.

Dai 3-6 anni: in età prescolare, la valutazione dell'opportunità e della modalità di avvio di un trattamento è subordinata alla valutazione globale del profilo di funzionamento del bambino e alle caratteristiche della fluenza verbale, al fine di identificare la presenza di possibili indici di persistenza della balbuzie e definire la presenza di un'attitudine negativa al disturbo. In particolare, in accordo con la letteratura più recente (Guitar, 2014), gli indici di persistenza del disturbo sono rappresentati da:

• Presenza di familiarità per balbuzie;

• Grado di Severità e frequenza della balbuzie;

• Durata dell'esordio;

• Caratteristiche delle disfluenze prodotte;

• Durata dei prolungamenti e dei blocchi;

• Livello delle competenze articolatorie e fonologiche. Un ulteriore e fondamentale elemento da rilevare al fine di definire l'opportunità di intervenire in età prescolare è rappresentato dalla presenza di condotte di evitamento verbale e di isolamento nei contesti di socializzazione.

L'intervento in età prescolare, prevede l'attivazione di un ciclo semestrale finalizzato a fornire al bambino gli strumenti necessari ad affrontare la balbuzie nelle diverse situazioni quotidiane, a comprendere i meccanismi di funzionamento dell'apparato fono-articolatorio e di tensione e detensione muscolare, nonché a fornire un supporto alla famiglia.

Dai 6 ai 12 anni: in caso di permanere della balbuzie in questa fascia di età appare opportuno una presa in carico riabilitativa, indipendentemente dal momento dell'insorgenza (± 6 mesi) e dalla gravità della sintomatologia disfluente.

In questa fascia di età è fondamentale considerare tra i criteri di accesso, oltre alla sintomatologia disfluente, il grado di compromissione dell'efficacia comunicativa, che rappresenta la somma di innumerevoli fattori che contribuiscono alla trasmissione dell'informazione. L'impatto di un danno a livello delle competenze comunicative verbali influisce sul livello delle interazioni personali, sull'utilizzo delle attività verbali nel tempo libero, sulla qualità di vita, e sulla abilità del paziente di compensare e/o circoscrivere il deficit.

Il trattamento in età scolare prevede l'attivazione di un ciclo annuale, finalizzato all'acquisizione e generalizzazione delle principali tecniche di facilitazione verbale, alla riduzione dell'attitudine negativa verso il parlare e delle eventuali condotte di evitamento verbale.

Dai 12 ai 18 anni: in questa fascia di età si ritiene opportuna la presa in carico riabilitativa attraverso un ciclo semestrale, ovvero un ciclo annuale nelle situazioni di maggiore compromissione delle competenze comunicative, ovvero in presenza di condizioni di rischio in senso psicopatologico (fobia sociale) e/o sociale (esposizione a episodi di bullismo, rischio di abbandono scolastico).

Priorità di accesso

-Età. la balbuzie presenta tipicamente un'età di insorgenza nella prima infanzia; nonostante in passato vi fosse, a livello clinico, l'indicazione di attendere prima di iniziare un intervento terapeutico specifico, diversi studi hanno dimostrato come sia importante intervenire precocemente, considerando quanto il sintomo possa essere vissuto in maniera negativa dal bambino e dalla sua famiglia (Langevin et al, 2009).

-Gravità, derivata da:

1) grado di compromissione della fluenza verbale,

2) presenza di condotte di evitamento verbale,

3) attitudine negativa alla balbuzie e alla comunicazione; la gravità rappresenta un criterio di accesso preferenziale alla terapia, indipendentemente dall'età del bambino.

-Comorbidità: la presenza di comorbidità con altre patologie del neurosviluppo e/o con disturbi psicopatologici rappresenta un criterio di accesso preferenziale alla terapia.

Criteri di dimissione

Indipendentemente dalla fascia di età considerata, non appare indicato proseguire l'intervento riabilitativo sulla fluenza verbale dopo l'effettuazione di un ciclo annuale, ad eccezione dei casi che presentino condizioni di comorbidità con altre patologie del neurosviluppo e/o disturbi psicopatologici, per le quali appare opportuno focalizzare il trattamento sull'eventuale nucleo di difficoltà associato.

