

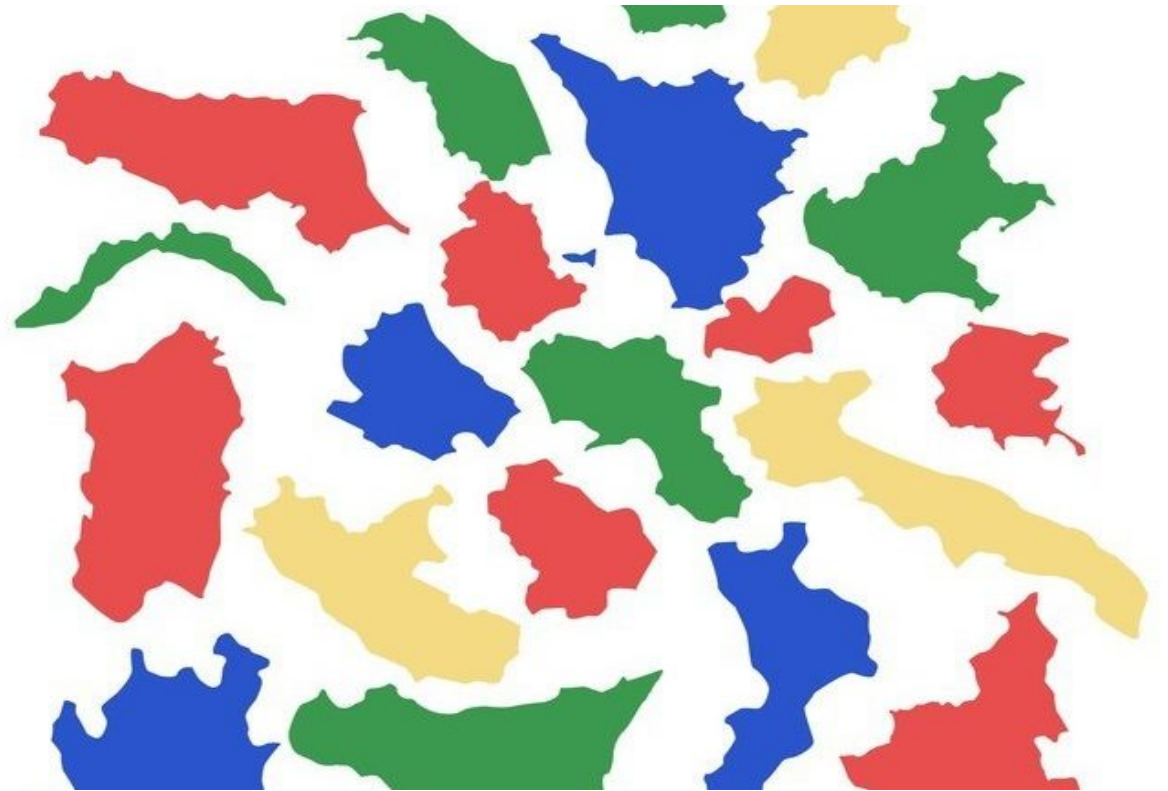
Modelli organizzativi per la medicina riabilitativa del futuro: in che direzione si sta andando?



Modelli organizzativi per la medicina riabilitativa: esempio Italia

Prof. Mauro Zampolini
presidente UEMS-PRM, direttore dipartimento di riabilitazione USL Umbria 2

20 regioni – 20 sistemi sanitari autonomi



Spesa sanitaria corrente, anni 2008-2015 (valori espressi in migliaia di euro)

