

## **REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI , DOMICILIARI ED AMBULATORIALI**

### **- PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE -**

Ai sensi della nuova normativa regionale in materia di accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di cui alle Linee Guida per l'Accesso alla Rete Integrata dei Servizi Sociosanitari e Socio-Assistenziali approvate con DGR n. 447 del 28.11.2017 e recepite con Provvedimento del Direttore Generale n. 661 del 21.06.2018, l'accesso da parte del cittadino alle prestazioni riabilitative residenziali , in sede di prima applicazione, è di seguito disciplinato:

il MMG (per il paziente che proviene dal proprio domicilio) o il Dirigente Medico della Unità Operativa Ospedaliera (in caso di paziente in fase di dimissione ospedaliera) provvederà a compilare la scheda anamnestica per l'accesso alle cure riabilitative (Modulo B) inviandola alla PUA del Distretto di residenza dell'assistito.

La scheda dovrà contenere i dati relativi alla patologia principale e concomitante, alla situazione clinica, cognitivo-comportamentale, e funzionale che determina il grado di non autosufficienza e stabilisce la tipologia del setting assistenziale sulla base anche dei bisogni rilevati.

La PUA, elaborata la richiesta, la inoltra alla UVM territorialmente competente per la individuazione del setting assistenziale appropriato entro 3 giorni dalla richiesta.

L'UVM , entro 3 giorni successivi all'inoltro da parte della PUA, verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità al percorso di cura e assistenza richiesto, identifica la tipologia di Struttura deputata alla presa in carico e la presenza di strutture aziendali o private accreditate in grado di erogare le prestazioni riabilitative richieste.

Il progetto di Assistenza individuale redatto dalla UVM contenente il setting e la prognosi riabilitativa, viene trasmesso alla UO distrettuale competente per la verifica di posti letto disponibili nelle strutture individuate.

In caso di indisponibilità di posti presso le strutture aziendali, e verificata la disponibilità degli stessi presso quelle private accreditate tramite mail/PEC da riscontrare nella stessa giornata, si procederà all'invio del PAI per la presa in carico dell'assistito contenente gli obiettivi ed il numero di giornate previste per il raggiungimento degli stessi .

Dell'avvenuto ricovero e di presa in carico, la Struttura è tenuta a darne notizia agli uffici competenti della ASREM nel cui territorio insiste la struttura stessa mediante fax, o mail PEC entro 48 ore.

La presa in carico del paziente dovrà contenere i seguenti dati:

- diagnosi
- evento indice
- precedenti trattamenti
- quadro clinico
- disabilità complessa (compilazione scheda Barthel Index, FIM, etc.)
- progetto riabilitativo individuale (obiettivi a breve, medio e lungo termine, numero giornate di degenza)
- tipologia di ricovero (intensivo, estensivo, ecc...)

La copia della presa in carico con il numero di giornate autorizzate dall'UVM, dovrà essere successivamente allegata alla fattura emessa dal Centro per la successiva liquidazione, unitamente al PAI redatto dalla UVM distrettuale.

La richiesta di proroga dei trattamenti dovrà essere inviata alla UO distrettuale competente entro 20 giorni dalla scadenza dei trattamenti validati con l'indicazione delle motivazioni per le quali viene richiesto il prolungamento della degenza ed il numero di giornate richieste.

La UO, in sede di valutazione della proroga, può richiedere una nuova valutazione da parte dei componenti UVM o autorizzare direttamente la proroga stessa dando comunicazione dell'esito entro 7 giorni alla Struttura.

Dell'avvenuta dimissione del paziente la struttura abilitata è tenuta a darne notizia al Distretto territorialmente competente con le stesse modalità dell'accettazione entro 72 ore con l'indicazione delle giornate di ricovero fruito complessivamente.

Copia della dimissione dovrà essere altresì allegata alla fattura che il Centro emetterà per il pagamento delle prestazioni.

## **LINEE GUIDA PER GLI INTERVENTI RIABILITATIVI DOMICILIARI E AMBULATORIALI E CRITERI DI ORGANIZZAZIONE E DI PRESA IN CARICO**

Sul territorio dell'ASReM, si sta assistendo ad un aumento di richiesta di interventi di riabilitazione intesi ad evitare i ricoveri in strutture a causa della perdita di autonomia del paziente; il più delle volte, il domicilio risulta l'ambiente più adatto a favorire il recupero/mantenimento.

