

**OGGETTO:** Documento Agenas–Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria “Riabilitazione nella Regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe”. Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete assistenziale riabilitativa.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato nominato il Presidente *pro-tempore* della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, quale Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all’art. 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

PRESO ATTO che con la suddetta deliberazione sono stati, altresì, confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro-tempore* della Regione Lazio con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 come riformulato con la successiva Deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal 2013;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 è stato nominato l’Arch. Giovanni Bissoni, Subcommissario per l’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, ai sensi della citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;



IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTE le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate, in sede di Conferenza Stato-Regioni, in data 7 maggio 1998;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012 ed in particolare l'art. 13, comma 14 circa il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 10 febbraio 2011, sul documento concernente “Piano di indirizzo per la riabilitazione”. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281”;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTO l'Atto repertorio n. 198/CSR del 13 gennaio 2015 di rettifica dell'Atto repertorio n. 98/CSR del 5 agosto 2014 “Intesa sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazione, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTE le deliberazioni di Giunta regionale

- ✓ 12 febbraio 2007, n. 66 concernente “Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”
- ✓ 6 marzo 2007, n. 149 avente ad oggetto “Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00039 del 20 marzo 2012 “Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale” e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00431 del 24 dicembre 2012 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00434 del 24 dicembre 2012 “requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2. del DPCA n. 8/2011”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00247 del 25 luglio 2014 “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;



IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00251 del 30 luglio 2014 “Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00259 del 6 agosto 2014 “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00306 del 1 ottobre 2014 “Adozione della Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00412 del 26 novembre 2014 “Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario *ad acta* n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

CONSIDERATO che il Decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera n. U00412 del 26 novembre 2014 prevede che “L'area della post-acuzie riabilitativa nelle sue quattro articolazioni (riabilitazione intensiva, alta specialità neuro-riabilitativa, mielolesioni e gravi disabilità in età evolutiva) sarà rimodulata, in base ad una stima del fabbisogno, con un successivo provvedimento, anche tenendo conto degli standard previsti dal regolamento della Conferenza Stato-Regioni del 5 Agosto 2014.”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 53 del 17 febbraio 2015 “Approvazione dello schema di Convenzione tra la Regione Lazio e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, per lo svolgimento di attività strategiche e di supporto finalizzate allo sviluppo, al miglioramento ed al potenziamento del Servizio Sanitario della Regione Lazio”;

VISTA la determinazione n. B03376 del 1 agosto 2013 “Istituzione Gruppo di Lavoro per lo studio e l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”;

VISTA la nota dell'Age.na.s. prot. 15600 del 11 dicembre 2013 con la quale è stato trasmesso il documento finale del Gruppo di Lavoro sopra citato “Studio e individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”;

VISTA la nota prot. 350694 del 18 giugno 2014 con la quale il Presidente della Regione Lazio ha dato mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di affrontare le questioni inerenti i criteri, il fabbisogno e le tariffe della riabilitazione;

VISTA la nota prot. 390815 del 7 luglio 2014 con la quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha chiesto al presidente dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Age.na.s. l'individuazione di un gruppo ristretto di tecnici Age.na.s. al fine di collaborare con i tecnici della Direzione Regionale all'elaborazione di un ulteriore documento relativo ai seguenti temi specifici:

- ✓ criteri di accesso/trasferibilità sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- ✓ fabbisogno assistenziale per la riabilitazione sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- ✓ tariffe delle prestazioni in ambito ospedaliero;

VISTA la nota prot. 008319 del 10 luglio 2014 con la quale il presidente dell'Age.n.a.s. ha nominato i componenti Age.n.a.s. per le finalità sopra esposte;

VISTA la nota dell'Age.n.a.s. prot. 009239 del 1 agosto 2014 con la quale è stato trasmesso il documento predisposto dal gruppo di lavoro composto da tecnici Age.n.a.s. e dai referenti della Regione Lazio "Riabilitazione nella regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe";

VISTO lo - Schema di certificazione - versione finale - Adempimenti Lea anno 2013 inviato tramite sistema documentale SiVEAS con prot. LEA\_LAZIO-SCLEA-11/05/2015-0000036-P;

CONSIDERATO che nel suddetto schema, relativamente alla Riabilitazione, il Ministero della Salute rappresenta "Nel mese di luglio 2014, la Regione ha elaborato un documento congiuntamente tra la Direzione Salute ed Integrazione Socio Sanitaria e l'Agenas relativamente ai percorsi riabilitativi e agli strumenti di valutazione. [...] per quanto riguarda il 2013 la Regione è considerata adempiente con impegno ad emanare quanto prima il Piano d'indirizzo regionale per la riabilitazione";

VISTO che nel verbale del 24 marzo 2015, relativo agli adempimenti, Tavolo e Comitato rammentano che "risulta prioritaria e non procrastinabile l'adozione di un provvedimento generale ed organico per l'area della post acuzie riabilitativa, con l'individuazione del fabbisogno, revisione dell'accreditamento e distribuzione delle attività nelle diverse strutture regionali";

RITENUTO pertanto opportuno prendere atto del documento "Riabilitazione nella regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe", allegato al presente provvedimento, predisposto dal gruppo di lavoro composto da tecnici Age.n.a.s. e dai referenti della Regione Lazio;

CONSIDERATO che il documento sopramenzionato contiene linee di indirizzo per la programmazione della rete assistenziale riabilitativa ospedaliera e territoriale;

RITENUTO opportuno di dare mandato alla Direzione Regionale competente di istituire un tavolo tecnico composto da professionisti che operano nelle strutture pubbliche e private accreditate della Regione e da rappresentanti dell'Age.n.a.s per la redazione, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, di un documento di riorganizzazione della rete riabilitativa regionale che tenga conto delle linee di indirizzo del documento allegato;

RITENUTO opportuno, inoltre, di dare mandato alla Direzione Regionale competente successivamente alla conclusione del lavoro del tavolo tecnico, di avviare una fase di consultazione, da concludersi entro 30 giorni, con le Associazioni di categoria, sul documento di riorganizzazione della rete riabilitativa regionale;

RITENUTO opportuno, infine, di dare mandato alla Direzione Regionale competente, sulla scorta di quanto sopra riportato, di predisporre l'atto di programmazione della rete assistenziale riabilitativa, ospedaliera e territoriale, da emanare entro 30 giorni dalla conclusione della fase di consultazione.

**DECRETA**

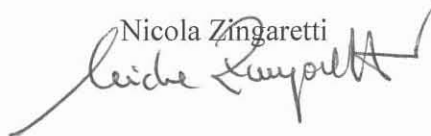
per le motivazioni espresse in premessa che costituiscono parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento

- di prendere atto del documento “Riabilitazione nella regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe”, allegato al presente provvedimento, predisposto dal gruppo di lavoro composto da tecnici Age.na.s. e dai referenti della Regione Lazio;
- di dare mandato alla Direzione Regionale competente di istituire un tavolo tecnico composto da professionisti che operano nelle strutture pubbliche e private accreditate della Regione e da rappresentanti dell’Age.na.s per la redazione, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, di un documento di riorganizzazione della rete riabilitativa regionale che tenga conto delle linee di indirizzo del documento allegato;
- di dare mandato alla Direzione Regionale competente, successivamente alla conclusione del lavoro del tavolo tecnico, di avviare una fase di consultazione, da concludersi entro 30 giorni, con le Associazioni, di categoria sul documento di riorganizzazione della rete riabilitativa regionale;
- di dare mandato alla Direzione Regionale competente, sulla scorta di quanto sopra riportato, di predisporre l’atto di programmazione della rete assistenziale riabilitativa, ospedaliera e territoriale, da emanare entro 30 giorni dalla conclusione della fase di consultazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nei termini di gg 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gg 120 (centoventi).

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti



Partenza  
Agenzia Nazionale per i  
Servizi Sanitari Regionali

Prot.n. 0009239 del 01/08/2014  
ORG 1-02-01



Gent.ma  
Dott.ssa Flori Degrassi  
Direttore Regionale Salute e Integrazione  
Sociosanitaria

e p.c. Dott. Domenico Di Lallo  
Dott. Valentino Mantini  
Dott. Gianni Vicario

Regione Lazio

LORO SEDI

**Oggetto: Documento del gruppo di lavoro sulla rete riabilitativa della Regione Lazio**

In riferimento alla richiesta della Regione Lazio, prot. n. 390815 del 7 luglio u.s., si trasmette il documento di proposta in merito ai criteri di accesso/trasferibilità e fabbisogno assistenziale per la riabilitazione, ospedaliera e territoriale, della Regione Lazio.

