

## TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP

### **ALLEGATO A PROTOCOLLO DI VERIFICA UVARP PER L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE IN STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE IN REGIME RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E AMBULATORIALE.**

#### **PREMESSA**

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (*Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano, 10/02/2011*) analizza la situazione della riabilitazione in Italia a tredici anni dalla pubblicazione delle Linee Guida sulla Riabilitazione (1998) rilevando tra le criticità più importanti la mancanza di una “standardizzazione tassonomica” vale a dire di una denominazione uniforme per strutture riabilitative eroganti la stessa tipologia d'intervento riabilitativo. La realtà sul territorio nazionale e nella Regione Puglia vede di frequente denominazioni differenti per strutture eroganti uguali prestazioni e stessa denominazione per strutture eroganti prestazioni differenti.

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (recepito dalla Regione Puglia, BURP n°82 del 25/05/2011) sottolinea la necessità di definire i differenti settings riabilitativi, le dotazioni strutturali, strumentali, professionali ed i requisiti al fine di determinare l'appropriatezza delle prestazioni erogate in base ad una ben definita “mission”.

#### **L'AZIONE DI VERIFICA DELL'UVAR**

Il PINDRIA (Piano di Indirizzo della Riabilitazione), con le sue nuove indicazioni riabilitative, richiede da parte dell'UVAR una revisione dei sistemi di verifica sull'appropriatezza delle prestazioni riabilitative che passa attraverso la determinazione di precisi “percorsi riabilitativi” condivisi per patologia.

Attualmente l'assenza di definizione di tali percorsi è spesso causa di inapproprietezza nell'erogazione delle prestazioni riabilitative e di contraddittori fra ASL e privato accreditato.

Pertanto, sull'esempio delle altre Regioni si ribadisce l'importanza di *definire setting riabilitativi* in grado di accogliere *in modo appropriato il paziente lungo “percorsi riabilitativi specifici” per diverse patologie.*

Pertanto, è necessario **perfezionare, uniformare e oggettivare** una metodologia di verifica UVAR con strumenti che consentano di eseguire efficacemente l'azione di controllo sul territorio regionale.

Le finalità del Tavolo Tecnico sono state le seguenti:

- Analisi delle caratteristiche delle strutture riabilitative extraospedaliere sulla base degli indirizzi derivanti dal Piano Regionale della Salute e del PINDRIA;
- Incrociare il percorso riabilitativo del paziente con le diverse tipologie di struttura riabilitativa previste dal PRS 2008-2010;
- Definizione di percorsi di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative.

## **GRADO DI NECESSITÀ' DELLA PERSONA DA RIABILITARE E LIVELLO DI ASSISTENZA RIABILITATIVA**

Il Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione raccomanda che, per definire in modo corretto il **grado di necessità della persona da riabilitare**, occorre individuare e combinare opportunamente tre dimensioni: **1) complessità clinica; 2) disabilità; 3) multimorbilità**. Con questo metodo è possibile allocare la persona nel setting riabilitativo appropriato, qualsiasi sia la patologia che ne abbia determinato la limitazione funzionale.

Le tre dimensioni sono definite come di seguito:

☞ **Complessità clinica:** si correla all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei relativi interventi terapeutici.

☞ **Disabilità:** perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive, comportamentali che, nella più attuale concezione bio-psicosociale, impatta con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione.

☞ **Multimorbilità:** sarà considerato l'insieme di patologie (comorbilità) che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

Questo tavolo tecnico, si propone di esaminare il profilo organizzativo e strutturale delle realtà extraospedaliere riabilitative individuate dal Piano Regionale della Salute 2008-2010, correlandolo alla **complessità clinica**, ovvero diagnostica, assistenziale, organizzativa e per consumo di risorse.

Al fine di soddisfare i criteri di appropriatezza della presa in carico riabilitativa, si stabilirà il **grado di necessità della persona da riabilitare** attraverso la costruzione di una **griglia operativa** che incrocerà la tipologia di struttura riabilitativa extraospedaliera con la tipologia di **disabilità** della persona (tenuto conto della fase del suo percorso riabilitativo e del bisogno assistenziale).

Le **comorbilità** che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi saranno tenute in giusta considerazione nell'individuazione del setting riabilitativo più appropriato.

## LIVELLI ASSISTENZIALI

### 1) Assistenza intensiva post-acuzie extra-ospedaliera

Per pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multi-comprensivo ed un supporto multidisciplinare distribuito nell'arco delle 24 ore.