I bisogni che sottendono alla richiesta di intervento riabilitativo riguardano dimensioni sanitarie e socio-sanitarie. Solo la corretta e completa valutazione di tali aspetti, permette un' adeguata risposta al bisogno e, la realizzazione di un intervento appropriato mediante una descrizione dettagliata del quadro funzionale, del gradiente di modificabilità dello stesso e della prognosi riabilitativa.

Il presente documento individua le modalità operative che dovranno essere condivise nella gestione di programmi riabilitativi domiciliari e ambulatoriali, riguardanti anche i minori con grave disabilità, al fine di ottimizzare gli interventi e promuovere la continuità di cura, oltre l'uso razionale delle risorse.

Tenuto conto che nel progetto riabilitativo è indispensabile considerare preliminarmente se la disabilità in esame possa trarre reale beneficio da un intervento riabilitativo, il principale obiettivo di questo documento, è stabilire dei percorsi predefiniti, fatto salve variazioni del quadro clinico-funzionale che motivano un percorso integrato, sulla base della valutazione specialistica.

La terapia domiciliare è prescritta, in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente.

L'intervento riabilitativo, attraverso la formulazione del progetto riabilitativo individuale, deve sempre prevedere:

- valutazione funzionale (diagnosi di funzione)
- prognosi di funzione, ovvero previsione di modificabilità, anche in rapporto all'intervento sui fattori contestuali;
- definizione del progetto riabilitativo (analisi dei bisogni, problemi e risorse del paziente e della famiglia);
- definizione del programma riabilitativo (aree di intervento);
- accordo terapeutico

Di seguito, si riporta tabella con patologie e tempi indicativi di trattamento

<b>PATOLOGIA</b>	<b>TEMPI INDICATIVI DI TRATTAMENTO</b>
Frattura collo femore o arti inferiori sottoposti ad osteosintesi	Accessi trisettimanali per 2 mesi
Frattura per-trocanterica di femore o frattura di arto inferiore con impossibilità al carico	Accessi bisettimanali fino a carico (o al raggiungimento dell'obiettivo in progetto in stazione seduta-stazione eretta)
Artroprotesi di anca o ginocchio	Accessi trisettimanali per 2 mesi
Disabilità conseguenti a patologie osteomioarticolari degenerative (artrosi)	Accessi bisettimanali per 2 mesi (anche non consecutivi) fino ad un massimo di 60 sedute annuali
Emiparesi/emiplegia entro 1 anno dall'esordio	Accessi bi-trisettimanali per 2-6 mesi
Emiparesi/emiplegia stabilizzate che presentino una riduzione della autonomia della scala di Barthel almeno del 20% rispetto alla valutazione precedente (anno prima)	Accessi bisettimanali per 2 mesi (anche non consecutivi) fino ad un massimo di 80 trattamenti annuali
Sindrome ipocinetica conseguente al superamento di patologia acuta medica e chirurgica	Accessi trisettimanali per 1 mese fino ad una massimo di 60 sedute annue dalla data di dimissione ospedaliera
Pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita in Stato vegetativo o in Stato di Minima responsività	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato e integrato. Non è possibile schematizzare ciò in accessi, ma va predisposta una rete di interventi
Sclerosi Multipla	3 cicli all'anno con accessi bi-trisettimanali per 1-2 mesi
SLA	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato ed integrato. Non è possibile schematizzare ciò in accessi, ma va predisposta una rete di interventi
Insufficienza respiratoria cronica con grave dispnea da sforzo (non in ossigeno-terapia)	Monitoraggio con cicli, se specificamente indicati, con accessi bisettimanali per 1 mese (max 60 sedute annue)
Malattia di Parkinson avanzata (dopo ricovero ospedaliero per modifica di terapia farmacologica o dopo intervento con Deep Brain Stimulation o impianto di pompe per infusione di apomorfina)	Accessi bi-trisettimanali per 2 mesi Successivamente, gli interventi saranno stabiliti mediante elaborazione del PRI, che sarà dunque personalizzato, coordinato ed integrato, sulla base anche della compromissione della funzione cardio-respiratoria. In condizioni di stabilità, per il mantenimento delle capacità funzionali e cardiorespiratorie, gli accessi saranno bi-trisettimanali per 1-2 mesi per 3 cicli all'anno
Altre patologie (paraplegie, tetraplegie, distrofie muscolari, malattie reumatologiche)	Gli interventi saranno definiti sulla base delle specifiche diagnosi (max 80 trattamenti annuali)
Trattamento paramorfismi e dismorfismi nell'età evolutiva	Accessi bisettimanali per un massimo di 60 sedute
Trattamento paramorfismi e dismorfismi nell'età evolutiva in cui esistono condizioni di strutturazione importante e rischi di coinvolgimento funzionale posturale, motorio e respiratorio rilevante	Accessi bi/trisettimanali per un massimo di 120 sedute
Disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva, disturbi dell'apprendimento specifici e aspecifici (DSA, ADHD), disturbi della comunicazione, disturbi del movimento (disturbi della coordinazione e PCI)	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato ed integrato. La presa in carico avviene sempre nel servizio di NPI ed il percorso è costantemente monitorato dal servizio che ha effettuato la presa in carico, con la seguente tempistica:



	<ul style="list-style-type: none"><li>- fino ai 3 anni, va effettuato ogni 4-6 mesi e il case manager del PRI resta il clinico NPI del servizio;</li><li>- dai 3 ai 5 anni, il monitoraggio può avvenire ogni 6 mesi;</li><li>- dai 5 anni, fino al passaggio alla scuola primaria (6-8 anni), il processo di presa in carico prevede un monitoraggio funzionale e dei processi di riabilitazione avvenuti o possibili, pertanto il percorso prevede sedute di rivalutazione e ridefinizione del progetto personalizzato anche con interventi intensivi del personale specialistico del servizio per tempi ed obiettivi definiti;</li><li>- dai 6 anni e per tutto il ciclo della scuola primaria il processo di supervisione e monitoraggio specifico avviene ogni 12 mesi;</li><li>- tra i 10 e 13 anni, età critica nel processo evolutivo, vengono previste rivalutazioni specifiche delle funzioni e degli apprendimenti ma anche dei percorsi di rinforzo alla dinamica emozionale e un supporto specifico nel processo relazionale con i pari, realizzati con incontri intensivi specifici presso il servizio ed interventi finalizzati degli esperti presso le scuole di appartenenza del minore;</li><li>- per la durata del ciclo di scuola superiore di primo grado, raggiunta la stabilità nei comportamenti, si prevedono incontri annuali, fino all'accesso alla scuola secondaria di secondo grado;</li><li>- tutto il ciclo di frequenza della scuola secondaria di secondo grado prevede incontri annuali e percorsi specifici di accompagnamento verso l'alternanza specifica scuola-lavoro e di affiancamento nei processi più complessi.</li></ul>
--	--

Le linee guida del presente documento, devono essere adottate per l'accesso presso i centri accreditati per l'erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari, ambulatoriali e semiresidenziali.

La tipologia degli interventi riabilitativi, gli accessi e la durata devono essere stabiliti dallo Specialista di Branca di Struttura Pubblica o del Centro di Riabilitazione privato accreditato per prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari, al quale il cittadino si rivolge, su richiesta del MMG/PLS. Lo specialista di riferimento per la specifica disabilità, si atterrà alle linee guida del presente documento, utilizzando l'allegata scheda di valutazione specialistica appositamente predisposta e allegata (Modulo C) .

La modulistica sarà disponibile e scaricabile dal sito aziendale ASREM ([www.asrem.gov.it](http://www.asrem.gov.it)) alla voce: MODULISTICA - PRESTAZIONI RIABILITATIVE.

In merito ai disturbi dell'età evolutiva, la tipologia e gli accessi verranno stabiliti dallo Specialista di branca di struttura pubblica e/o privata accreditata (Neuropsichiatra Infantile), che specificherà nel PRI, le modalità operative e i tempi di rivalutazione, sulla base delle linee guida predisposte, al fine della validazione di una eventuale proroga richiesta da parte del centro che prende in carico l'assistito.

La richiesta di prestazione ambulatoriale o domiciliare può essere effettuata dalle persone interessate direttamente o dai loro familiari, presso il Presidio/Centro privato accreditato scelto.