REGIONI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	8.168.765	8.444.150	8.576.644	8.534.730	8.454.187	8.268.504	8.257.614	8.232.142
Valle d'Aosta	260.879	264.043	278.060	279.486	279.298	272.649	260.785	263.073
Lombardia	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104	19.052.610
PA Bolzano	1.108.183	1.065.860	1.099.606	1.112.280	1.158.176	1.160.304	1.141.812	1.173.396
PA Trento	995.402	1.062.713	1.095.332	1.131.258	1.157.508	1.150.646	1.153.187	1.131.946
Veneto	8.652.843	8.907.065	9.050.809	9.019.565	8.915.056	8.783.767	8.788.140	8.973.059
Friuli Venezia Giulia	2.316.504	2.414.483	2.448.022	2.500.544	2.498.732	2.475.931	2.385.568	2.318.698
Liguria	3.186.542	3.288.245	3.273.850	3.257.367	3.171.880	3.135.759	3.168.488	3.208.791
Emilia-Romagna	8.061.983	8.461.042	8.631.331	8.731.365	8.892.326	8.744.020	8.768.698	8.949.744
Toscana	6.805.062	7.261.649	7.252.161	7.255.084	7.282.498	7.131.197	7.260.237	7.391.083
Umbria	1.567.200	1.623.697	1.636.560	1.647.572	1.658.570	1.650.583	1.645.404	1.672.925
Marche	2.647.113	2.761.392	2.835.884	2.837.582	2.786.463	2.743.929	2.768.653	2.788.304
Lazio	10.987.886	11.250.297	11.143.017	11.007.694	10.925.879	10.701.872	10.682.689	10.793.113
Abruzzo	2.371.856	2.362.669	2.355.425	2.323.540	2.330.702	2.290.309	2.348.869	2.354.320
Molise	653.501	668.710	665.753	654.242	663.517	652.881	661.353	644.393
Campania	10.084.763	10.246.143	10.116.740	9.949.429	9.674.527	9.510.214	9.716.016	9.857.677
Puglia	7.131.501	7.197.239	7.289.302	7.131.526	7.029.857	7.022.325	7.151.521	7.268.719
Basilicata	1.020.474	1.042.555	1.063.916	1.068.467	1.038.555	1.028.247	1.037.458	1.041.124
Calabria	3.384.485	3.514.678	3.473.073	3.400.489	3.332.621	3.297.242	3.360.408	3.386.595
Sicilia	8.341.115	8.471.903	8.606.583	8.610.897	8.546.649	8.566.884	8.579.301	8.658.103
Sardegna	2.944.030	3.082.855	3.165.745	3.217.523	3.262.632	3.233.326	3.266.518	3.325.324
ITALIA	107.430.327	110.613.819	111.901.971	111.857.198	111.366.841	110.266.801	111.272.823	112.485.139
Regioni non in piano di rientro	48.681.457	50.568.076	51.588.669	52.003.560	52.052.556	51.663.714	52.307.182	53.077.640
Regioni in piano di rientro e commissariate	27.482.491	28.042.497	27.754.008	27.335.394	26.927.246	26.452.518	26.769.335	27.036.098
Regioni in piano di rientro	23.641.381	24.113.292	24.472.529	24.277.153	24.030.693	23.857.713	23.988.436	24.158.964
Regioni a statuto speciale	7.624.998	7.889.954	8.086.765	8.241.091	8.356.346	8.292.856	8.207.870	8.212.437

Fonte: elaborazione Agenas su dati estratti dai modelli CE consuntivi, anni 2008-2015 (NSIS)

Disomogeneità organizzative e di spesa sanitaria

Modelli organizzativi diversi

- Modello prevalentemente privatistico

- Azienda sanitaria pubblica come ente regolatorio.
- Territorio affidato ai medici di base e all'iniziativa privata
- Parità strutture pubblico – privato in competizione
- Modello basato sulle prestazioni

- Modello prevalentemente pubblico

- Azienda sanitaria organizza la rete di interventi
- Distretti sanitari organizzano la rete territoriale fondamentale pubblica
- Il privato interviene a convenzione ad integrazione del sistema pubblico.
- Modello basato sulla presa in carico

Standard Lombardia

DELIBERAZIONE N° X / 1185 Seduta del 20/12/2013

- L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 110 min/paziente/die? (Il dirigente infermieristico non contribuisce a determinare questo tempo).
- Il tempo garantito dall'operatore socio-sanitario per il 50% può rientrare nel minutaggio infermieristico, determinandone non oltre il 50%?
- Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 420 min/paziente/settimana?
- E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per almeno 15 ore/settimana ogni 20 posti letto?
- E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, in misura di almeno 3 ore settimanali per ogni 20 posti letto?
- E' presente almeno 1 logopedista per almeno 10 ore/settimana ogni 20 posti letto?
- E' presente almeno 1 terapeuta occupazionale 10 ore/settimana ogni 20 posti letto?
- Limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore. E' presente almeno un assistente sociale per almeno 3 ore/settimana ogni 20 posti letto? L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 6 giorni su 7?

Standard in Sicilia

Suppl. ord. alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 54 del 21-12-2012 (n. 47)

- Per garantire i livelli minimi di sicurezza, devono essere assicurati almeno 220 minuti/paz./die di assistenza infermieristica di cui 100 forniti da OSS, 180minuti/paz./die di riabilitazione intensiva (compresa la logopedia e la terapia occupazionale), e la presenza del medico specialista h12, mentre per le ore notturne deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità condivisa anche con le altre U.O. del P.O. del Dipartimento di riabilitazione, secondo modalità da definirsi a livello aziendale

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione"

Rep. Atti n. 50/ESR del 10 febbraio 2011

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 10 febbraio 2011:

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, che prevede che, su richiesta delle Regioni o direttamente, il Ministero della sanità elabori apposite linee-guida in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento;

VISTO l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 1998 recante "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione" (Rep. Atti n. 457);

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che colloca i trattamenti di riabilitazione sia nel livello dell'assistenza ospedaliera sia nel livello dell'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che afferma la necessità di costituire un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi dalle persone disabili e che prevede la possibilità di procedere ad una rielaborazione delle linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione approvate con il predetto Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 1998;

VISTA la nota in data 21 dicembre 2010, con la quale il Ministero della salute ha ~~trasmesso~~ ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione";