In questo contesto riabilitativo potranno avere accesso, quindi, pazienti che, superata la fase di acuzie della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali, possano sostenere un'attività riabilitativa intensiva, vale a dire declinata per almeno tre ore nella giornata con il coinvolgimento di più figure professionali e necessità di assistenza e/o sorveglianza medico-infermieristica h 24.

#### Complessità clinica:

a. **Diagnostica:** i pazienti ricoverati in tale ambito non hanno bisogno di diagnostica strumentale complessa;

b. **Assistenziale:** l'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo.

(vedi Allegato 1: "Impegno orario delle figure professionali coinvolte nell'intervento riabilitativo".)

c. **Organizzativa:** il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, ha la necessità di assistenza e/o sorveglianza medico-infermieristica h 24. Ove necessario può usufruire di assistenza specialistica territoriale programmata.

d. **Consumo di risorse:** basso, poiché i costi che si riferiscono a farmaci, presidi per incontinenza, gestione dell'emergenza, consulenze specialistiche etc. non sono a carico della struttura accreditata poichè garantiti dall'azienda sanitaria competente per il territorio.

L'assistenza intensiva post-acuzie extraospedaliera coincide con due progetti di struttura attualmente presenti nella rete dei servizi riabilitativi: il **TRIP** (Trattamento Riabilitativo Intensivo Post-Acuzie) e l'**Internato grave**.

Il modulo organizzativo per l'erogazione del **TRIP** (Trattamento Riabilitativo Intensivo Post-Acuzie) deve rispettare i criteri fissati dalla DGR n. 2185 del 11/10/2010 (dotazione organica per modulo da 60 p.l.). Al TRIP si accede direttamente ed esclusivamente dal reparto di acuzie o al massimo entro 30 giorni dalla dimissione dallo stesso. **In entrambi i casi è indispensabile la richiesta del medico specialista della struttura di ricovero per acuti che ha dimesso il paziente.**<sup>(10)</sup>

L'internato grave accoglie pazienti con evento indice o dimissione dal reparto per acuti > 30 giorni, che necessitano di trattamento riabilitativo intensivo in regime di ricovero extra-ospedaliero.

La durata di entrambi i trattamenti è di norma fissata in 60 giorni (DGR n. 1366 del 03/09/2004). L'ulteriore periodo di ricovero, se ritenuto necessario, sarà riconosciuto come **riabilitazione estensiva** (vedi punto seguente 2) e pertanto sarà considerato come **internato base**.

## TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP

### 2) **Assistenza estensiva a media complessità** (*Riabilitazione estensiva in regime di ricovero*. Strutture residenziali territoriali: **Internato base - RSA**)

Per pazienti non autosufficienti(\*) (totalmente o parzialmente) a causa di una disabilità con ridotte possibilità di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo della durata limitata. Il trattamento riabilitativo in questo setting è finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali. E' prevista una durata del trattamento riabilitativo da 1 a 3 ore giornaliere e necessità di assistenza e/o sorveglianza medico-infermieristica h 24. Il paziente con possibilità di recupero funzionale sarà ospitato in una struttura riabilitativa se deve continuare e terminare il percorso riabilitativo in regime di ricovero; sarà ospitato in RSA qualora non abbia margini di recupero funzionale ed è in una fase di mantenimento. Anche in questo caso, il progetto riabilitativo dovrà essere redatto da un medico specialista della riabilitazione. Per l'inserimento in tale setting e per i requisiti organizzativi di una RSA si rimanda al R.R. n.8/2002.<sup>(11)</sup>

#### **Complessità clinica:**

- a. **Diagnostica:** i pazienti ricoverati in tale ambito non hanno bisogno di diagnostica complessa.
- b. **Assistenziale:** l'intervento riabilitativo deve essere inteso di durata da 1 a 3 ore giornaliere ed erogato dal medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo.  
(vedi Allegato 1: "impegno orario delle figure professionali coinvolte nell'intervento riabilitativo").
- c. **Organizzativa:** il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate per cui non ha bisogno di supporto medico polispecialistico continuato h 24, ma può usufruire, ove necessario, di assistenza specialistica territoriale programmata.
- d. **Consumo di risorse:** basso, poiché i costi che si riferiscono a farmaci, presidi per incontinenza, gestione dell'emergenza, consulenze specialistiche etc. non sono a carico della struttura accreditata poiché garantiti dall'azienda sanitaria competente per il territorio.