SCOLIOSI IDIOPATICA IN ETÀ EVOLUTIVA (ICD9-CM 737.30; Scoliosi idiopatica infantile: ICD 10 M41.0; Scoliosi idiopatica giovanile: M41.1)

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

La scoliosi da 20° a 25° Cobb deve sempre essere presa in carico se la persona è in trattamento ortesico; nel paziente senza ortesi, va presa in carico solo in presenza di tre su quattro dei seguenti criteri:

- età ≤ a 14 anni per le femmine;
- età ≤ a 16 anni per i maschi;
- segno di Risser ≤ a 4;
- gibbo ≥ a 5 mm;
- angolo di torsione ≥ a 15°.

Scoliosi oltre i 25° Cobb: deve essere sempre presa in carico, con o senza ortesi.

Criteri di esclusione

Nella scoliosi da 10°a 20° Cobb il trattamento è una forma di prevenzione primaria: il paziente, infatti, è solo portatore di un rischio di patologia. Questa fase terapeutica è stata definita come "trattamento libero" e riguarda la cosiddetta scoliosi minore, dove comunque un dimorfismo vero esiste. Questo momento è di pertinenza selettivamente educativa di competenza della specialistica ambulatoriale.

Criteri di dimissione

Il raggiungimento della fine dell'accrescimento osseo, indipendentemente dall'età, documentato da un test di Risser 5 costituisce criterio di dimissione del paziente. La presenza di comorbidità nell'adulto dovuta alla gravità delle curve (ad es. disturbi respiratori, artrosi vertebrale iperalgica) sarà trattata per la specifica patologia.

INDICAZIONI CLINICHE PER L'ACCESSO AL PERCORSO RIABILITATIVO TERRITORIALE NON RESIDENZIALE E LA DIMISSIONE PER ALCUNE PARTICOLARI CONDIZIONI PATOLOGICHE DELL'ETÀ ADULTA

In riferimento al Documento tecnico "Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale" della Regione Lazio, facente parte dei Decreti del Commissario ad Acta Decreto del Commissario ad Acta 22 luglio 2020, n. U00101 Approvazione del 30/07/2020 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 96 - Supplemento n. 1.

MALATTIA DI ALZHEIMER E ALTRE FORME DI DEMENZA MALATTIA DI ALZHEIMER (ICD9-CM 331.0; ICD10 G30; F00 Demenza nella Malattia di Alzheimer)

Il trattamento ambulatoriale, indicato per pazienti in fase lieve e media di malattia (MMSE=24-16), è centrato, pertanto, su cicli di "stimolazione" delle funzioni cognitive secondo varie tecniche, anche fra loro integrate, per periodi di 40-60 giorni, eventualmente ripetibili, in piccoli gruppi di pazienti omogenei per gravità, allo scopo di favorire l'interazione fra i partecipanti. Scarse le evidenze circa l'efficacia dei trattamenti Domiciliari, per lo più configurantisi come interventi finalizzati a sostenere i caregivers nella relazione e nell'assistenza al paziente con demenza, compreso il supporto per la definizione di eventuali modifiche ambientali (Trattamenti Psicosociali).

La reale efficacia di tali trattamenti necessita di conferme basate su protocolli di ricerca metodologicamente corretti, spesso assenti in letteratura.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

L'uso del termine "riabilitazione cognitiva" nella demenza sembrerebbe improprio, data la progressiva perdita delle funzioni cognitive e l'irreversibilità della patologia; più corretta appare invece la definizione "attivazione cognitiva", in quanto mediante training specifici è possibile favorire il mantenimento delle funzioni cognitive residue, consentendo un miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia e, in molti casi, anche il rallentamento dell'evoluzione dei deficit cognitivi.

L'attivazione cognitiva può, inoltre, ritardare la necessità dell'istituzionalizzazione. Infine, i trattamenti "non farmacologici" nelle Demenze sono utili nella prevenzione e/o riduzione dei "Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia" (BPSD).