Piano di Indirizzo per la Riabilitazione

Indice

1. La Riabilitazione: analisi della situazione italiana
2. Il ruolo della Riabilitazione: l'affermarsi del modello bio-psico-sociale
3. Interdisciplinarietà in riabilitazione
4. La Riabilitazione nel continuum assistenziale.
 - a) Governo clinico
 - b) Percorso Riabilitativo unico
 - c) I luoghi di cura
5. La ricerca in riabilitazione
6. Spesa Sanitaria e Riabilitazione
7. Conclusioni



La centralità della Persona in riabilitazione:
nuovi modelli organizzativi e gestionali



Contenuti del testo

La riabilitazione: analisi della situazione in Italia

Il modello bio-psico-sociale di salute

La riabilitazione nel *continuum* assistenziale: Governo Clinico, Percorso Riabilitativo Unico, luoghi di cura

Il modello organizzativo della rete in riabilitazione

Sicurezza ed efficacia delle apparecchiature in riabilitazione

Interdisciplinarietà in riabilitazione

Il futuro della ricerca in riabilitazione

Empowerment dei pazienti – il ruolo delle associazioni

Progetto riabilitativo individuale (PRI)

cardine del piano di indirizzo



DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Capo I Livelli essenziali di assistenza

ART. 44 RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, **in regime di ricovero ospedaliero**, secondo le disposizioni vigenti, alle persone **non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero**, le seguenti prestazioni assistenziali nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

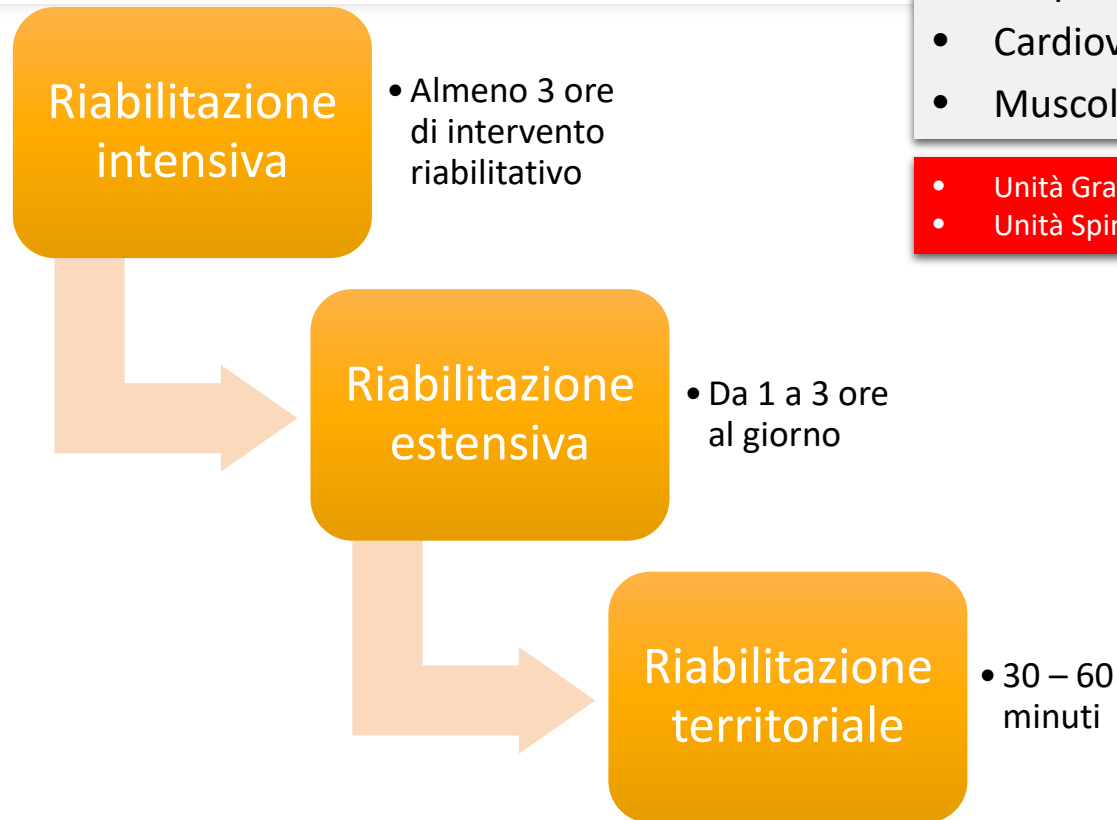
(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Capo I Livelli essenziali di assistenza

[segue]


- a) prestazioni di **riabilitazione intensiva** diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;
- b) prestazioni di **riabilitazione estensiva** a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;
- c) **prestazioni di lungodegenza post-acuzie** a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