### 3) **Assistenza a ciclo diurno a media complessità** (Strutture semiresidenziali territoriali – centri di riabilitazione – **seminternato grave - base**)

Per pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti(\*), portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste<sup>(2)</sup> dipendenti da qualsiasi causa per i quali è necessario un progetto riabilitativo, erogabile nell'arco delle 12 ore, finalizzato al recupero funzionale e sociale. I programmi riabilitativi dovranno chiaramente esplicitare le strategie e gli interventi per la promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali<sup>(4)</sup>.

Il seminternato grave è appropriato per pazienti che vi accedano nella fase immediatamente post-acuta, anche dopo la dimissione ospedaliera, qualora non necessitino di assistenza e/o sorveglianza medico/infermieristica h 24. La durata della riabilitazione in regime di seminternato grave è di norma fissata entro 60 gg.

Il seminternato base è appropriato per il completamento del processo di recupero.

## TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP

L'assistenza a ciclo diurno a media complessità è specializzata anche solo per una tipologia d'intensità di cura e/o una o più discipline e/o per una fascia di età (evolutiva, adulta, senile)<sup>(2)</sup>.

Per questi pazienti deve essere documentato da relazione dell'assistente sociale un insufficiente supporto familiare o informale.

Il paziente sarà trasferito in *assistenza a ciclo diurno estensiva a bassa complessità* se, completato il recupero funzionale, ricorrono ancora i requisiti per il trattamento riabilitativo a ciclo diurno.

### **Complessità clinica:**

a. **Diagnostica:** i pazienti ricoverati in tale ambito non hanno bisogno di diagnostica da erogarsi nell'ambito della struttura ospitante;

b. **Assistenziale:** l'intervento riabilitativo deve essere inteso da 1 a 3 ore giornaliere. Almeno 1 ora deve essere erogata dal seguente personale: medico specialista in riabilitazione, professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo (vedi Allegato 1: "*impegno orario delle figure professionali coinvolte nell'intervento riabilitativo*".)

La restante quota oraria di assistenza è erogata da educatore professionale.

c. **Organizzativa:** il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate per cui non ha bisogno di supporto medico polispecialistico continuato h12.

d. **Consumo di risorse:** basso, poiché i costi che si riferiscono a farmaci, presidi per incontinenza, gestione dell'emergenza, consulenze specialistiche etc. non sono a carico della struttura accreditata in quanto garantiti dall'azienda sanitaria competente per il territorio.

4) **Assistenza estensiva a bassa complessità** (Strutture residenziali territoriali: RSSA – Residenza Sociale Assistenziale: Artt. 58,66 – RR n.4/2007).

Per pazienti non autosufficienti<sup>(\*)</sup> o parzialmente autosufficienti<sup>(\*)</sup>, con disabilità stabilizzate, non gestibili al proprio domicilio (relazione dell'assistente sociale che documenta un insufficiente supporto familiare o informale), che richiedono un forte impegno assistenziale alla persona e un programma d'interventi riabilitativi per il mantenimento delle abilità funzionali con carattere di continuità.

L'inserimento in tale setting è disposto dalla U.V.M. che provvederà all'elaborazione del PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato). La richiesta di assistenza in questi settings, indirizzata al Direttore del DSS di competenza, dovrà essere corredata da una relazione del MMG/PLS o dal Medico del Reparto Ospedaliero di dimissione, o dal Medico dell'U.O. territoriale presso cui è in carico la persona, ovvero dai medici specialisti verificatori UVAR. <sup>(8)</sup>

5) **Assistenza a ciclo diurno estensiva a bassa complessità** (Strutture semiresidenziali territoriali: centro socio-educativo e riabilitativo ex articolo 60 RR 4/2007 e art. 8, L. 104/92; art 60 ter RR 4/2007 agg. Febbraio 2010 Centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza).

## TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP

Per pazienti non autosufficienti(\*) o parzialmente autosufficienti(\*), con disabilità stabilizzate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa.

Detti pazienti sono parzialmente gestibili al proprio domicilio e richiedono un forte impegno assistenziale alla persona e un programma d'interventi riabilitativi per il mantenimento delle abilità funzionali nell'arco delle 12 ore.

Questo setting ha anche la finalità di fornire sostegno alla famiglia. Per questi pazienti deve essere documentato da relazione dell'assistente sociale un insufficiente supporto familiare o informale.