Tale documento è stato predisposto dal gruppo di lavoro composto da alcuni tecnici Agenas, individuati con nota Agenas prot. 8319 del 10 luglio u.s., e dai referenti della Regione Lazio.

Si rimane a disposizione per ogni chiarimento e si porgono cordiali saluti.

Direttore Generale Reggente  
Achille D'Alino

Allegato: documento rete riabilitativa Regione Lazio

# **Riabilitazione nella regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe**

## **Documento congiunto AGENAS – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria**

**Luglio 2014**

### **Premessa**

Il miglioramento della sopravvivenza per numerose patologie acute ad elevato rischio di mortalità (ad esempio ictus e tumori), l'incremento di patologie croniche invalidanti associato all'aumento costante dell'età media della popolazione rappresentano una sfida importante per il sistema sanitario e sociale, soprattutto per quei servizi deputati al trattamento riabilitativo.

In questo nuovo contesto epidemiologico si rende necessario rimodulare l'offerta riabilitativa, sia ospedaliera che territoriale, attraverso una programmazione basata su una corretta stima del fabbisogno. L'offerta programmata va adeguatamente articolata in diversi setting di cura nei quali prevedere uno specifico bilanciamento fra la componente medico-assistenziale, più presente nella fase immediatamente successiva all'evento acuto, e quella riabilitativa, da distinguere per livello di intensità e tipologia.

Il trasferimento dalla fase acuta a quella della post-acuzie riabilitativa rappresenta un passaggio critico per garantire una efficace continuità del percorso riabilitativo della persona con disabilità complessa suscettibile di miglioramento. Un sistematico collegamento fra i diversi setting assistenziali (reparto per acuti e riabilitazione ospedaliera e territoriale), anche attraverso la condivisione di strumenti di valutazione, garantisce sia una maggiore qualità e tempestività del trattamento riabilitativo che una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse.

Infine, una corretta valorizzazione dei costi della riabilitazione attraverso un sistema logico di definizione delle tariffe, che tenga conto sia della normativa nazionale esistente che dei prodotti di gruppi di lavoro attivati dalla Regione, rappresenta il necessario complemento di un intervento di programmazione dei percorsi in riabilitazione. In questo ambito è possibile prevedere che alcune funzioni riabilitative di particolare rilevanza per il sistema, accanto alla tariffazione delle singole prestazioni, possano ricevere un finanziamento specifico.

Il presente documento è stato redatto da un gruppo di lavoro composto da alcuni tecnici dell'Agenas e della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con lo scopo di:

- ✓ omogeneizzare il percorso riabilitativo in coerenza con la normativa nazionale;
- ✓ garantire l'appropriatezza e la continuità del percorso riabilitativo ospedale-territorio.

Il documento è articolato in due capitoli distinti riferiti all'ambito ospedaliero e a quello territoriale, non includendo la riabilitazione erogata come specialistica ambulatoriale.



Inoltre, in appendice vengono presentate due schede da utilizzare per soggetti che:

1. dall'acuzie devono essere inviati in un setting riabilitativo ospedaliero o territoriale;
2. dalla riabilitazione post-acuzie devono essere inviati ad un altro setting riabilitativo (ospedaliero o territoriale).

Nell'area della riabilitazione ospedaliera, al fine di promuovere un appropriato utilizzo delle risorse, è previsto il trasferimento da un setting di maggiore intensità ad uno di minore intensità (ad esempio passaggio dal codice 75 – riabilitazione intensiva ad alta specializzazione - al codice 56 – riabilitazione intensiva) o, al fine di assicurare la prossimità della persona al proprio domicilio in caso di ricoveri di elevata durata, un singolo trasferimento fra due strutture riabilitative con gli stessi livelli di intensità (ad esempio da codice 75 a 75, o da codice 56 a 56).



## 1. RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

### 1.1 Stima del fabbisogno di posti letto

L'offerta riabilitativa ospedaliera è attualmente collocata in 45 strutture di ricovero pubbliche e private accreditate di cui: 43 con riabilitazione codice 56, 4 (una ancora non attivata) con neuro-riabilitazione codice 75 e 2 con codice 28 di cui una Unità Spinale Unipolare ed un Centro Spinale. Come si evince dalla tabella 1 sotto riportata, è prevista la seguente dotazione di posti letto (p.l.): 2.730 p.l. di cod. 56, 400 p.l. di cod. 75 (nella tabella non sono riportati i 20 p.l. codice 75 dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù) e 61 p.l. di cod 28.

**Tabella 1. Elenco istituti e relativo numero posti letto di post-acuzie riabilitativa**

ASL	Struttura	Tipo	Tipologia	P.l. programmati			
				Riab. (56)	Neuroriab. (75)	Unità spinale (28)	
RMA	120902 AZ. OSP. S. GIOVANNI / ADDOLORATA	AO	Pub	23			
	120906 POLICLINICO UMBERTO I	AU	Pub	26			
	120087 CASA DI CURA POLICLINICO ITALIA	CdC	Pri	80			
RMB	120920 AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	AU	Pub	2			
	120104 CASA DI CURA VILLA FULVIA SRL	CdC	Pri	150			
RMC	120066 OSP. S. EUGENIO - OSP. C.T.O. A. ALESINI	PO	Pub	25		32	
	120089 N.CLINICA LATINA IST. di NEUROSCIENZE	CdC	Pri	10			
	120135 C.D.C. MATER MISERICORDIAE	CdC	Pri	31			
	120915 POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	AU	Pri	11			
	120909 I.R.C.C.S. S. LUCIA	IRCCS	Pri		320		
RMD	120901 AZ. OSP. S. CAMILLO - FORLANINI	AO	Pub	29			
	120065 CENTRO PARAPLEGICI OSTIA	PO	Pub			29	
	120103 POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	PO	Pub	59			
	120130 CASA DI CURA VILLA SANDRA	CdC	Pri	144			
	120138 OSP. S. G. BATTISTA-ACISMOM	Class.	Pri	220	20		
	120168 CDC S. RAFFAELE PORTUENSE (codice 120606 NSIS)	CdC	Pri	96			
	120910 IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	CdC	Pri	268			
RME	120903 OSP. S. FILIPPO NERI	PO	Pub	49			
	120026 OSP. S. SPIRITO - Villa Betania	PO	Pub	53			
	120146 CDC S. RITA DA CASCIA	CdC	Pri	30			
	120163 CDC SAN FELICIANO	CdC	Pri	20			
	120179 OSP. ANGELLE DEL BUON PASTORE	CdC	Pri	45			
	120180 AURELIA HOSPITAL	CdC	Pri	54			
	120328 CDC "DON CARLO GNOCCHI"	CdC	Pri	20			
	120905 POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	AU	Pri	40	20		
	RMG	120088 I.N.I. Srl Divisione Medicus Hotel	CdC	Pri	64		
		120186 MONTANA HOSPITAL	CdC	Pri	110		
120199 I.N.I. Srl Divisione Villa Dante		CdC	Pri	54			
120273 CASA DI CURA VILLA LUANA		CdC	Pri	20			
RMH	120036 OSP. VILLA ALBANI ANZIO	PO	Pub	39			
	120055 OSP. LUIGI SPOLVERINI ARICCIA	PO	Pub	28			
	120082 VILLA DELLE QUERCE - POLIGEST di Nemi	CdC	Pri	148			
	120131 C.D.C. VILLA DEI PINI-MERINVEST di Anzio	CdC	Pri	32			
	120176 C.D.C. I.N.I. SRL di Grottaferrata	CdC	Pri	67			
	120280 C.D.C. SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI	CdC	Pri	95			
VT	120271 OSPEDALE DI BELCOLLE	PO	Pub	16			
	120015 VILLA IMMACOLATA	CdC	Pri	103			
RI	120019 S. CAMILLO DE LELLIS di Rieti	PO	Pub	17			
LT	120200 PO NORD - S. MARIA GORETTI di Latina	PO	Pub	11			
	120206 PO SUD - DONO SVIZZERO di Formia	PO	Pub	10			
	120212 ISTIT. CHIR. ORTOP. TRAUMATOLOGICO	CdC	Pri	121			
	120214 ISTIT. FISIOTERAPICO C. FRANCESCHINI di Sabaudia	CdC	Pri	77			
	120278 CDC "VILLA SILVANA" di Aprilia	CdC	Pri	30			
FR	120277 EX CENTER HOSPITAL "SAN RAFFAELE" CASSINO	CdC	Pri	140	20		
	120279 I.N.I. DIV. DISTACCATA CITTA' BIANCA	CdC	Pri	63			
<b>Totale</b>				<b>2.730</b>	<b>380</b>	<b>61</b>	