Livelli di intensività della riabilitazione



Patologia	Codice	Tariffa	Lung.
• Neurologica	(MDC 1),	272.70 € -	60 gg
• Respiratoria	(MDC 4),	231.00 € -	30 gg
• Cardiovascolare	(MDC 5),	251.00 € -	30 gg
• Muscoloschelet.	(MDC 8).	246,89 € -	40 gg
• Unità Gravi Cerebroles.	(75)	470.00 € -	no limit
• Unità Spinale	(28)	470.00 € -	no limit

PDTA di interesse riabilitativo



Percorsi artroprotesi
Sclerosi Multipla
Ictus
Parkinson
Scompenso cardiaco
Post Infarto
BPCO

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

1. Malattie renali croniche e insufficienza renale
2. Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
3. Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
4. Insufficienza cardiaca cronica
5. Malattia di Parkinson e parkinsonismi
6. BPCO e insufficienza respiratoria cronica
7. Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva
8. Asma in età evolutiva
9. Malattie endocrine croniche in età evolutiva
10. Malattie renali croniche in età evolutiva

MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

MACRO ATTIVITA'

- Diagnosi precoce e impostazione terapeutica comprese le terapie complesse (infusive e chirurgiche)
- Interventi collegati alla disabilità
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

ASSOCIAZIONI



OGGETTIVI GENERALI

- Migliorare la conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità della gestione della patologia e ridurre la disomogeneità degli interventi attuati sul territorio nazionale
- Ridare piena autonomia e stabilità clinica al paziente

OGGETTIVI SPECIFICI

- Migliorare la formazione dei professionisti per una gestione multidisciplinare del paziente
- Promuovere un monitoraggio adeguato delle terapie farmacologiche con una personalizzazione della terapia farmacologica per le differenti esigenze dei singoli con particolare attenzione per le condizioni di fragilità e/o esclusione sociale.
- Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).
- Promuovere l'adozione di PDTA nazionali condivisi, codificati per ogni fase di malattia, sulla base dei bisogni assistenziali
- Promuovere un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato (Progetto Riabilitativo Individuale).

RISULTATI ATTESI

- Diagnosi precoce entro i tempi stabiliti dalle linee guida
- Omogeneità dei percorsi diagnostici, di follow-up e riabilitativi

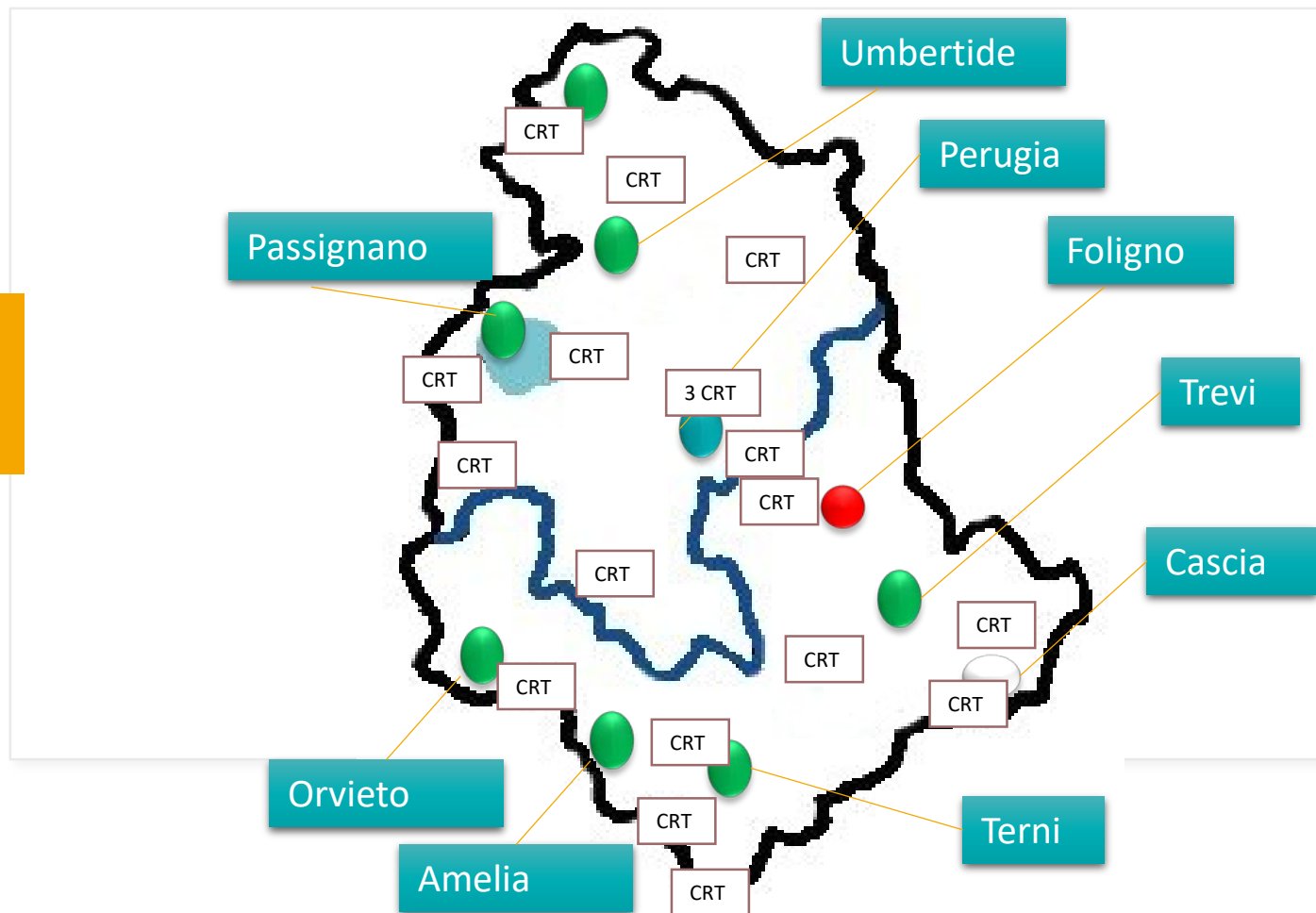
INDICATORI

- % di pazienti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida
- % di pazienti inseriti in un PDTA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni complessi dei pazienti

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

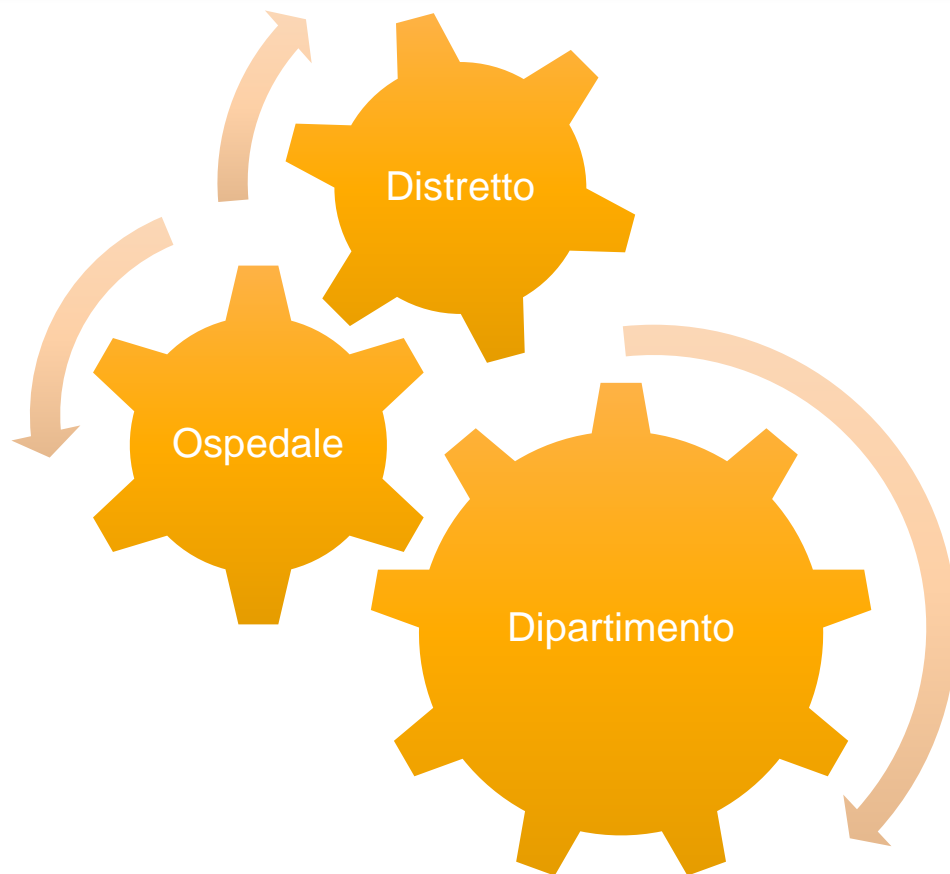
1. Promuovere la formazione degli operatori delle cure primarie (MMG, infermieri) per indirizzare il sospetto diagnostico.
2. Migliorare la formazione dei professionisti sanitari per la gestione multidisciplinare del paziente.
3. Promuovere interventi per omogeneizzare le indicazioni terapeutiche spesso non aderenti alle linee guida.
4. Applicazione dei percorsi riabilitativi.
5. Avviare indagini conoscitive sui dati epidemiologici regionali e sulla consistenza delle proprie strutture dedicate.
6. Migliorare la conoscenza del numero dei soggetti con Parkinson e parkinsonismi
7. Definire criteri obiettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.) per l'individuazione di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate e verificare la rispondenza delle strutture
8. Promuovere la revisione dei criteri di "appropriatezza" del processo terapeutico/riabilitativo (ricoveri, trattamenti farmacologici, trattamenti riabilitativi) con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento della disabilità
9. Favorire l'adozione di strumenti di gestione condivisi e accessibili ai differenti livelli dagli operatori della Rete.
10. Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).