In questo setting, la struttura erogatrice pianifica le attività diversificandole in base alle esigenze dell'utenza ed assicura l'apertura per almeno otto ore al giorno, per cinque giorni la settimana. Tutte le attività sono aperte al territorio e organizzate attivando le risorse della comunità locale. La stessa struttura, deve organizzare: attività educative indirizzate all'autonomia; attività di socializzazione ed animazione; attività espressive, psicomotorie e ludiche; attività culturali e di formazione; prestazioni sociosanitarie e riabilitative eventualmente per utenti con disabilità psico-sensoriali ovvero con patologie psichiatriche stabilizzate. (9)

L'inserimento in tale setting è disposto dalla U.V.M. che provvederà all'elaborazione del PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato). La richiesta di assistenza in questi settings, indirizzata al Direttore del DSS di competenza, dovrà essere corredata da una relazione del MMG/PLS o dal Medico del Reparto Ospedaliero di dimissione, o dal Medico dell'U.O. territoriale presso cui è in carico la persona, ovvero dai medici specialisti verificatori UVAR.(8)

Per la procedura di accesso al "Centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza" si veda l'allegata tabella "Demenze".

### **6) Assistenza ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali**

(Strutture residenziali territoriali dedicate)

Per soggetti in età evolutiva, affetti da patologie congenite o acquisite, che necessitano di un programma riabilitativo che preveda interventi multidisciplinari orientati a recupero di abilità fisiche, psichiche e relazionali e la cui presa in carico, anche prolungata nei casi di maggiore complessità clinica, preveda la definizione di un progetto riabilitativo centrato sulla globalità dell'intervento, sull'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia. In dette strutture deve essere garantito il diritto all'istruzione obbligatoria ai sensi dell'art. 9 della L. 104/92.

### **7) Assistenza diurna ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali** (Strutture semiresidenziali territoriali dedicate- centro socioeducativo e riabilitativo)

Per soggetti in età evolutiva affetti da patologie congenite o acquisite che necessitano di un programma riabilitativo che preveda interventi multidisciplinari orientati al recupero di abilità fisiche, psichiche e relazionali erogabili, nell'ambito del progetto riabilitativo, nell'arco delle 12 ore. Il programma deve prevedere in ogni caso la presa in carico del paziente e deve garantire continuità di percorsi riabilitativi erogati nelle ore diurne.

L'intervento deve garantire, altresì, la globalità dell'approccio terapeutico riabilitativo e mirare all'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia.

## TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP

In dette strutture deve essere garantito il diritto all'istruzione obbligatoria ai sensi dell'art. 12 della L. 104/92.

### **8) Assistenza a disabili privi di sostegno familiare**

(Strutture residenziali territoriali – Istituti Ortofrenici ad esaurimento: strutture socioassistenziali e socio-sanitarie per “dopo di noi” di cui al R.R. n. 4/2007).

Per soggetti affetti da patologie congenite o acquisite in fase di stabilizzazione, compresi i comi vegetativi persistenti, privi di un riferimento familiare ovvero non gestibili da parte dei familiari che necessitano di prestazioni di mantenimento di diversa intensità anche per periodi prolungati, in un programma di assistenza socio-sanitaria a bassa integrazione.

### **9) Assistenza riabilitativa ambulatoriale**

Poiché l'attuale normativa regionale non ha definito le modalità erogative delle prestazioni riabilitative ambulatoriali secondo i criteri contenuti nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione di cui sopra (caso complesso e caso non complesso), i criteri di verifica dell'appropriatezza vengono definiti in base alle Linee guida del 1998 (riabilitazione ambulatoriale ex art. 26 e riabilitazione ambulatoriale ex art. 25).

Centri ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26

Svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale.

Detti centri devono fornire un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e per l'età evolutiva anche pedagogico. Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche, di cui al DM 22 luglio 1996 e successive modifiche e integrazioni (ex art. 25), per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite il progetto riabilitativo individuale.

I centri ambulatoriali di riabilitazione ex art. 25

Svolgono attività riabilitativa rivolta alle disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un programma terapeutico riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal DM 22 luglio 1996.

Per i criteri di appropriatezza si rimanda al regolamento regionale n. 13 del 12 giugno 2007 (BURP n. 88 del 19/06/2007).