La prescrizione del trattamento riabilitativo (RRE1 – RRE2 ) deve contenere:

- la diagnosi clinica che giustifica il trattamento richiesto;
- il tipo di trattamento riabilitativo, il regime (ambulatoriale o domiciliare) in cui deve essere erogato;
- l'indicazione che trattasi di prestazioni ex art .26 L 833/78

Tale prescrizione (**esente da ticket**) unitamente al progetto e programma riabilitativo redatto dallo specialista del Centro sulla scheda di valutazione allegata al presente regolamento (Modulo C) viene inviata alla ASREM, per l'effettuazione delle autorizzazioni, verifiche e controlli.

L'utente dovrà essere in possesso di:

- Richiesta del MMG (medico di medicina generale) o PLS (Pediatra di Libera scelta) sul modulario regionale del SSN
- Eventuale documentazione sanitaria ed indagini diagnostiche

Le eventuali proroghe del trattamento riabilitativo non richiedono la prescrizione del medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS), ma saranno comunicate dal Centro al competente servizio della ASREM.

La competente struttura distrettuale, si riserva di attivare l'UVM, laddove lo ritiene necessario, soprattutto nei casi in cui l'iter riabilitativo prevede diverse aree di intervento (rieducazione motoria, logopedia, terapia occupazionale, counseling psicologico, ecc..) per la complessità del quadro funzionale. Laddove l'iter riabilitativo prevede un'unica area di intervento (rieducazione motoria) l'autorizzazione avverrà senza passaggio per l'UVM, fermo restando i tempi indicativi di trattamento sopra indicati per "patologia disabilitante".

I trattamenti richiesti potranno avere inizio a seguito del rilascio dell'autorizzazione da parte della competente struttura distrettuale che avverrà entro sette giorni (7) dalla data di presentazione della richiesta.

Il Centro invierà alla competente struttura distrettuale la relativa presa in carico del paziente entro 7 giorni dalla data di inizio delle prestazioni. Dovranno essere rispettati i tempi stabiliti per il raggiungimento degli obiettivi e, eventuali variazioni, dovranno essere motivate e, tempestivamente comunicate, al Responsabile del Distretto che ha autorizzato l'intervento riabilitativo.

### **Prestazioni in regime semiresidenziale**

Relativamente agli interventi riabilitativi in regime semiresidenziale, fino ad oggi utilizzati nella grande maggioranza dei casi, per l'assistenza di pazienti in fase cronico-stabilizzata, e, soprattutto, di soggetti affetti da ritardi mentali diversamente non assistibili, è necessario distinguere i trattamenti di riabilitazione estensiva volti alle persone disabili con potenzialità di recupero funzionale (RD4), dai trattamenti socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, volti alle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD5). La richiesta viene fatta dallo Specialista di Branca di Struttura Pubblica e/o Privata Accreditata, sull'apposita scheda (Modulo C). L'autorizzazione avviene da parte della competente struttura distrettuale, che si avvale dell'UVM territoriale con le medesime modalità sopra descritte per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

L'utilizzo delle presenti linee guida potrà permettere all'azienda di monitorare i risultati raggiunti sia in termini di appropriatezza prescrittiva che di controllo della spesa.

A completamento del presente documento si allega una griglia contenente i criteri di accesso per ogni setting assistenziale, alla luce del DCA n. 48 del 29/04/2019, al fine di favorire una omogenea applicazione degli interventi tesi a garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità.

### **CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE – LIVELLI DI INTENSITA' DI CURE**

<b>Codice Prestazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Standard Qualificanti</b>	<b>Tipologia Assistenza</b>
R1	Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, alle persone con patologie non acute con necessità di supporto alle funzioni vitali o per gravissima disabilità che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore (Tipologie di utenti: stato vegetativo o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 min/die per nucleo infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min Assistenza infermieristica > 90 min Responsività minimale: Infermiere: h 24 Assistenza medica: 180 min/die per nucleo Assistenza globale > 210 min/paz/die Terapia riab. > 30 min/paz/die	Residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario  Tipologia di struttura: <b>RSA medicalizzate, USAP</b>
R1	Trattamenti riservati alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, consistenti in un complesso integrato di prestazioni rese da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice anche interne ad una struttura ospedaliera, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. E' assicurata l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'equipe	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 min/die per nucleo infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min Assistenza infermieristica > 90 min	Residenziale Tipologia di struttura: <b>Hospice Larino</b>
R2	Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. (tipologia di utenti: pazienti che necessitano di cure	Assistenza medica: 160 minuti/die/per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 140 minuti Assistenza infermieristica > 45	Residenziale estensivo  <b>Strutture sociosanitarie accreditate contrattualizzate</b>