L'offerta regionale di posti letto di riabilitazione post-acuzie risulta complessivamente pari a 0,54 per 1.000 abitanti. Rispetto al dato regionale, valori più alti si osservano a Roma città e nella Asl Roma H mentre nella Asl Roma F non c'è presenza di strutture. (Tabella 2)

**Tabella 2. Rapporto posti letto sulla popolazione residente per ASL**

ASL	PL Riabilitazione (cod. 56,28,75)			Pop 2013	Rapporto PL/POP
	Pubblici	Privati	Totale		
ROMA A-E	327	1.579	1.906	2.938.177	0,65
RMF	0	0	0	323.595	0,00
RMG	0	248	248	497.690	0,50
RMH	67	342	409	561.782	0,73
VT	16	103	119	322.195	0,37
RI	17	0	17	159.670	0,11
LT	21	228	249	569.664	0,44
FR	0	223	223	497.678	0,45
<b>Totale</b>	<b>448</b>	<b>2.723</b>	<b>3.171</b>	<b>5.870.451</b>	<b>0,54</b>

NB: non sono presenti i PL dell'OPBG

Per il calcolo del fabbisogno dei posti letto per i tre codici di disciplina (28, 75 e 56) si è fatto riferimento al valore medio osservato nelle otto regioni italiane non in piano di rientro (tabella 3). Il valore medio del rapporto di p.l. (fonte NSIS 2013) sulla popolazione residente (fonte ISTAT al 31 dicembre 2013) in questo pool di regioni è stato applicato alla popolazione residente del Lazio. Per il codice 28 si osserva una carenza di posti letto di 25 unità mentre per il codice 75 e 56 si osserva un eccesso di offerta, rispettivamente, pari a 199 e 417 posti letto.

**Tabella 3. Offerta di p.l. nelle otto regioni non in piano di rientro e nel Lazio, per le tre discipline di riabilitazione ospedaliera post-acuzie, e stima del fabbisogno di p.l. nel Lazio**

Regione	28		75		56		Pop.
	n.	x 1.000 ab.	n.	x 1.000 ab.	n.	x 1.000 ab.	
Lombardia	91	0,009	409	0,041	6.139	0,616	9.973.397
Veneto	100	0,020	115	0,023	1.596	0,324	4.926.818
Liguria	28	0,018	48	0,030	697	0,438	1.591.939
ER	130	0,029	199	0,045	1.358	0,305	4.446.354
Toscana	43	0,011	93	0,025	809	0,216	3.750.511
Umbria	13	0,014	30	0,033	305	0,340	896.742
Marche	0	0,000	55	0,035	336	0,216	1.553.138
Sardegna	15	0,009	35	0,021	109	0,066	1.663.859
<b>Tot.</b>	<b>420</b>	<b>0,015</b>	<b>984</b>	<b>0,034</b>	<b>11.349</b>	<b>0,394</b>	<b>28.802.758</b>
LAZIO	61	0,010	400	0,068	2.730	0,465	5.870.451
LAZIO stima fabbisogno PL	86	0,015	201	0,034	2.313	0,394	

Accanto ad una stima dei posti letto basata sull'offerta osservata in altre regioni, si ritiene opportuno segnalare un'altra modalità di calcolo riferita ai posti letto di neuro-riabilitazione codice 75. In base alla normativa esistente (DM 29 gennaio 1992, Piano di indirizzo per la riabilitazione del Ministero della Salute del 2011) e a quanto previsto da diverse Regioni italiane, si ritiene che i reparti di neuro-riabilitazione codice 75 ricadano nel setting della riabilitazione intensiva ad alta specializzazione indirizzata a persone affette da Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) e gravi traumi encefalici ed alle disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE laddove attivate) mentre, come previsto dalle Linee Guida del 7 maggio 1998, l'unità per le turbe neuropsicologiche acquisite, seppure collocate nell'alta specialità, non sono dotate di posti letto. Inoltre, per Grave Cerebrolesione Acquisita si intende comunemente un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura (principalmente emorragica, ipossica ed infettiva), tale da determinare una condizione di coma (GCS <8) più o meno protratto, in genere di durata superiore alle 24 ore, e menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali, tali da comportare disabilità significativa. Tale definizione corrisponde, inoltre, a quanto stabilito nel DM del 18 ottobre 2012 *"Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"*, nonché dalle Conferenze Nazionali di consenso sulle GCA.

Da questa definizione vengono quindi escluse le condizioni di danno cerebrale dovuto a cause perinatali (principalmente paralisi cerebrali infantili), le patologie degenerative del Sistema Nervoso che possono evolvere verso uno stato di deterioramento della coscienza fino al coma e le patologie cerebrovascolari quando esse non determinano uno stato di coma.

I dati del Registro Regionale GCA dell'Emilia Romagna (GRACER) indicano che circa il 43% delle GCA è di natura traumatica, del rimanente 57%, il 37% è un danno di natura emorragica, il 10% ipossica ed il 2,5% di natura infettiva. Due indagini (Boldrini P. 2002, Boldrini P. 2004), realizzate in Emilia Romagna al fine di stimare la quota di persone che sopravvivono ad una grave cerebro-lesione e che necessitano di interventi riabilitativi intensivi in ambiente ospedaliero dopo la fase acuta, forniscono alcune indicazioni interessanti. Le stime ricavabili dai due studi indicano un numero complessivo di persone di età <70 anni che sopravvivono a GCA e che sono ricoverate per più di 5 giorni presso una unità di neurochirurgia o rianimazione di circa 1300/anno, e fra queste, circa 300 persone/anno che necessitano di ricovero in strutture riabilitative di alta specializzazione. Se si applicano le prevalenze osservate in Emilia Romagna nel 2001 (7,6 x 100.000 abitanti) alla popolazione del Lazio del 2013, corrette (+15%) per la tendenza ad un progressivo aumento dell'incidenza della GCA di origine non traumatica e per la mobilità passiva, nonché per l'aumento dell'età media che porta a considerare anche i pazienti ultrasessantenni, si può stimare che i casi di GCA del Lazio che richiedono un ricovero in un reparto di alta specialità sia pari a circa 500/anno.

Applicando la degenza media di 90 giorni prodotta dai tre Istituti con p.l. codice 75, con l'esclusione dell'Ospedale pediatrico, per soggetti ricoverati che riportano nella scheda RAD-R il codice post-coma, includendo fra questi sia quelli con esiti acuti di coma per il presente ricovero che quelli senza esiti acuti di coma per il presente ricovero (quest'ultimo gruppo è incluso per tener conto della possibilità di ricovero in codice 75 anche di un paziente in discontinuità con il momento acuto per rivalutazione o aggravamento), alla stima dei 500 casi/anno si ottengono 45.000 giornate di ricovero con un numero di posti letto di neuro riabilitazione necessari pari a 145 (formula di calcolo:  $45.000 / (365,25 \times I.O. 0,85)$ ). Un numero di posti letto molto simile, pari a 140, si ottiene se

i posti letto equivalenti sono calcolati sulle giornate prodotte dai tre Istituti, sommando a queste quelle della mobilità passiva di residenti del Lazio ricoverati in un codice 75 fuori regione (circa 11.000 giornate).

Per completezza, si ricorda anche lo standard dello 0,02 per mille residenti di posti letto di neuro-riabilitazione codice 75 riportato nell'emanando Regolamento, rispetto al quale il fabbisogno di posti letto del Lazio sarebbe pari a circa 120.

## **1.2 Criteri clinici di trasferibilità in riabilitazione intensiva ospedaliera**

Il trasferimento dalla fase acuta a quella riabilitativa post-acuta rappresenta un passaggio critico per garantire una efficace continuità assistenziale della persona con esiti di disabilità complesse e suscettibili di miglioramento. Un sistematico collegamento fra i due setting assistenziali, attraverso protocolli operativi di collegamento e la condivisione di strumenti di valutazione, garantisce maggiore qualità e tempestività del trattamento riabilitativo e riduce la quota di accessi inappropriati per condizioni cliniche ancora troppo instabili che non permettono una riabilitazione intensiva o per disabilità meglio gestibili in altro setting assistenziale riabilitativo.

Al fine di garantire la continuità assistenziale e il riavvicinamento al domicilio e la presa in carico territoriale nella zona di residenza, sono da prevedere accessi in riabilitazione intensiva ospedaliera (cod.56) anche di persone provenienti da reparti di alta specialità riabilitativa (cod. 28 e 75); per le stesse finalità si ritiene possibile un singolo trasferimento fra strutture cod. 56. Entrambe queste modalità di trasferimento fra strutture di riabilitazione ospedaliera devono essere realizzate rispettando la durata massima del trattamento prevista per lo stesso episodio di cura.