La rete Riabilitativa in Umbria



- Unità Spinale Unipolare (Azienda ospedaliera di Perugia)
- Riabilitazione Intensiva (Sagisc – Perugia)
- Riabilitazione Estensiva Liotti (Perugia)
- Riabilitazione Intensiva (Passignano)
- Riabilitazione Intensiva (Umbertide - Prosperius)
- Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (Foligno-Trevi)
- Riabilitazione Intensiva (Trevi)
- Riabilitazione Intensiva (Cascia)
- Riabilitazione Intensiva apparato cardiocircolatorio (MDC 5) (Spoleto)
- Riabilitazione Intensiva “Domus Grazie” (Terni)
- Riabilitazione Intensiva (Orvieto)
- Riabilitazione Intensiva apparato cardiocircolatorio (MDC 5) (Amelia)
- Riabilitazione Intensiva apparato muscolo-scheletrico (MDC 8) (Pantalla)
- **Riabilitazione estensiva**
 - Villa cecilia
 - Passignano
 - Città della Pieve

La necessità di sinergie



- Garanzia continuità assistenziale
- Presenza in carico a lungo termine
- Gestione della cronicità
- Facilitazione inclusione sociale

Centri di Riabilitazione Territoriale

- Fisiatra
- Fisioterapista
- Logopedista
- Team del Centro di salute

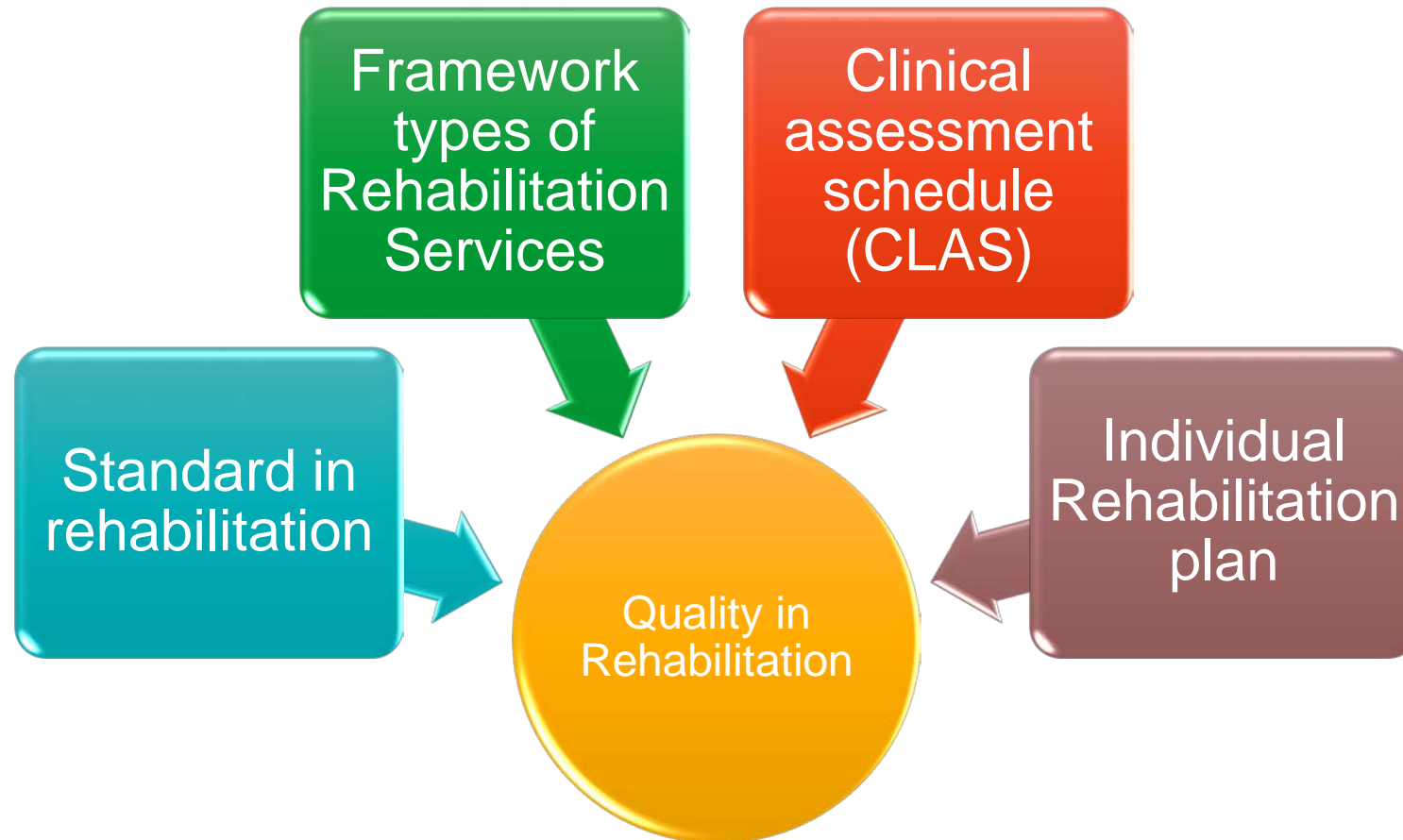
Flusso di Base della riabilitazione nel territorio

- Visita Fisiatrica
- Progetto riabilitativo
 - Definizione multiprofessionale dei PRI
 - Sedute di riabilitazione
 - Visite di controllo
 - Visita finale

Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) in riabilitazione

CLASSE DI PRIORITA'	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	SITUAZIONI CLINICHE
URGENTE Accesso in PS senza impegnativa SSR		NON PREVISTA
URGENZA DIFFERIBILE - Priorità ricetta U	3 giorni	NON PREVISTA
BREVE - Priorità ricetta B*	10 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Dimissioni da reparti per acuti non in possesso di Progetto Riabilitativo • Dimissioni da Riabilitazioni Intensive e Estensive extraregionali • Disabilità conseguenti ad esiti di intervento chirurgico in fase post-acuta • Rimozione apparecchi gessati/tutori grosse articolazioni/concessione carico per fratture arto inferiore
DIFFERITA - Priorità ricetta D	30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Disabilità secondarie a patologia del sistema nervoso centrale e periferico primitive e secondarie entro 6 mesi dall'evento indice • Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari traumatiche e non entro 6 mesi dall'evento indice • Disabilità secondarie a patologie infiammatoria reumatica • Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari in fase algica
PROGRAMMATA - Priorità ricetta P	180 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Disabilità secondarie a patologie del sistema nervoso centrale e periferico primitive e secondarie – croniche oltre i 6 mesi dall'evento indice • Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari croniche ed osteoporosi

Cooperative actions promoted from UEMS-PRM



SPECIAL ARTICLE

European Framework of Rehabilitation Services Types: the perspective of the Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists

Gerold STUCKI ^{1, 2, 3, 4, 5}, Mauro ZAMPOLINI ^{6, 7}, Melissa SELB ^{3, 4 *},
Maria G. CERAVOLO ^{8, 9}, Mark DELARGY ^{10, 11}, Enrique VARELA DONOSO ^{12, 13}, Carlotte KIEKENS ^{14, 15},
Nicolas CHRISTODOULOU ^{16, 17}, Study Group European Framework of Rehabilitation Service Types ‡

European framework of rehabilitation services types

1. Rehabilitation in acute care
2. General post-acute rehabilitation
3. Specialized post-acute rehabilitation
4. General outpatient rehabilitation
5. Specialized outpatient rehabilitation
6. General day rehabilitation
7. Specialized day rehabilitation
8. Vocational rehabilitation
9. Rehabilitation in the community
10. Rehabilitation services at home (incl. nursing home)
11. Rehabilitation for specific groups of persons with disability
12. Rehabilitation in social assistance
13. Specialized lifelong follow-up rehabilitation
14. Rehabilitation in medical health resorts

European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2019 August;55(4):411-7

TABLE III.—Post-Stockholm Delphi round results – Feedback on the proposed Clinical Assessment Schedules for the approved European Framework of Rehabilitation Service Types.⁶

Type of Rehabilitation Service	Suggested ICF Sets (brief versions) for the respective CLAS	N.= Countries agree with suggested CLASs	Level of support
1. Rehabilitation in acute care	Default: ICF Generic-7 Optional: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set); ICF Acute Core Set(s) for • neurological conditions; • cardiovascular conditions; • musculoskeletal conditions.	80% N.=12	Strong
2. General postacute rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) Optional: ICF Post-acute Core Set(s) for • neurological conditions; • cardiovascular conditions; • musculoskeletal conditions; • geriatric population	87% N.=13	Strong
3. Specialized postacute rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + relevant health condition-specific ICF Core Set Optional: ICF Post-acute Core Set(s) for • neurological conditions; • cardiovascular conditions; • musculoskeletal conditions; • geriatric population	80% N.=12	Strong
4. General outpatient rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	60% N.=9	Moderate
5. Specialized outpatient rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + relevant health condition-specific ICF Core Set + Minimal set of environmental factors Optional: Other relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	80% N.=12	Strong
6. General day rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	73% N.=11	Moderate
7. Specialized day rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + relevant health condition-specific ICF Core Set + Minimal set of environmental factors Optional: Other relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	73% N.=11	Moderate
8. Vocational rehabilitation	Default: ICF Core Set for vocational rehabilitation (WORQ Self-report) Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	80% N.=12	Strong
9. Rehabilitation in the community	Default: ICF Generic-7 + Minimal set of environmental factors Optional: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	80% N.=12	Strong
10. Rehabilitation services at home (incl. nursing home)	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) ICF Core Set for geriatric population in postacute setting	87% N.=13	Strong
11. Rehabilitation for specific groups of persons with disability	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) for index health condition, incl. ICF Core Sets for CP, ICF Core Sets for autism and ICF Core Sets for ADHD, ICF Core Sets for vocational rehabilitation (WORQ Self-report)	80% N.=12	Strong
12. Rehabilitation in social assistance	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Sets ICF Core Sets for vocational rehabilitation (WORQ Self-report)	67% N.=10	Moderate
13. Specialized lifelong follow-up rehabilitation	Default: [similar to Rehab at the home, with consideration of geriatric population] ICF Generic-30 + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) ICF Core Set for geriatric population in postacute	80% N.=12	Strong
14. Rehabilitation in medical health resorts	Default: Set developed by Morita E, <i>et al.</i> Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) Minimal set of environmental factors	60% N.=9	Moderate

Specifying clinical assessment schedules for the European framework of rehabilitation service types: the perspective of the physical and rehabilitation medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists

Melissa SELB ^{1, 2 *}, Mauro ZAMPOLINI ^{3, 4}, Mark DELARGY ^{5, 6}, Carlotte KIEKENS ^{7, 8}, Gerold STUCKI ^{1, 2, 9, 10, 11}, Study Group Clinical Assessment Schedule [‡]

The service types and the assessment



TABLE III.—*Post-Stockholm Delphi round results – Feedback on the proposed Clinical Assessment Schedules for the approved European Framework of Rehabilitation Service Types.*⁶

Type of Rehabilitation Service	Suggested ICF Sets (brief versions) for the respective CLAS	N.= Countries agree with suggested CLASs	Level of support
1. Rehabilitation in acute care	Default: ICF Generic-7 Optional: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set); ICF Acute Core Set(s) for • neurological conditions; • cardiovascular conditions; • musculoskeletal conditions.	80% N.=12	Strong
2. General postacute rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) Optional: ICF Post-acute Core Set(s) for • neurological conditions; • cardiovascular conditions; • musculoskeletal conditions; • geriatric population	87% N.=13	Strong
3. Specialized postacute rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + relevant health condition-specific ICF Core Set Optional: ICF Post-acute Core Set(s) for • neurological conditions; • cardiovascular conditions; • musculoskeletal conditions; • geriatric population	80% N.=12	Strong
4. General outpatient rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	60% N.=9	Moderate
5. Specialized outpatient rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + relevant health condition-specific ICF Core Set + Minimal set of environmental factors Optional: Other relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	80% N.=12	Strong
6. General day rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	73% N.=11	Moderate

7. Specialized day rehabilitation	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + relevant health condition-specific ICF Core Set + Minimal set of environmental factors Optional: Other relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	73% N.=11	Moderate
8. Vocational rehabilitation	Default: ICF Core Set for vocational rehabilitation (WORQ Self-report) Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	80% N.=12	Strong
9. Rehabilitation in the community	Default: ICF Generic-7 + Minimal set of environmental factors Optional: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) Relevant health condition-specific ICF Core Set(s)	80% N.=12	Strong
10. Rehabilitation services at home (incl. nursing home)	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) ICF Core Set for geriatric population in postacute setting	87% N.=13	Strong
11. Rehabilitation for specific groups of persons with disability	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) for index health condition, incl. ICF Core Sets for CP, ICF Core Sets for autism and ICF Core Sets for ADHD, ICF Core Sets for vocational rehabilitation (WORQ Self-report)	80% N.=12	Strong
12. Rehabilitation in social assistance	Default: ICF Generic-30 (Rehabilitation Set) + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Sets ICF Core Sets for vocational rehabilitation (WORQ Self-report)	67% N.=10	Moderate
13. Specialized lifelong follow-up rehabilitation	Default: [similar to Rehab at the home, with consideration of geriatric population] ICF Generic-30 + Minimal set of environmental factors Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) ICF Core Set for geriatric population in postacute	80% N.=12	Strong
14. Rehabilitation in medical health resorts	Default: Set developed by Morita E, <i>et al.</i> Optional: Relevant health condition-specific ICF Core Set(s) Minimal set of environmental factors	60% N.=9	Moderate

Individual Rehabilitation Project (IRP) Standardization in Europe

- The need of individual Rehabilitation Plan
 - How the IRP could make the difference
 - Evidence of the effectiveness of Teamwork
 - IRP in European Policy Perspective
- The assessment
 - Based on ICF
 - Check list focused, Connected with CLAS
 - Capacity, Performance and environmental factors
- Definition of the goals
 - General and Specific Goals
 - Shared decision
 - Involve (Patient and proxies)

Assignment

Uniprofessional programs
Responsibilities

Interventions

How to describe them
International classification of
Intervention

Evaluation

Intermediate outcome

• Second Part

- Discharge Planning
- Defining pathway of care based IRP
- Outcome from the perspective of the person
- Engagement

• Third Part

- IRP in specific conditions
- IRP in specific services (clas)
- IPR in single countries
- Case studies
- Indication for research

• Appendix

- Glossary