	<p>mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc.) Tipologia di struttura:</p> <p><b>La durata del trattamento estensivo, di norma non supera i 60 giorni (Art. 30 comma 1 lett.a)</b></p>	minuti	
R3	<p><u>Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale</u>, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti (tipologia di utenti: pazienti che necessitano di cure mediche, infermieristiche, riabilitative di mantenimento e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, cioè garanzia di continuità assistenziale, attività di socializzazione e animazione)</p> <p><b>Ai fini di una rivalutazione del paziente, l'UVM sarà attivata dopo un periodo di 180 giorni.</b></p>	<p>Assistenza medica: 80 minuti/die/per nucleo Infermiere: h 8 Assistenza globale &gt; 100 minuti Assistenza infermieristica &gt; 20 minuti</p>	<p>Residenziale</p> <p><b>Strutture sociosanitarie accreditate contrattualizzate</b></p>
SR	<p><u>Trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico</u>, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (ivi incluse le persone con demenza che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale</p> <p><b>Ai fini di una rivalutazione del paziente, l'UVM sarà attivata dopo un periodo di 180 giorni.</b></p>	<p>Staff infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale &gt; 50 min</p>	Semiresidenziale
RD1	<p><u>Trattamenti di riabilitazione intensiva</u> per persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore. La durata dei trattamenti <b>non supera di norma i 45 giorni</b>, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo.</p>	<p>Infermiere: h 24 Assistenza medica: 180 min/die per nucleo Assistenza globale &gt; 130 min/paz/die Terapia riab. &gt; 180 min/paz/die intensiva</p>	Residenziale intensivo
RD2	<p><u>Trattamenti di riabilitazione estensiva</u> rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. La durata dei trattamenti <b>non supera, di norma, i 60 giorni</b>, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo</p>	<p>Infermiere: h 24 Assistenza medica: 160 min/die per nucleo Assistenza globale &gt; 180 min/paz/die Terapia riab. &gt; 60 min/paz/die Terapia psico-educativa &gt; 120 min/paz/die</p>	Residenziale estensivo
RD3	<p><u>Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento</u> delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. Deve essere specificato nella valutazione multidimensionale, se l'impegno assistenziale e tutelare è elevato o moderato.</p> <p><b>Ai fini di una rivalutazione del paziente, l'UVM sarà attivata dopo un periodo di 180 giorni.</b></p>	<p><b>Disabili ad elevato impegno assistenziale e tutelare:</b> Assistenza medica: 80 min/die per nucleo Assistenza globale &gt; 160 min/paz/die Terapia riab. &gt; 30 min/paz/die</p> <p><b>Disabili con moderato impegno assistenziale e tutelare:</b> Assistenza globale &gt; 130 min/paz/die Terapia riab. &gt; 30 min/paz/die</p>	Residenziale



RD4	Trattamenti di riabilitazione estensiva, rivolti a persone disabili con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera. <b>La durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni</b> , a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo	Assistenza medica: 100 min/die per nucleo Assistenza globale > 100 min/paz/die Terapia riab. > 60 min/paz/die	Semiresidenziale
RD5	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali  <b>Ai fini di una rivalutazione del paziente, l'UVM sarà attivata dopo un periodo di 180 giorni.</b>	Assistenza medica: 60 min/die per nucleo Assistenza globale > 60 min/paz/die Terapia riab. > 60 min/paz/die	Semiresidenziale
RRE1	Prestazioni di riabilitazione estensiva in regime di post-acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo	Assistenza medica: 20 min/die per nucleo Assistenza globale > 80 min/paz/die Terapia riab. > 60 min/paz/die	Ambulatoriale Individuale
RRE2	Prestazioni di riabilitazione estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli	Assistenza medica: 20 min/die per nucleo Assistenza globale > 80 min/paz/die Terapia riab. > 60 min/paz/die	Domiciliare