In reparti di riabilitazione post-acuzie vanno inviati soggetti con menomazioni e disabilità complesse con potenzialità di recupero e le cui condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche siano compatibili con la partecipazione del paziente ai programmi riabilitativi, che richiedono, in ragione della grave disabilità e delle condizioni cliniche, programmi di riabilitazione intensiva (3 ore/die) ed un nursing infermieristico e sorveglianza medica continui. In tali reparti devono perciò essere trasferiti prevalentemente pazienti affetti da disabilità secondarie a patologie del sistema nervoso, dell'apparato locomotore, respiratorio e cardiovascolare, nonché per il recupero di abilità a seguito di chirurgia funzionale o amputazioni.

Di seguito sono riportati i criteri di invio dal reparto per acuti verso un reparto codice 56, 75 e 28.

### *Da reparto per acuti a reparto codice 56*

- Intervallo con l'evento acuto non superiore a 30 giorni, salvo il prolungamento della degenza in fase acuta per patologie intercorrenti o interventi chirurgici successivi o per instabilità come nelle Gravi Cerebrolesioni Acquisite.
- Condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche del paziente compatibili con la partecipazione dello stesso ai programmi riabilitativi (criterio riscontrabile attraverso analisi

Cartella Clinica). L'evidenza della compatibilità discende dal grado di partecipazione ai programmi riabilitativi, utilizzando una valutazione pre-morbosa del paziente, la severità del quadro clinico e strumenti valutativi adeguati ad una rilevazione delle diverse funzioni da riabilitare con strumenti validati, come ad esempio i punteggi indicativi alle seguenti scale di valutazione:

- GOS: 3-4 (solo in caso di esiti neurologici post-coma come da RAD-R)
- LCF:  $\geq 5$  (solo in caso di esiti neurologici post-coma come da RAD-R)
- DRS: 12-21 (solo in caso di esiti neurologici post coma come da RAD-R)
- Barthel: 10 – 49
- MMS:  $>11$
- 6MWT:  $\leq 300$  mt (solo in caso di esiti da patologie cardio-respiratorie)
- Scala di Borg:  $> 6$  (solo in caso di esiti da patologie cardio-respiratorie)

Si precisa che la presenza di cannula tracheale non rappresenta una controindicazione assoluta al trasferimento.

E' possibile che una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 10% e con una degenza media inferiore a quella dei soggetti provenienti dall'acuzie, possa provenire da domicilio per valutazioni periodiche.

#### *Da reparto per acuti a reparto per gravi cerebrolesioni acquisite codice 75*

Vanno inviati a questa tipologia di Unità soggetti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura, caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (Glasgow coma scale - GCS  $< 8$ ) ove coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano disabilità multiple e complesse, che necessitano di interventi valutativi e terapeutici, che per la criticità clinico-assistenziale non sono realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello. Anche in assenza di lesioni del sistema nervoso centrale, possono essere assimilate a queste condizioni le poliradicolonevriti ad insorgenza acuta che richiedono un periodo di ricovero in Terapia Intensiva in quanto in questi casi le problematiche riabilitative ed assistenziali mostrano analogie.

I pazienti che accedono alla UGCA devono prevalentemente provenire dalle UU.OO. di Terapia Intensiva e/o dalle UU.OO. di Neurochirurgia, ed in ogni caso da reparti per acuti. Si possono considerare appropriati anche i trasferimenti da altro codice 75 per avvicinamento e facilitazione del reinserimento nel luogo di residenza.

Solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, può provenire da domicilio, per valutazioni periodiche. In questo caso la durata della degenza non deve essere superiore ad un terzo della degenza media dei ricoveri provenienti da reparti per acuti.

Criteri indicativi per l'accesso a tali Unità sono:

- Paziente ricoverato in U.O. di Rianimazione, Terapia Intensiva, Neurochirurgia con Stato di coma grave, GCS  $< 8$  di durata  $\geq 24$  ore

- Latenza dall'evento acuto uguale o inferiore a due mesi o maggiore se in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti o se trattasi di un nuovo ricovero dopo trasferimento in acuzie
- Punteggi alle scale di valutazione (si riferiscono al primo ingresso dall'evento acuto):
  - GOS: 2-3
  - LCF: 1 – 4
  - DRS:  $\geq 17$
- Respiro spontaneo > 72 ore (anche se con O2 terapia)
- Assenza di stato settico che può determinare insufficienza multi-organo
- Diuresi conservata (50 ml/ora)
- Assenza di instabilità del danno primario che necessita di sorveglianza neurochirurgica.

Se sono prevedibili ulteriori miglioramenti sul piano funzionale, ma senza necessità di personale ed attrezzature specifiche, e non è più necessaria una riabilitazione intensiva di alta specialità, cioè quantità e qualità del trattamento non sono più proporzionali all'entità del recupero, il paziente viene trasferito in altri nodi della rete riabilitativa utilizzando i criteri di appropriatezza per i vari setting (Cod. 56, Cod. 60, rete territoriale). Quando non si prevedono ulteriori modificazioni del quadro clinico funzionale da attribuire ad un intervento riabilitativo specifico, il paziente viene avviato alla domiciliazione o al collocamento in strutture dedicate. In entrambi i casi è necessario prevedere periodiche valutazioni al domicilio o in strutture residenziali dedicate al fine di intercettare quelle condizioni che possono nuovamente giovare di trattamenti riabilitativi intensivi.

#### *Criteri di trasferibilità all'Unità Spinale Unipolare per pazienti con mielolesione in fase acuta*

Le Unità Spinali Unipolari (USU) sono finalizzate alla presa in carico di persone affette da patologia spinale, traumatica e non traumatica, di recente insorgenza. L'accesso, oltre che direttamente dal Pronto Soccorso-DEA, può avvenire da reparti per acuti, in particolare da Neurochirurgie, Chirurgie Vertebrali, Ortopedie, Terapie Intensive. Nel caso di lesioni spinali non traumatiche l'accesso è possibile da altri reparti per acuti. L'accesso avviene al termine della fase di emergenza e cioè quando è risolta l'instabilità del danno midollare primario e/o instabilità vertebrale, emodinamica e respiratoria. Per questi casi è auspicabile la presenza di posti letto di terapia intensiva dedicati ed attigui alla USU.

La necessità di ventilazione controllata non esclude l'accesso all'USU e la gestione deve avvenire in collaborazione con la Terapia Intensiva. Il ricovero in USU può proseguire anche quando il paziente è stabile dal punto di vista neurochirurgico se persiste la necessità di assistenza medica e infermieristica 24/24h, tale da richiedere ambiente ospedaliero con monitoraggio non invasivo dei parametri vitali, è necessaria una riabilitazione intensiva e dedicata ed è prevedibile una modificabilità delle abilità funzionali.

#### *Criteri indicativi per l'accesso:*

- Lesione midollare, sia di tipo traumatico che non traumatico (infettiva, vascolare e neoplastica), fin dalla fase di emergenza-acuzie e fino al completo reinserimento familiare e sociale;

- Scale di valutazione:
  - SCIM
  - A.S.I.A. (gravità di lesione A, B o C)

Quadri associati di GCA, in cui il problema cerebrale e cognitivo-comportamentale è prevalente rispetto alla lesione midollare, lo stato di responsività è molto limitato e la collaborazione del paziente è limitata, devono accedere alle Unità Gravi Cerebrolesioni se sono presenti i criteri di accesso.

Il paziente è dimissibile o trasferibile in altro setting riabilitativo quando le condizioni cliniche generali sono stabili e non è più necessaria una riabilitazione intensiva di alta specializzazione. Se il supporto familiare lo consente il paziente viene avviato a trattamenti ambulatoriali o domiciliari, altrimenti il paziente prosegue il percorso di riabilitazione all'interno dei Centri Spinali. Per pazienti più anziani ed in condizioni socio-familiari non adeguate, quando le problematiche assistenziali diventano prevalenti rispetto alla possibilità di ulteriori recuperi funzionali attraverso un intervento riabilitativo attivo, è possibile l'inserimento in strutture dedicate territoriali.

#### *Criteri di trasferibilità al Centro Spinale*

Il Centro Spinale è finalizzato alla presa in carico di pazienti affetti da lesione midollare, sia di tipo traumatico che non traumatico (infettiva, vascolare e neoplastica) stabilizzati clinicamente, senza problematiche respiratorie con SCIM > 10 e sub-item "respiratorio" = 10, anche in presenza di cannula tracheale.

L'accesso da domicilio alla Unità Spinale Unipolare o al Centro Spinale è possibile per la gestione di complicanze anche tardive come ad esempio, terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione, trattamento della spasticità, chirurgia funzionale, studio e trattamento delle Para-Osteo-Artropatia Neurogena (POAN), diagnostica e trattamento neuro-urologico, trattamento del dolore, controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili, follow up periodici. L'accesso avviene in degenza ordinaria, Day Hospital o ambulatoriale, a seconda delle condizioni cliniche generali, della necessità di assistenza e della possibilità di trasporto da e verso il domicilio del paziente.

#### *Criteri di trasferibilità alla Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva – UDGEE*

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva, collocata all'interno di strutture ospedaliere per acuti con specialità pediatriche mediche e chirurgiche, è destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie motorie e cognitive congenite o acquisite, internistiche, dell'età evolutiva (Linee Guida del Ministero della Salute 1998 e Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011).

Dalla nascita ai 18 anni possono essere definite due principali tipologie di interventi riabilitativi. La prima destinata a soggetti post-acuti che presentano uno stato di grave disabilità con condizioni cliniche instabili ma con un buon potenziale di recupero. Gli interventi in questi pazienti sono diretti alla stabilizzazione internistica, al ripristino dell'autonomia nelle funzioni vitali di base ed al trattamento delle principali menomazioni invalidanti. Essa richiede competenze



multidisciplinari proprie dell'età evolutiva, intensività di assistenza e riabilitazione, particolare supporto all'ambiente familiare nonché la disponibilità di una Terapia Intensiva pediatrica. La seconda modalità di intervento è destinata anch'essa a soggetti affetti da severi e molteplici deficit secondari a patologie genetiche, connatali o acquisite, ma in condizioni cliniche sufficientemente stabilizzate.

Il ricovero è indicato per tutte le condizioni cliniche, anche a seguito di trasferimento da reparto per acuti, caratterizzate da disabilità multiple e complesse tali da richiedere una sorveglianza medico-specialistica interdisciplinare continua o subcontinua, una elevata assistenza infermieristica, un intervento valutativo e rieducativo complesso, olistico ed ecologico. Sono, inoltre, considerati appropriati i ricoveri successivi di follow-up volti a monitorare l'evoluzione del quadro clinico e l'insorgenza di eventuali complicazioni o finalizzati ad aggiornare il progetto ed il programma riabilitativo, non effettuabili in altro setting riabilitativo.

Criteri indicativi per l'accesso a tali Unità sono i seguenti:

- Quadri clinici post-acuti e/o con instabilità clinica che necessitano di assistenza medico-specialistica complessa e di un intervento riabilitativo intensivo
- Presenza di problemi clinico-riabilitativi molteplici e complessi che richiedono una esplorazione ed un trattamento interdisciplinari
- Interventi terapeutici farmacologici controllati e loro adeguamento in pazienti con significativo rischio clinico (tossina botulinica, regolazioni delle pompe di Baclofen, altro)
- Espletamento di indagini con metodologie e/o strumenti ad alta tecnologia (RMN, TAC, Gait Analysis, indagini neurofisiologiche, valutazioni neuropsicologiche, altro) per finalità diagnostiche o prognostico-riabilitative che spesso richiedono, in questi pazienti, la sedazione o un setting che limiti l'impatto emotivo e lo stress
- Condizioni di aggravamento della funzionalità del bambino per l'insorgenza di complicanze (ortopediche, neurochirurgiche, etc) che richiedono una ridefinizione del progetto e del programma riabilitativo
- Condizioni di progressivo aggravamento clinico del bambino in relazione alla sua patologia di base (patologie degenerative).

### 1.3 Tariffe

In riferimento all'aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera riabilitativa si raccomanda di adottare quelle, per i ricoveri ordinari e diurni, stabilite dall'Allegato 2 del DM del 18 ottobre 2012 "*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*". In riferimento agli abbattimenti previsti per i ricoveri ordinari e diurni per MDC, si rimanda ai valori soglia attualmente previsti dalla normativa regionale.

## 2. RIABILITAZIONE TERRITORIALE

### Riferimenti normativi

- *Accordo Stato-Regioni 10.2.2011 "Piano d'indirizzo per la riabilitazione", recepito con DGR n. 316/2012*
- *DPCA n. 39/2012 "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale"*
- *DCA n. 431/2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio"*
- *DCA n. 434/2012 "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA N. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2 del DPCA n.8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011"*
- *DCA n. 16/2014 "Decreto del Commissario ad Acta n. 39 del 20 marzo 2012 Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale" – Sostituzione del comma 2 del punto 5.1. in ottemperanza alla sentenza n. 9542 dell'11 novembre 2013 – TAR Lazio – Sezione Terza Quater"*

### 2.1 Criteri di eleggibilità, modalità di accesso e durata del trattamento

#### Caratteristiche generali

- Per le persone con disabilità complessa che accedono al percorso riabilitativo territoriale è richiesta la predisposizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI), avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali il modello bio-psico-sociale. Nel PRI, che è redatto dall'erogatore, sono esplicitati: gli obiettivi, le risorse, i tempi di trattamento, le modalità di realizzazione e di verifica, con l'indicazione degli specifici strumenti standardizzati di valutazione utilizzati nel processo riabilitativo; il PRI è realizzato da un team riabilitativo multiprofessionale e multidisciplinare.
- Per le persone con disabilità che accedono dal domicilio ai trattamenti riabilitativi/socio-riabilitativi in regime residenziale/semiresidenziale/domiciliare è stata individuata la Scheda S.Va.M.Di. quale strumento per la valutazione multidimensionale del bisogno.

Le attività di riabilitazione svolte in ambito territoriale si rivolgono a persone che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti con condizioni cliniche stabilizzate che non rendono appropriato il ricovero o permanenza in ambito ospedaliero.

È opportuno favorire il passaggio dei pazienti tra i vari *setting* assistenziali (continuità assistenziale ospedale-territorio e, all'interno di questo, tra i diversi livelli: intensivo-estensivo-mantenimento,

non residenziale, integrazione socio-sanitaria), al fine di fornire risposte integrate a bisogni complessi e multipli (approccio multiprofessionale e multidisciplinare).

Sulla base della modificabilità del quadro clinico funzionale, del grado di sostenibilità delle 3 ore di riabilitazione e del beneficio che il paziente ne può trarre (mediante scale di valutazione validate su: autonomia nelle ADL primarie, funzioni cognitive e funzioni motorie) l'attività delle strutture può essere declinata in attività di riabilitazione intensiva o estensiva e, tenendo conto del contesto socio ambientale, in attività residenziali o semiresidenziali con finalità socio riabilitative.

Le persone in stato di bassa responsività protratta sono da assistere in strutture territoriali adeguate di tipo residenziale (strutture per non autosufficienti).

In relazione ai diversi provvedimenti adottati dallo Stato (LEA) e alle Linee Guida del 1998 e Piano di Indirizzo sulla riabilitazione del 2011, le strutture/servizi territoriali dovrebbero essere ricollocate in base alle funzioni svolte in:

- a) strutture riabilitative per l'età evolutiva e non, con cicli intensivi ed estensivi (dove è presente un progetto personalizzato atto a recuperare una funzione perduta o ad evocarne una mai apparsa nel corso dello sviluppo) prevedendo percorsi di recupero con trattamenti riabilitativi, da attivarsi in regime prevalentemente diurno. Mentre per le forme residenziali è necessario osservare strettamente i tempi di degenza previsti dagli Indirizzi riabilitativi;
- b) strutture socioriabilitative con funzione di assistenza protratta per evitare il peggioramento delle condizioni, nei giovani e adulti, con prevalenza diurna, ma anche residenziale soprattutto per coloro che sono privi di struttura familiare;
- c) Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per l'assistenza e la cura di persone ultrasessantacinquenni o adulte con gravi disabilità e comorbilità di carattere progressivo, non curabili a domicilio, che hanno bisogno di assistenza sanitaria e di prevenzione dei danni secondari al deterioramento;
- d) Centri Diurni prevalentemente per le forme di demenza e deterioramento cognitivo, dove sono prestate assistenza, cura al fine di prevenire i danni secondari al deterioramento.

La tabella sottostante riporta le corrispondenze fra i riferimenti nazionali e i provvedimenti regionali (tabella 4).

**Tabella 4. Corrispondenza fra riferimenti nazionali e provvedimenti regionali.**

	<b>Riferimenti nazionali</b>	<b>DPCA n. 39/2012 e DCA n. 434/2012</b>
a	<i>Strutture riabilitative per l'età evolutiva e non, con cicli intensivi ed estensivi (dove è presente un progetto personalizzato atto a recuperare una funzione perduta o ad evocarne una mai "maturata") prevedendo percorsi di recupero con trattamenti riabilitativi, da attivarsi in regime prevalentemente diurno. Mentre per le forme residenziali è necessario osservare strettamente i tempi di degenza previsti dagli Indirizzi riabilitativi</i>	Nucleo di riabilitazione residenziale intensiva Nucleo di riabilitazione residenziale estensiva Nucleo di riabilitazione semiresidenziale estensiva
b	<i>Strutture socio-riabilitative con funzione di mantenimento per evitare il peggioramento delle condizioni, nei giovani adulti e negli infrasestantenni, con prevalenza diurna, ma anche residenziale soprattutto per coloro che sono privi di struttura familiare</i>	Nucleo residenziale socio-riabilitativo Nucleo residenziale socio-riabilitativo Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo

		Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo
c	<i>Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per l'assistenza e la cura di persone ultrasessantacinquenni o adulte con gravi disabilità e comorbidità di carattere progressivo, non curabili a domicilio, che hanno bisogno di assistenza sanitaria e di prestazioni riabilitative che mantengano il più a lungo possibile l'autonomia</i>	Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento A Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento B
d	<i>Centri diurni prevalentemente per le forme di demenza e deterioramento cognitivo, dove sono prestate assistenza, cura e riabilitazione al fine di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia.</i>	Nucleo di assistenza semiresidenziale per disturbi cognitivo-comportamentali gravi

### **Trattamento riabilitativo intensivo residenziale**

#### **Criteri di eleggibilità vigenti ai sensi del DPCA n. 39/2012 e DCA n. 434/2012**

Sono eleggibili al trattamento riabilitativo intensivo le persone con disabilità da esiti di grave cerebrolezione acquisita, compresi gli stati con responsività minimale che necessitano anche di cure mediche/infermieristiche complesse per il supporto alle funzioni vitali, da esiti di lesione midollare traumatica e/o infiammatoria, anche con insufficienza respiratoria grave e ventilazione meccanica invasiva; i pazienti che accedono a detto trattamento nei nuclei residenziali intensivi sono in condizioni cliniche stabili, non richiedenti la presenza medica sulle 24 ore.

#### **Criteri di eleggibilità proposti**

In base alla modificabilità del quadro funzionale e sostenibilità al trattamento riabilitativo sono eleggibili al trattamento riabilitativo intensivo le persone con disabilità complessa (interessante più ambiti funzionali e/o più distretti corporei) che necessitano di recupero funzionale in un tempo definito nella fase di immediata post-acute e/o riacutizzazione della malattia in condizioni cliniche generali sufficientemente stabilizzate da non richiedere sorveglianza medica nelle 24 ore.

#### **Modalità di accesso vigenti**

In caso di soggetto degente in ospedale per acuti/post acuti l'accesso al nucleo di riabilitazione territoriale intensiva avviene direttamente (trasferimento). In caso di soggetto a domicilio l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza.

#### **Modalità di accesso proposte**

In caso di soggetto degente in ospedale per acuti/post acuti l'accesso al nucleo di riabilitazione territoriale intensiva avviene direttamente (trasferimento). Al fine di rendere omogenee sul territorio regionale le modalità di trasferimento, si ritiene opportuno adottare le *Schede cliniche per il trasferimento dei degenti* riportate in appendice (Appendice 1 e Appendice 2).  
In caso di soggetto a domicilio l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza.

#### **Durata del trattamento vigente**

La durata della degenza è contenuta di norma entro 120 giorni. L'eventuale prosecuzione del trattamento è definita dai competenti servizi dell'ASL di residenza del paziente che provvedono alla valutazione multidimensionale.

**Durata del trattamento proposta**

Per le persone in età adulta, la degenza ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento autorizzata dai competenti servizi dell'ASL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

Per le persone in età evolutiva, la durata della degenza è definita in accordo con i Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della ASL di residenza del paziente.

**Trattamento estensivo residenziale e semiresidenziale****Criteria di eleggibilità vigenti**

Sono eleggibili al trattamento riabilitativo estensivo le persone con disabilità complessa che necessitano di recupero funzionale in un tempo definito nella fase di immediata post-acuzie e/o riacutizzazione della malattia.

**Criteria di eleggibilità proposti**

In base alla modificabilità del quadro funzionale e sostenibilità al trattamento riabilitativo sono eleggibili al trattamento riabilitativo estensivo le persone, in condizioni cliniche generali sufficientemente stabilizzate da non richiedere sorveglianza medica nelle 24 ore, con disabilità a più lento recupero funzionale o dovute ad aggravamenti di condizioni precedentemente stabilizzate che non possono utilmente giovare di un trattamento intensivo, a fronte di una necessità assistenziale non erogabile in regime ambulatoriale o domiciliare.

**Modalità di accesso vigenti**

In caso di soggetto degente in ospedale per acuti/post acuti l'accesso al nucleo di riabilitazione territoriale estensiva avviene direttamente (trasferimento).

In caso di soggetto a domicilio l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza.

**Modalità di accesso proposte**

In caso di soggetto degente in ospedale per acuti/post acuti l'accesso al nucleo di riabilitazione territoriale estensiva avviene direttamente (trasferimento). Al fine di rendere omogenee sul territorio regionale le modalità di trasferimento, si ritiene opportuno adottare le *Schede cliniche per il trasferimento dei degenti* riportate in appendice (Appendice 1 e Appendice 2).

In caso di soggetto a domicilio l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza.

**Durata del trattamento vigenti**

Per le persone in età adulta, la degenza (e la frequenza) ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento autorizzata dai competenti servizi dell'Azienda USL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

Per le persone in età evolutiva, la durata sia della degenza che della frequenza è definita in accordo con i Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della ASL di residenza del paziente.

**Durata del trattamento proposta**

Per le persone in età adulta, la degenza (e la frequenza) ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento autorizzata dai competenti servizi dell'ASL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

Per le persone in età evolutiva, la durata sia della degenza che della frequenza è definita in accordo con i Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della ASL di residenza del paziente.

**Trattamento socio-riabilitativo residenziale e semiresidenziale****Criteri di eleggibilità vigenti**

Sono eleggibili al trattamento socio-riabilitativo di mantenimento le persone con grave disabilità complessa, clinicamente stabili, non assistibili a domicilio e che necessitano di azioni di recupero, continuative/diurne, finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana.

**Criteri di eleggibilità proposti**

Sono eleggibili al trattamento socio-riabilitativo di mantenimento le persone con grave disabilità non assistibili a domicilio e che necessitano di azioni di recupero, continuative/diurne, finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana.

Tale setting è particolarmente indicato per le persone con disabilità neuropsichica in età adulta.

**Modalità di accesso vigenti**

L'accesso al nucleo territoriale socio-riabilitativo di mantenimento avviene sempre previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza del paziente.

**Modalità di accesso proposte**

L'accesso al nucleo territoriale socio-riabilitativo di mantenimento avviene sempre previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza del paziente.

**Durata del trattamento vigente**

La durata della degenza o della frequenza è senza limite preordinato, ma condizionata dalla valutazione semestrale dei competenti servizi dell'Azienda USL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

**Durata del trattamento proposta**

La durata della degenza o della frequenza è senza limite preordinato, ma condizionata dalla valutazione semestrale dei competenti servizi dell'ASL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

## **Trattamento non residenziale: ambulatoriale - domiciliare**

### **Criteri di eleggibilità al trattamento ambulatoriale vigenti**

Sono eleggibili al trattamento ambulatoriale persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti che necessitano di recupero e rieducazione funzionale e/o mantenimento delle abilità acquisite.

### **Criteri di eleggibilità al trattamento ambulatoriale proposti**

Sono eleggibili al trattamento ambulatoriale persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti che necessitano di interventi di recupero e rieducazione funzionale e/o mantenimento delle abilità acquisite.

### **Modalità di accesso vigenti**

Il DCA 16/2013 con il quale sono state definite le modalità di accesso al suddetto trattamento è stato sospeso dal TAR Lazio e si è in attesa del pronunciamento del TAR.

### **Modalità di accesso proposte**

L'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale avviene tramite visita del medico specialista in riabilitazione su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS), che indica le problematiche cliniche da valutare.

La prescrizione del medico specialista, a seguito della visita effettuata, deve essere compilata, ai sensi dell'art. 8-bis del D. Lgs. n. 502/1992, sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

### **Durata del trattamento vigente**

Per le persone in età adulta, la durata del PRI è contenuta in un massimo di 90 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento autorizzata dai competenti servizi dell'Azienda USL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

Per le persone in età evolutiva, la durata del PRI è definita in accordo con i Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della ASL di residenza del paziente.

### **Durata del trattamento proposta**

Per le persone in età adulta, la durata del Progetto riabilitativo individuale (PRI) è contenuta in un massimo di 90 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento autorizzata dai competenti servizi della ASL di residenza del paziente che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale.

Per le persone in età evolutiva, la durata del PRI è definita in accordo con i Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della ASL di residenza del paziente.



**Criteria di eleggibilità al trattamento domiciliare vigenti**

Sono eleggibili al trattamento domiciliare persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti in condizioni cliniche stabili, non deambulanti o che non possono accedere alle strutture ambulatoriali a causa di particolari condizioni cliniche e/o sociali. I trattamenti sono volti a favorire il recupero e/o il mantenimento delle potenzialità e il miglioramento della qualità di vita, in un costante processo di responsabilizzazione e autonomizzazione con il coinvolgimento dei familiari (è indicata la presenza del caregiver).

**Criteria di eleggibilità al trattamento domiciliare proposti**

Sono eleggibili al trattamento domiciliare persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti in condizioni cliniche stabili, non deambulanti o che non possono accedere alle strutture ambulatoriali a causa di particolari condizioni cliniche e/o sociali. I trattamenti sono volti a favorire il recupero e/o il mantenimento delle potenzialità e il miglioramento della qualità di vita, in un costante processo di responsabilizzazione e autonomizzazione con il coinvolgimento dei familiari (è indicata la presenza del caregiver).

**Modalità di accesso vigenti**

L'accesso al trattamento domiciliare avviene previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza.

**Modalità di accesso proposte**

L'accesso al trattamento domiciliare avviene previa valutazione multidimensionale effettuata dalla ASL di residenza.

**Durata del trattamento vigente**

Per le persone in età adulta, la durata del PRI è contenuta in un massimo di 90 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento, a seguito di rivalutazione del bisogno assistenziale.

Per le persone in età evolutiva, il trattamento domiciliare è definito dai competenti servizi dell'Azienda USL di residenza del paziente che effettuano la valutazione del bisogno assistenziale.

**Durata del trattamento proposta**

Per le persone in età adulta, la durata del PRI è contenuta in un massimo di 90 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento, a seguito di rivalutazione del bisogno assistenziale e verificate le particolari condizioni cliniche e/o sociali.

Per le persone in età evolutiva, il trattamento domiciliare è definito dai competenti servizi dell'ASL di residenza del paziente che effettuano la valutazione del bisogno assistenziale.

*Background: Attività riabilitativa territoriale nell'anno 2013*

Per consentire una più esaustiva lettura della realtà regionale, si riportano di seguito alcune tabelle elaborate sulla base dei dati notificati al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR) dai soggetti erogatori di attività riabilitativa territoriale a persone con disabilità. Le analisi si riferiscono agli utenti prevalenti nell'anno 2013.

La tabella 5 rileva come ai regimi assistenziali residenziale e domiciliare afferiscano persone con età più elevata, mentre i minori e i giovani adulti seguono percorsi prevalentemente ambulatoriali. La successiva tabella 6 riporta la distribuzione delle diagnosi indicate nei PRI notificati al Sistema informativo quale "patologia oggetto di intervento riabilitativo". Risulta evidente come circa il 15% degli utenti prevalenti 2013 è affetto da *Ritardo specifico dello sviluppo* e, come atteso e mostrato in tabella 7, trattato quasi esclusivamente in regime ambulatoriale; le persone con *Ritardo mentale* sono risultate circa il 12% e, come mostrato in tabella 8, trattate prevalentemente in regime di residenzialità e semiresidenzialità, se in età adulta, e in regime ambulatoriale se minori. La medesima situazione si osserva per le persone affette da *autismo*, come si evince dalla tabella 9.

La tabella 10 riporta, invece, la distribuzione per regime assistenziale degli utenti prevalenti nell'anno secondo una macroaggregazione delle condizioni patologiche che conducono a disabilità prevalentemente neuromotoria o neuropsichica; occorre, tuttavia, tenere presente che tale distinzione non può considerarsi "assoluta" in quanto è spesso presente nello stesso soggetto la contemporanea presenza di disabilità neuropsichica e neuromotoria.

**Tabella 5. Utenti prevalenti, per regime assistenziale ed età - anno 2013**

REGIME ASSISTENZIALE	N. UTENTI prevalenti	Età Media (anni)	Età Mediana (anni)
Residenziale	3.266	64	68
Semiresidenziale	2.516	41	40
Ambulatoriale	16.357	33	15
Domiciliare	8.306	64	72
<b>Totale</b>	<b>30.445</b>	<b>46</b>	<b>51</b>

*Nota: esclusi 6 utenti per incongruenza nella data di nascita indicata*

**Tabella 6. Utenti prevalenti, per regime assistenziale e diagnosi – distribuzione in ordine di frequenza - anno 2013**

Codice ICD9-CM	Descrizione	REGIME ASSISTENZIALE				Totale
		Residenziale	Semiresidenziale	Ambulatoriale	Domiciliare	
		N	N	N	N	
315	Ritardi specifici dello sviluppo	4	9	4532	106	4651
317-318-319	Ritardo mentale	972	1458	933	226	3589
781	Sintomi interessanti i sistemi nervoso e osteomuscolare	36	32	518	941	1527
342	Emiplegia e emiparesi	92	40	422	912	1466
344	Altre sindromi paralitiche	71	48	405	720	1244
332	Morbo di parkinson	15	21	541	618	1195
905	Postumi traumasmi sistema osteomuscol e tessuto connettivo	491	82	231	354	1158
V43	Organo o tessuto sostituito con altri mezzi	387	144	394	215	1140
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari	199	33	405	421	1058
715*	Artrosi	24	16	680	324	1044
340	Sclerosi multipla	7	15	416	602	1040
343	Paralisi cerebrale infantile	114	62	545	290	1011
299	Psicosi con origine specifica dell'infanzia	19	52	596	57	724
Altro		838	504	5.741	2.521	9.604
<b>Totale</b>		<b>3269</b>	<b>2516</b>	<b>16359</b>	<b>8307</b>	<b>30451</b>

\*il 47% delle persone con tale diagnosi presenta una riduzione dell'autonomia misurata con l'Indice di Barthel compresa nel range 0-80, come da indicazione di cui alla DGR n. 731/2005 (allegato 10); il restante 53% potrebbe essere a rischio di inappropriatazza qualora non accompagnato da ulteriori specificazioni della condizione clinica come previsto dalla su citata DGR. Si sottolinea che il codice diagnostico 715 si rileva quasi esclusivamente in due strutture regionali.

**Tabella 7. Utenti prevalenti con diagnosi di Disturbo specifico dello sviluppo, per età e regime assistenziale - anno 2013**

ICD9-CM 315 - Disturbi specifici dello sviluppo					
REGIME ASSISTENZIALE	N	Media	Mediana	Q1	Q3
Residenziale	4	33	36	15	51
Semiresidenziale	9	21	19	8	27
Non residenziale individuale	4530	7	6	4	9
Non residenziale di gruppo	2	9	9	9	9
Non residenziale domiciliare	106	9	6	4	11
<b>Totale</b>	<b>4.651</b>				

**Tabella 8. Utenti prevalenti con diagnosi di Ritardo mentale, per età e regime assistenziale - anno 2013**

ICD9-CM 317-318-319 - Ritardo Mentale					
REGIME ASSISTENZIALE	N	Media	Mediana	Q1	Q3
Residenziale	972	51	49	42	60
Semiresidenziale	1458	37	38	28	46
Non residenziale individuale	930	12	10	8	12
Non residenziale di gruppo	3	46	47	43	49
Non residenziale domiciliare	226	21	17	13	27
<b>Totale</b>	<b>3.589</b>				

**Tabella 9. Utenti prevalenti con diagnosi di Psicosi con origine specificata nell'infanzia, per età e regime assistenziale - anno 2013**

ICD9-CM 299 - Psicosi con origine specificata nell'infanzia					
REGIME ASSISTENZIALE	N	Media	Mediana	Q1	Q3
Residenziale	19	21	20	12	28
Semiresidenziale	52	27	24	20	33
Non residenziale individuale	596	8	7	5	10
Non residenziale domiciliare	57	14	13	8	17
<b>Totale</b>	<b>724</b>				

**Tabella 10. Utenti prevalenti, per tipologia di disabilità prevalente e regime assistenziale - anno 2013**

MODALITA' DI INTERVENTO	Disabilità prevalente	REGIME ASSISTENZIALE								Totale N
		Residenziale		Semiresidenziale		Ambulatoriale		Domiciliare		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Estensiva	Neuropsichica	285	15,3	705	56,4	6.726	61,2	324	19,3	8.040
	Neuromotoria	1.553	83,2	541	43,3	4.250	38,7	1.340	79,9	7.684
	Altro	29	1,6	4	0,3	18	0,2	14	0,8	65
Mantenimento	Neuropsichica	913	65,1	1.073	84,8	226	4,2	286	4,3	2.498
	Neuromotoria	482	34,4	187	14,8	5.136	95,7	6.323	95,4	12.128
	Altro	7	0,5	6	0,5	3	0,1	20	0,3	36
<b>Totale</b>		<b>3.269</b>	<b>100</b>	<b>2.516</b>	<b>100</b>	<b>16.359</b>	<b>100</b>	<b>8.307</b>	<b>100</b>	<b>30.451</b>

NB = tale distinzione non può considerarsi "assoluta" in quanto è spesso presente nello stesso soggetto la contemporanea presenza di disabilità neuropsichica e neuromotoria

## 2.2 Stima del fabbisogno

### Il fabbisogno vigente

L'analisi dell'osservato, ovvero dei bisogni delle persone con disabilità in carico alle strutture che erogano attività riabilitativa territoriale, ha rappresentato il presupposto per la definizione del fabbisogno di cui al DPCA 39/2012, non essendo disponibili specifici parametri di riferimento utili alla definizione del suddetto fabbisogno.