Il trattamento ambulatoriale, indicato per pazienti in fase lieve e media di malattia (MMSE=24-16), è centrato, pertanto, su cicli di "stimolazione" delle funzioni cognitive secondo varie tecniche, anche fra loro integrate, per periodi di 40-60 giorni, eventualmente ripetibili, in piccoli gruppi di pazienti omogenei per gravità, allo scopo di favorire l'interazione fra i partecipanti. Scarse le evidenze circa l'efficacia dei trattamenti Domiciliari, per lo più configurantisi come interventi finalizzati a sostenere i caregivers nella relazione e nell'assistenza al paziente con demenza, compreso il supporto per la definizione di eventuali modifiche ambientali (Trattamenti Psicosociali). La reale efficacia di tali trattamenti necessita di conferme basate su protocolli di ricerca metodologicamente corretti, spesso assenti in letteratura.

ESITI DI ICTUS CEREBRI, ISCHEMICO ED EMORRAGICO POSTUMI DELLE MALATTIE CEREBROVASCOLARI (ICD9-CM 438; ICD10 I69) EMIPLEGIA E EMIPARESI (ICD9-CM 342; ICD10 G81)

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Il trattamento riabilitativo successivo ad un ictus ischemico o emorragico è da iniziare in fase precoce; la fase iniziale del percorso riabilitativo coinvolge l'ambito ospedaliero (ricovero ordinario/diurno), mentre quella successiva l'ambito territoriale (residenzialità, semiresidenzialità, ambulatorio e domicilio). In tutte le fasi sono definiti obiettivi clinicamente rilevanti, e comunque raggiungibili, secondo una definita sequenza temporale.

Nei soggetti con esiti di ictus e disabilità residua, quando si deve intervenire sulla compromissione di più funzioni e il paziente è in condizioni cliniche tali da consentirgli l'accesso alla struttura riabilitativa, il trattamento riabilitativo di elezione è quello ambulatoriale.

Il trattamento riabilitativo domiciliare è indicato in situazioni cliniche di grave disabilità e/o in caso di problematiche che ostacolano l'accesso all'ambulatorio e quando si rende necessaria un'attività di addestramento, rivolta al paziente e al caregiver, per esercizi e mobilizzazioni autogestiti, per l'utilizzo di ausili e protesi o per il recupero dell'autonomia nella vita quotidiana.

Nella fase della cronicità, ovvero a distanza dall'evento ictale, l'intervento riabilitativo è mirato a prevenire il deterioramento dello stato funzionale e la riduzione del livello di autonomia. L'intervento riabilitativo va orientato su obiettivi specifici e significativi (esempio locomozione) e per mantenere e migliorare le abilità acquisite, purché sia assicurata la compliance del paziente all'esercizio autogestito senza supervisione e siano addestrati i familiari alle tecniche di mobilizzazione. Possono essere previsti interventi ciclici, specie nei casi di incipiente spasticità.

Inoltre, come evidenziato dalla raccomandazione Spread VII edizione, n. 1421, grado B, "entro un anno dall'ictus è indicata una valutazione dei pazienti che sono rientrati a casa da parte di un team multidisciplinare per l'eventuale riprogrammazione di un piano di trattamento riabilitativo".

SCLEROSI MULTIPLA E MALATTIE DEMIELINIZZANTI SCLEROSI MULTIPLA (ICD9-CM 340; ICD10 G35) ALTRE MALATTIE DEMIELINIZZANTI DEL SNC (ICD9-CM 341; ICD10 G37)

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Il trattamento riabilitativo, data la variabilità dei quadri clinici, può comprendere programmi volti alla correzione dello stato di fatica patologico, delle alterazioni posturali, della disfagia, dello stato nutrizionale, delle disfunzioni sfinteriali, dell'insufficienza respiratoria, delle problematiche neropsicologiche.

Il trattamento riabilitativo di elezione è quello Ambulatoriale, quando il paziente è in condizioni cliniche tali da consentirgli l'accesso alla struttura riabilitativa in autonomia.

Il trattamento riabilitativo Domiciliare è indicato in situazioni cliniche di grave disabilità e/o in caso di problematiche che ostacolano l'accesso all'ambulatorio.

Il trattamento riabilitativo domiciliare prevede anche l'addestramento del caregiver (tecniche di posizionamento e di trasferimento, tecniche di allineamento posturale, prevenzione dei danni da immobilità, mantenimento delle abilità residue, addestramento all'uso degli ausili) ed eventuale fisioterapia respiratoria nei casi di accumulo di secrezioni, volta alla rimozione delle stesse.

MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI MALATTIA DI PARKINSON [(ICD9-CM 332; ICD10 G20; F02 (Demenza in malattia di Parkinson)]

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

La severità della MP è definita con la classificazione di Hohen e Yahr che prevede le fasi:

- precoce (I-II);
- intermedia (III-IV);
- avanzata (V).

La presa in carico riabilitativa è prevista sia nella fase precoce che intermedia. Sono previsti programmi non intensivi ma protratti nel tempo di prevenzione delle cadute, controllo dell'equilibrio e della postura, prevenzione dei danni secondari e terziari, fisioterapia respiratoria per la rimozione delle secrezioni e tosse assistita, eventuale fisioterapia rivolta alla parete toracica, logopedia quando è presente disfagia o quando il disturbo fonatorio diventa invalidante. Il trattamento riabilitativo di elezione è quello Ambulatoriale, anche di gruppo, quando il paziente è in condizioni cliniche tali da consentirgli l'accesso alla struttura riabilitativa in autonomia.

Con il peggioramento della malattia, il luogo di elezione è il Domicilio, ove non indicato il trattamento in altri setting assistenziali (ricovero). Il trattamento riabilitativo domiciliare è opportuno, infatti, nella fase avanzata (stadio V di Hohen e Yahr), quando la persona è in condizioni cliniche di grave disabilità e non è più in grado di accedere all'ambulatorio. Esso è volto al raggiungimento di specifici obiettivi riabilitativi. È indicato anche l'addestramento del caregiver, nonché l'addestramento del paziente (e del caregiver) all'uso di ausili indispensabili per lo svolgimento delle attività quotidiane.

MALATTIE NEUROMUSCOLARI (ICD9-CM 335.0-335.2; 356.0-9; 357.0; 358; 359.0-359.8).

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

La complessità e variabilità dei quadri clinici richiede un intervento specializzato, precoce e globale con un'alta integrazione degli interventi assistenziali, riabilitativi, educativi e coordinamento tra diversi servizi. L'intervento riabilitativo è vincolato alla storia naturale della malattia, che può avere decorso lentamente o rapidamente progressivo; l'obiettivo del trattamento è quello di preservare il più a lungo possibile l'autonomia e contrastare l'aggravamento, prevenendo le complicanze.

È necessario il collegamento con i Centri di Riferimento Regionali per una corretta e coordinata gestione del paziente nelle varie fasi di malattia.

Nel definire obiettivi, programmi e tempi di realizzazione del trattamento riabilitativo, occorre tener conto dell'età della persona e delle aree funzionali compromesse: motoria, cognitiva, comunicativa, comportamentale, della deglutizione e delle funzioni vitali, cardiocircolatoria e respiratoria.

Spesso è interessata l'età evolutiva, nella quale, a causa del carattere progressivo della malattia, è prioritaria l'assistenza per le problematiche cardio-respiratorie e nutrizionali, con l'integrazione coordinata degli interventi clinico-assistenziali-riabilitativi ed educativi.

Il trattamento ambulatoriale è indicato finché il paziente è ancora deambulante e può raggiungere agevolmente la sede; con il peggioramento della malattia, il luogo di elezione è il domicilio, ove non indicato il trattamento in altri setting assistenziali (ricovero).

ESITI DI TRAUMI CRANIO ENCEFALICI E GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE

Il termine "Grave Cerebrolesione Acquisita" (GCA) comprende una varietà di lesioni cerebrali acute a eziologia traumatica e non, caratterizzate da uno stato di coma più o meno prolungato, e/o dalla contemporanea presenza di menomazioni motorie, sensoriali, cognitive e/o comportamentali.

I codici dell'ICD9-CM che fanno riferimento ad esiti di GCA sono:

344.0 (Quadriplegia e Tetraparesi), 800.05, 800.15, 800.25, 800.35, 800.45, 800.55, 800.65, 800.75, 800.85, 800.95; 801.05, 801.15, 801.25, 801.35, 801.45, 801.55, 801.65, 801.75, 801.85, 801.95; 803.05, 803.15, 803.25, 803.35, 803.45, 803.55, 803.65, 803.75, 803.85, 803.95; 804.05, 804.15, 804.25, 804.35, 804.45, 804.55, 804.65, 804.75, 804.85, 804.95 (Fratture della volta cranica); 850 (Concussione); 851.05, 851.15, 851.25, 851.35, 851.45, 851.55, 851.65, 851.75, 851.85, 851.95; 852.05, 852.15, 852.25, 852.35, 852.45, 852.55, 853.05, 853.15, 854.05, 854.15 (Traumatismi intracranici, esclusi quelli associati con frattura della volta cranica), 780.01 (Coma), 780.03 (Stato vegetativo persistente).