### **10) Assistenza riabilitativa domiciliare**

L'attività di Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della Lg. n. 833/78 risulta regolamentata dalla Regione Puglia con regolamento n. 20 del 4 agosto 2011, a cui si rimanda per i criteri di appropriatezza.

Non possono essere ritenuti appropriati i trattamenti domiciliari erogati in assenza di piano di trattamento riabilitativo domiciliare rilasciato dal DSS o dall'articolazione 8

## TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP

distrettuale del Dipartimento di Riabilitazione di competenza territoriale o erogati precedentemente al suo rilascio.

Sono, inoltre, ritenuti inappropriati i trattamenti domiciliari erogati oltre il limite giornaliero previsto dai requisiti di accreditamento posseduti al momento di sottoscrizione del contratto di adesione per l'erogazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR.

**(\*) La condizione di non autosufficienza deve essere valutata con scala FIM e/o Barthel**

## **Bibliografia e riferimenti normativi:**

1. *Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998, (Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30 maggio 1998).*
2. *Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n.3 – “Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”. BURP – n.7 suppl. del 14-1-2005.*
3. *Piano di Indirizzo per la Riabilitazione - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – 10 febbraio 2011, (Gazzetta Ufficiale n.50 del 2 marzo 2011).*
4. *Legge Regionale n.23 del 19 settembre 2008. - Piano Regionale di Salute 2008-2010. BURP – n.150 del 26-9-2008.*
5. *Piano di Rientro e di Riqualificazione ed Allegato della Regione Puglia 2010-2012. BURP – n.23 dell’11-02-2011.*
6. *Progettare la Riabilitazione: il lavoro in team interprofessionale – Basaglia N. – Edi Ermes 2002.*
7. *Regolamento Regionale 2 novembre 2011, n.24 – “Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza – Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extraospedaliere\_Centro Risvegli”. BURP – n.176 dell’ 11-11-2011.*
8. *DGR 12 aprile 2011, n. 691 in BURP n. 72 del 10/05/2011, pag. 14197.*
9. *RR n.4 BURP n.12 del 22 gennaio 2007.*
10. *DGR 1366 del 3 settembre 2004. Pag. 11111.*
11. *RR n.8/2002*

## **TAVOLO TECNICO REGIONALE UVARP**

### **Allegato 1:**

#### **Medico**

**specialista in riabilitazione.** E’ responsabile della redazione del PRI.

Qualsiasi trattamento riabilitativo non può avere decorrenza da data precedente alla redazione del PRI. Si ritiene che la redazione del PRI da parte del medico responsabile richieda un impegno temporale fino a 3 ore. Le valutazioni specialistiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi riabilitativi, anche attraverso la compilazione di scale, possono richiedere un impegno orario fino a 1 ora. Tutti gli interventi devono essere puntualmente documentati in cartella.

#### **Infermieri.**

Le attività del personale infermieristico, che concorrono al raggiungimento dell’orario giornaliero richiesto per l’intervento riabilitativo, sono quelle strettamente legate all’addestramento del paziente/caregivers per:

- L’utilizzo di dispositivi per il controllo/trattamento dei disordini legati all’evacuazione);
- Cateterismi intermittenti;
- Alimentazione per OS – SNG – PEG;
- Prevenzione lesioni da pressione;
- Aspirazione delle mucosità orofaringee, pulizia del cavo orale, gestione cannula tracheostomica;
- Movimentazione dei carichi;
- Cambi posturali a letto, letto/carrozzina, carrozzina/WC;
- Igiene – vestizione.

La durata di ognuna di queste attività di addestramento viene convenzionalmente stabilita in 15 minuti.

E’ da considerarsi attività infermieristico/riabilitativa anche quella preventiva per l’individuazione di soggetti a rischio, attraverso la compilazione di scale di valutazione specifiche (es.: Indice di Braden, Scala Morse, Scala Stratify), a cura del personale infermieristico (Il tempo necessario per la compilazione di ognuna di queste scale viene convenzionalmente stabilita in 5 minuti).

**Fisioterapisti**

– **Logoterapisti - Terapisti Occupazionali - Terapisti della**

**Psicomotricità:** l'intervento riabilitativo deve essere erogato da tali figure professionali nel rapporto terapeuta/paziente 1:1, salvo diverse documentate indicazioni terapeutiche ("prestazione di gruppo" formato al massimo da quattro persone, DGR 533/88).

**Assistente**

**Sociale – Psicologo:** l'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa.