

## VISITA FISIATRICA AMBULATORIALE

Il Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale riporta le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, sotto questo profilo, definisce il livello essenziale di assistenza in questo regime di erogazione. Il Nomenclatore è stato approvato con il **Decreto del Ministro della Sanità del 22 luglio 1996** e con il **Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012** è stata confermata l'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contenute nel decreto 22 luglio 1996 e sono state ridefinite, nell'allegato 3, le relative tariffe di riferimento nazionale.

Indicazioni sulla Visita Fisiatrica sono presenti nelle **Linee Guida del Ministro della Sanità per le Attività di Riabilitazione del 1998** e nel **Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione del 2011**, che sono i documenti d'indirizzo ministeriali che in Italia regolano le attività riabilitative, e già nel 2001 SIMFER aveva prodotto quale proprio documento le **Linee guida sulle attività ambulatoriali di riabilitazione**.

Inoltre la legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (**Legge n. 104/1992**) definisce in modo chiaro e articolato gli interventi a sostegno dell'inserimento e dell'integrazione sociale (attività di riabilitazione sociale), e all'art. 7 demanda al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) l'erogazione delle prestazioni di "cura e riabilitazione" (attività sanitarie di riabilitazione).

Nell'ambito dell'organizzazione del Dipartimento a livello ambulatoriale ospedaliero ed extraospedaliero bisogna differenziare due ben distinte tipologie di utenti definite in base a differenziati bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza:

- **"caso complesso"**: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione) che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) che preveda molteplici programmi terapeutici.

Tali attività riabilitative vengono erogate sotto forma di pacchetti ambulatoriali complessi all'interno di strutture dipartimentali riabilitative (esempi di attuazione attualmente in essere sono il Day Service o i centri ambulatoriali dedicati come da esperienze regionali), con una durata complessiva dei trattamenti di almeno 90 minuti. Le attività assistenziali somministrate ai pazienti devono essere registrate in una Cartella Clinica riabilitativa dove registrare le variazioni rilevate nel compimento del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), articolato nei diversi programmi riabilitativi.

- **"caso non complesso"**: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o tramite il P.R.I. da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione; tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo; la durata dell'accesso deve essere almeno di 30 minuti.

Le attività di riabilitazione in regime di assistenza specialistica ambulatoriale possono essere comprese tra quelle erogate dalle strutture e dai servizi collocati in ambito ospedaliero dedicati all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti esterni.

Deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di *welfare* chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Già la **Legge n. 104/1992** imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona con disabilità e non soltanto la valutazione della menomazione. Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'**ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)**. L'**ICF** è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute

e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi tre elementi fondamentali (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori contestuali).

Ciò premesso, la **visita fisiatrica ambulatoriale** può avere la seguente articolazione.

Raccolta dell'anamnesi inclusa, in caso di disabilità complesse, una scala di Rankin anamnestica (valutazione dello stato funzionale premorboso).

Valutazione delle menomazioni delle strutture corporee, eventualmente utilizzando codifiche ICD-10 (es. ictus ischemico fronto temporo parietale dx), e delle menomazioni delle funzioni corporee (es. emisindrome sensitiva e motoria sx, neglect sx) con un'obiettività clinica fisiatrica che può eventualmente utilizzare scale di valutazione (per patologia o funzionali globali); questa valutazione delle funzioni corporee va integrata con una valutazione di capacità e, qualora possibile, di performance secondo **ICF**.

Raccolta di informazioni sui fattori ambientali secondo **ICF**.

Elaborazione di un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) prevedendo un momento successivo per la sua condivisione con gli altri professionisti del team.

Tempo di 30' per i casi non complessi, tempo di 60' per i casi complessi.

Lo stesso fisiatra che ha effettuato la visita si autoprescrive i momenti successivi per la riunione di team finalizzata alla condivisione del P.R.I., con una tariffazione per questo fondamentale momento garantita da una visita fisiatrica di controllo, nonché da una valutazione manuale di funzione muscolare e/o da una Valutazione monofunzionale delle funzioni mentali globali per gli altri professionisti del team.

I turni di ambulatorio devono prevedere tempi per assorbire i casi complessi (es. in un turno di 4 ore vengono prenotate 6 visite fisiatriche per avere un surplus orario di 60' per gli eventuali casi complessi).

Le visite fisiatriche di controllo prevedono un tempo di 30'.