Le GCA non traumatiche originano da gravi sindromi emorragiche cerebrali, ischemie cerebrali, infezioni (encefaliti), encefalopatie tossico-metaboliche, tumori cerebrali, anossia cerebrale, esiti di interventi neurochirurgici e cause più rare, come la malattia demielinizzante.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Il continuum riabilitativo dei pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite (in particolare nei post-comatosi) richiede tempi lunghi, non esauribili nel ricovero ordinario e diurno.

La complessità e diversità dei quadri clinici richiede un'alta integrazione degli interventi assistenziali, riabilitativi ed educativi è opportuno, pertanto, che la prosecuzione del trattamento sia stabilita dallo specialista inviante alla dimissione dalla post-acuzie riabilitativa (Ricovero Ordinario o Day Hospital) che indicherà sia il percorso più adatto che le scale funzionali utilizzate con il loro valore alla dimissione.

La durata del trattamento riabilitativo ambulatoriale è calibrata sul paziente, e comunque il trattamento può protrarsi fino a quando è possibile registrare modificabilità del quadro clinico-cognitivo.

È possibile attivare ulteriori progetti riabilitativi nella fase di stabilizzazione con valutazione degli esiti, esplicitazione dei programmi, degli obiettivi e dei tempi necessari al loro raggiungimento.

Il trattamento riabilitativo domiciliare può considerarsi di elezione laddove le condizioni cliniche e/o in caso di problematiche tali da impedire il trasporto presso l'ambulatorio.

Spesso il prolungamento dei disturbi della coscienza (Stato vegetativo, Stato di minima coscienza) e la presenza di cannula tracheostomica, di sondino naso-gastrico o gastrostomia endoscopica percutanea rendono necessario il trattamento per tempi lunghi.

MALATTIE APPARATO CARDIO-VASCOLARE

Descrizione Le malattie dell'apparato cardio-vascolare sono caratterizzate da alterazioni della parete vasale, che possono presentarsi con sintomi focali o sistemici; possono essere causa di disabilità motorie, cognitive, sensitive, neuropsicologiche o funzionali relativamente all'organo interessato dalla lesione vascolare.

Nel capitolo ci si riferisce ad interventi riabilitativi per:

Esiti di infarto miocardico (ICD9-CM 412); Cardiopatia ischemica (ICD9-CM 411; 413; 414); Esiti di intervento chirurgico per by pass aorto-coronarico (ICD9-CM V45.81); Esiti di trapianto cardiaco ICD9- CM V42.1/V43.2;, Esiti di recente intervento di rivascolarizzazione (ICD9-CM V45.82); Esiti di intervento chirurgico di sostituzioni valvolari cardiache (ICD9-CM V450; V533; V433); Insufficienza cardiaca (ICD9-CM 428); Arteriopatia ostruttiva arti inferiori (ICD9-CM 440.21, 440.22, 440.24).

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Nella fase successiva alle dimissioni dai reparti di cardiologia riabilitativa (fase 2), il trattamento riabilitativo cardiologico è di elezione ambulatoriale individuale o di gruppo, e deve includere:

- l'intervento informativo, educazionale e comportamentale finalizzato ad una corretta conoscenza della malattia cardiovascolare, dei fattori di rischio cardio-vascolare (fumo, diabete, dislipidemie, sovrappeso/obesità, ipertensione arteriosa, familiarità, sedentarietà) e delle strategie opportune per modificare errate abitudini di vita. Tale intervento deve prevedere, in particolare, un'azione incisiva di counseling (di gruppo e/o individuale) riguardante soprattutto la dieta, l'esercizio fisico, la cessazione del fumo e l'adesione alla terapia medica somministrata;

- l'impostazione di un programma strutturato di attività fisica comprendente attività aerobica ed esercizi finalizzati a migliorare la forza e l'elasticità articolare. Ciò al fine di migliorare la capacità funzionale facilitando il ritorno alle normali attività quotidiane (lavorativa e non) e ripristinando l'autonomia, particolarmente nei soggetti anziani;

- il supporto di un'équipe multidisciplinare che includa cardiologo, psicologo, fisioterapista e dietologo.

Per la progettazione di un adeguato intervento riabilitativo cardiologico, il paziente deve essere in possesso dei seguenti esami: ECG, ECG da sforzo, Ecocardiogramma color Doppler, Esami ematochimici di routine, effettuati nei due mesi precedenti l'accettazione presso la struttura.

Prima, durante e dopo le sedute di allenamento, è necessario valutare i seguenti parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione O2, dispnea, valutazione dello sforzo.

Durante le sedute di training fisico l'elettrocardiogramma dei pazienti deve essere continuamente monitorato attraverso un adeguato sistema di telemetria.

La relazione di dimissione consegnata al paziente alla fine del trattamento riabilitativo deve evidenziare, oltre alla diagnosi e al profilo di rischio cardio-vascolare, comprensivo di target da raggiungere11, la descrizione del programma di training eseguito, con misurazione dei miglioramenti ottenuti (Mets, 6MWT, modificazione valori di rischio metabolici, antropometrici e emodinamici) dall'inizio del programma riabilitativo, le indicazioni personalizzate relative alla dieta e all'esercizio fisico in base ai risultati conseguiti con il PRI, allo scopo di rinforzare le modifiche dello stile di vita per il concreto abbattimento dei fattori di rischio. Il trattamento domiciliare è da considerarsi eccezionale, e fattibile solo in presenza di concomitanti condizioni cliniche che controindicano o limitino l'accesso all'ambulatorio.

MALATTIE DEL SISTEMA LINFATICO

Il linfedema post-mastectomia e gli altri linfedemi, indicati nell'ICD 9-CM con i rispettivi codici 457.0 e 457.1, sono patologie del sistema linfatico e non, come vengono inquadrate attualmente, patologie in ambito dermatologico. Si tratta di edemi ad elevata concentrazione proteica da stasi linfatica. Il linfedema, sia nelle forme primarie che secondarie, rappresenta una patologia disabilitante cronica.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Il trattamento riabilitativo ambulatoriale individuale è indicato nelle condizioni linfedematose dei pazienti autonomi con edema classificabile nel II, III e IV stadio CEAP-L. Il trattamento riabilitativo decongestivo del linfedema deve essere combinato, ovvero comprendere:

- drenaggio linfatico manuale
- pressoterapia sequenziale
- mobilizzazioni articolari
- chinesiterapia
- bendaggio multistrato (ove necessario)
- ultrasuoni su fibrosi (ove necessario)

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Descrizione Le principali condizioni patologiche, respiratorie e non, necessitanti di interventi riabilitativi volti ad eliminare gli ingombri da accumulo di secrezioni, migliorare la dispnea e aumentare la tolleranza allo sforzo sono:

- Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione (ICD9-CM 491.20) e con esacerbazione acuta (ICD9- CM 491.21);
- Bronchite cronica mucopurulenta (ICD9-CM 491.1);
- Espettorazione abnorme (ICD9-CM 786.4);
- Enfisema (ICD9-CM 492);
- Bronchiectasie con riacutizzazione (ICD-9-CM 494.1);
- Fibrosi cistica (ICD-9-CM 277.00);
- Empiema senza menzione di fistola (ICD-9-CM 510.9);
- Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi (ICD-9-CM 511.1);
- Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico (ICD-9-CM 518.5);
- Insufficienza respiratoria cronica (ICD9- CM 518.83);
- Postumi della tubercolosi dell'apparato respiratorio o non specificata (ICD-9-CM 137.0).

Il concetto di "riabilitazione respiratoria" nel tempo si è andato evolvendo. Esistono numerose definizioni comunque concordanti nel ritenere che i programmi di cura debbano essere multidimensionali con un team dedicato e multidisciplinare, teso a recuperare e mantenere il più alto grado possibile di indipendenza ed attività.

Le componenti del programma riabilitativo prevedono: aspetti educazionali, nutrizionali, supporto psicosociale e specifici interventi di fisioterapia respiratoria. La comunità scientifica internazionale concorda nel ritenere che la fisioterapia respiratoria comporti un miglioramento della qualità di vita nei soggetti con patologie dell'apparato respiratorio.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Il setting preferenziale per pazienti affetti da esiti di malattie dell'apparato respiratorio, nella fase successiva alla stabilizzazione, è quello ambulatoriale. Le componenti del programma di fisioterapia respiratoria prevedono (secondo le necessità del paziente): allenamento allo sforzo, rimozione delle secrezioni (ovvero drenaggio delle secrezioni o disostruzione bronchiale) tramite metodiche manuali o con ausili, fisioterapia rivolta alla parete toracica ed esercizi per il rinforzo muscolare (anche degli arti superiori). È raccomandato l'inizio del trattamento entro un periodo breve dall'esacerbazione.

Per la strutturazione di un intervento riabilitativo appropriato sono necessari i seguenti esami e valutazioni: prove di funzionalità respiratoria, EGA e 6MWT recenti; inoltre per l'allenamento allo sforzo: ECG, test cardiopolmonare (con l'indicazione del carico massimale) effettuati entro il mese precedente l'inizio del trattamento.

Il trattamento domiciliare è proponibile solo in presenza di grave deficit della mobilità ed esacerbazione della patologia che impedisce l'accesso del paziente all'ambulatorio.

La priorità per il trattamento domiciliare è rappresentata dal grave ingombro da secrezioni. Prima e dopo le sedute (siano esse svolte ambulatorialmente o a domicilio) è necessario valutare i seguenti parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria saturazione, dispnea, valutazione dello sforzo. Per l'allenamento allo sforzo tali parametri devono esser rilevati anche durante l'attività e nel caso di concomitanti patologie cardiologiche è necessaria la monitorizzazione del tracciato.

MALATTIE ORTOPEDICHE E REUMATOLOGICHE

Il trattamento riabilitativo ambulatoriale nelle malattie reumatologiche e negli esiti di patologie ortopediche invalidanti si considera appropriato nelle persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o mista, in condizioni cliniche stabili e che non necessitano di tutela medica o infermieristica continuativa.

Il trattamento domiciliare è indicato nelle disabilità complesse e/o nei casi complessi gravati da significative comorbidità o complicanze cliniche tali da interferire con i programmi riabilitativi o che richiedano un intervento multiprofessionale.

È necessario documentare la disabilità e la non autosufficienza con strumenti di valutazione standardizzati; vanno esplicitate e descritte le motivazioni del trattamento domiciliare che va, comunque, riservato alle persone in situazioni cliniche di grave disabilità e/o in caso di problematiche che ostacolano l'accesso all'ambulatorio.

Non sono ammesse, pertanto, disabilità segmentarie eccetto le seguenti, esclusivamente se indicato alla Valutazione Multidimensionale: AMPUTAZIONI – ESITI (ICD9-CM 822;823;824;825;827; V49.7; 81.5) POSTUMI DI INTERVENTI CHIRURGICI DI PROTESIZZAZIONE DI ANCA (ICD9-CM V43.64)

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

In caso di pazienti ultra sessantacinquenni con esiti di patologie recenti, entro il primo anno dall'evento acuto, degli arti inferiori (fratture, sostituzioni protesiche, interventi chirurgici, amputazioni), l'azione di prima scelta, qualora non indicata la permanenza in ambiente ospedaliero o in altro setting assistenziale (Day Hospital, Semiresidenziale, Ambulatoriale) è il trattamento riabilitativo domiciliare; questo favorisce il precoce ripristino delle abitudini di vita quotidiana e contrasta il fenomeno dell'allettamento, considerando che tali condizioni morbose sono riferite prevalentemente a persone in età avanzata (Documento di indirizzo: Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni, Lazio sanità-Agenzia di sanità pubblica, Gennaio 2013). Gli obiettivi riabilitativi sono orientati al raggiungimento delle autonomie di base, ai passaggi posturali, alla deambulazione. È necessaria la collaborazione del paziente.

Sede Legale: Viale Aldo Ballarin n. 106/108 - 00142 Roma | Tel. 065037419/5037545
C.F. 02876630589 | P.IVA 01128631007 | PEC: alm@open.legalmail.it | SITO: www.associazionealm.it

Allegato 2 al Regolamento interno

LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE Il MINORE E LA GENITORIALITA'

Le presenti Linee Guida e indicazioni di buone pratiche vengono adottate dal Centro in conformità alla normativa, nazionale e internazionale, avente ad oggetto il superiore interesse del minore e il principio di bigenitorialità. Sono pertanto qui richiamate:

- La Convenzione Onu sui Diritti dell'Infanzia 20.11.1989 (e relativa L. di ratifica n. 176/1991), in particolare l'art. 3, comma 1) ai sensi del quale *"In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente"*;
- . D. Legislativo n.154/213, in particolare:

L'art. 316 c.c., comma 1 e 2, in tema di responsabilità genitoriale, ai sensi del quale "*Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei."* e comma 5 "*Il genitore che non esercita la responsabilità genitoriale vigila sull'istruzione, sull'educazione e sulle condizioni di vita del figlio*";

Gli artt. 337 bis, 337 ter, comma 1), c.c. secondo i quali, in caso di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio, e nei procedimenti relativi ai figli nati fuori dal matrimonio, "*Il figlio minore ha diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale*";

L'art. 337 quater c.c., comma 3, ai sensi del quale "*Il genitore cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori. Il genitore cui i figli non sono affidati ha il diritto ed il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al giudice quando ritenga che sono state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse*".

BUONE PRATICHE

I genitori dei minori che seguono un progetto di trattamento e cura presso il Centro, l'equipe medica di riferimento e i singoli professionisti, in conformità ai principi normativi sopra richiamati:

- Si impegnano al fine di garantire, all'interno degli spazi deputati alla cura e al trattamento riabilitativo dei pazienti, un clima sereno e non conflittuale, rimandando eventuali confronti o chiarimenti nelle sedi di colloqui che periodicamente potranno essere fissati;
- Sono informati della possibilità di effettuare colloqui secondo le seguenti modalità: 1) su iniziativa dell'equipe medica, o su richiesta di entrambi i genitori, al fine di comunicare/ricevere informazioni o aggiornare sullo stato dei minori, con comunicazione e presenza al colloquio di entrambi i genitori; 2) su richiesta di un solo genitore, secondo disponibilità dell'equipe medica; il colloquio non avrà ad oggetto informazioni aggiuntive o nuove rispetto ai colloqui fissati congiuntamente di cui al punto 1); della richiesta di colloquio del singolo genitore, il Centro darà comunicazione per iscritto all'altro genitore, informandolo della possibilità di accedere parimenti a colloquio singolo. Durante i colloqui singoli i genitori non potranno richiedere documentazione, né fornire al Centro alcuna documentazione. Laddove, dal singolo colloquio, dovessero emergere circostanze relative al minore, non trattate durante i colloqui di cui al punto 1), il Centro comunicherà per iscritto all'altro genitore non presente le suddette circostanze emerse.
- A fronte di richiesta di documentazione medica, formulata da un genitore, il Centro, riservando di accogliere la richiesta stessa, darà comunicazione all'altro genitore per iscritto.
- Gli appuntamenti e le sedute fissate potranno essere modificati su richiesta del singolo genitore che ha con sé il minore nella relativa data laddove venga fornita adeguata motivazione. L'appuntamento verrà modificato, secondo disponibilità del Centro, con comunicazione scritta ad entrambi i genitori.
- Nel caso in cui il minore sia affidato al Servizio Sociale competente, in presenza o meno di limitazione della responsabilità genitoriale, il Centro darà comunicazione al Servizio stesso di tutte le informazioni rilevanti relative allo stato di salute della minore e agli aggiornamenti inerenti. Su richiesta del Servizio affidatario il Centro comunicherà in merito: al comportamento collaborativo o oppositivo dei/del genitore; alla presenza/assenza ai

colloqui di cui al punto 1) dei/del genitore. Il Centro riferirà ogni altro elemento utile, nell'interesse del minore. Tali comunicazioni saranno riservate e non potranno essere nella disponibilità dei/del genitore.

- Nel caso di protratta mancata condivisione delle succitate buone pratiche, il Centro si riserva la facoltà di convocare congiuntamente i genitori, e successivamente di dare comunicazione scritta congiunta, delle decisioni che potranno essere adottate.

Data _____

Per l'utente minore _____

Firma dei genitori

_____

_____