Per i trattamenti intensivi il fabbisogno è stato stimato in linea con quanto evidenziato dal Comitato tecnico scientifico su "*Stato vegetativo e di minima coscienza*" nel 2005 (prevalenza: 0,6 e 10 per 100.000 ab.) e dall'Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2004 "*Linee Guida per le unità spinali unipolari*" (incidenza: 18-20 per 1.000.000 ab./anno).

### Regime Residenziale/Semiresidenziale

ASL	Residenziale			Semiresidenziale	
	Posti intensivi	Posti estensivi	Posti mantenimento	Posti estensivi	Posti mantenimento
RMA	8	52	130	31	163
RMB	10	75	187	45	234
RMC	9	58	145	35	182
RMD	9	61	152	36	190
RME	7	56	140	34	176
RMF	5	33	83	20	104
RMG	8	52	129	32	161
RMH	9	58	145	35	181
VT	5	34	85	20	107
RI	3	17	44	10	54
LT	9	59	147	35	185
FR	8	54	134	32	168
<b>Totale</b>	<b>90</b>	<b>609</b>	<b>1521</b>	<b>365</b>	<b>1905</b>

### **Regime Non Residenziale (ambulatoriale - domiciliare)**

Il fabbisogno di trattamenti erogabili in regime ambulatoriale e domiciliare, definito anch'esso sulla base dell'osservato, è riportato nella tabella seguente:

<b>ASL*</b>	<b>Trattamenti ambulatoriali</b>	<b>Trattamenti domiciliari</b>
RMA	499	345
RMB	714	493
RMC	556	384
RMD	580	400
RME	537	371
RMF	319	220
RMG	493	340
RMH	553	382
VT	326	225
RI	165	114
LT	564	389
FR	514	355
<b>Totale</b>	<b>5820</b>	<b>4018</b>

\* NB = la distribuzione territoriale dell'offerta programmata è stata effettuata sulla popolazione al 31.12.2008 pari a 5.626.710

### **Fabbisogno proposto**

Per la stima del fabbisogno di assistenza riabilitativa territoriale residenziale e semiresidenziale si ritiene opportuno, considerando la carenza di riferimenti e parametri specifici, riferirsi all'indicazione del questionario LEA anno 2013 che prevede almeno 0,55 posti letto residenziali per disabili ogni 1000 residenti e almeno 0,39 posti semiresidenziali per disabili ogni 1000 residenti.

### 2.3 Tariffe

La definizione delle tariffe per l'ambito riabilitativo territoriale (articolate secondo le tipologie assistenziali previste nel DPCA 39/2012) è in corso ad opera di uno specifico gruppo di lavoro istituito con Determinazione B-05825 del 23 dicembre 2013 "Istituzione del Gruppo di Lavoro per l'aggiornamento delle tariffe relative all'assistenza a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale in riabilitazione territoriale".

Le tariffe attualmente in vigore sono state determinate con DGR 583/2002. Dal 2010 è stata introdotta la compartecipazione alla spesa dell'utente e/o del Comune (30% della tariffa) per il livello assistenziale di mantenimento nei regimi residenziale e semiresidenziale (DGR 380/2010). Nella tabella di seguito riportata sono contenute le tariffe attualmente in vigore, articolate secondo i livelli assistenziali previsti dalla DGR 583/2002.

DGR 583/2002 – ALLEGATO 6		
Regime assistenziale	Livello assistenziale	Tariffa
Residenziale	Estensivo	€129,11
	Mantenimento elevato	€118,79
	Mantenimento medio	€ 98,13
Semiresidenziale	Estensivo elevato	€ 81,15
	Estensivo medio	€ 65,54
	Estensivo lieve	€ 62,42
	Mantenimento elevato	€ 62,42
	Mantenimento medio	€ 49,94
	Mantenimento lieve	€ 43,69
Non residenziale individuale (ambulatoriale individuale e domiciliare)	Estensivo elevato	€ 56,81
	Estensivo medio	€ 36,15
	Estensivo lieve	€15,49
	Mantenimento elevato	€ 36,15
	Mantenimento medio	€ 25,82
	Mantenimento lieve	€ 12,91
Non residenziale di gruppo (ambulatoriale di gruppo)	Estensivo elevato	€ 18,94
	Estensivo medio	€ 14,63
	Estensivo lieve	€ 5,16
	Mantenimento elevato	€ 12,05
	Mantenimento medio	€ 8,61
	Mantenimento lieve	€ 4,30



### 3. RACCOMANDAZIONI CONCLUSIVE

L'offerta attuale di posti letto di neuro-riabilitazione (n=400), da tutti i metodi di calcolo utilizzati per la stima del fabbisogno, risulta in eccesso in un range compreso fra 199 p.l. (standard regioni non in piano di rientro) e 280 p.l. (standard dell'emanando Regolamento). Si ritiene opportuno rimodulare l'offerta di posti letto della struttura Santa Lucia (320 p.l. codice 75) in più setting riabilitativi (ad esempio codice 56, centro spinale, riabilitazione intensiva territoriale, SUAP per soggetti con esiti stabilizzati di post-coma) dedicati allo specifico ambito della neuro-riabilitazione.

L'offerta attuale di posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera (n=2.730), risulta in eccesso di 417 p.l., utilizzando come standard l'offerta delle regioni non in piano di rientro, mentre si osserva una carenza di posti residenziali di riabilitazione territoriale. Dall'analisi complessiva dei dati, tenuto conto della necessità di riordino del sistema e al fine di favorire la continuità assistenziale per quei soggetti, clinicamente stabili, che necessitano la prosecuzione del trattamento riabilitativo intensivo, si propone la riconversione dei 417 posti letto codice 56 in eccesso in posti di riabilitazione territoriale intensiva.

Al fine di assicurare alla persona, per i trattamenti riabilitativi di lunga durata, la prossimità al domicilio, è opportuno prevedere la possibilità di un trasferimento fra strutture riabilitative della stessa tipologia, nel rispetto della durata massima del trattamento all'interno dello stesso episodio di cura.

Il trasferimento dall'acuzie ad una struttura riabilitativa, sia ospedaliera che territoriale, va pianificato dal reparto per acuti attraverso una valutazione congiunta effettuata dallo specialista del reparto e dal medico specialista in riabilitazione, tenendo conto delle condizioni cliniche e del livello di disabilità. A questo scopo in tutti i reparti per acuti che "alimentano" maggiormente l'avvio di un percorso riabilitativo, va implementata la scheda clinica proposta (appendice A).

Il trasferimento dalla post-acuzie riabilitativa alla riabilitazione territoriale va pianificato dal reparto per post acuti attraverso una valutazione che tenga conto delle condizioni cliniche e del livello di disabilità. A questo scopo va implementata la scheda clinica proposta (appendice B).

Il trasferimento dall'acuzie ad una struttura riabilitativa ospedaliera codice 75 o 56 è indicata per soggetti con disabilità complesse suscettibili di miglioramento ed in condizioni cliniche di diverso grado di instabilità che necessitano di sorveglianza medica ed di assistenza infermieristica h24. Situazioni clinico-assistenziali particolari, come ad esempio una cannula tracheale, non rappresentano una controindicazione assoluta al trasferimento. Nel caso di condizioni clinico generali sufficientemente stabili da non necessitare di sorveglianza medica nelle 24 ore, il setting territoriale deve essere quello da privilegiare.

## **APPENDICE – Schede cliniche per il trasferimento dei degenti**

Per la persona con esiti di disabilità da un evento acuto o da riacutizzazione di una patologia cronica, il trasferimento verso specifici setting riabilitativi (ospedalieri o territoriali) rappresenta un passaggio di estrema importanza al fine di garantire l'efficacia del progetto riabilitativo.

Elementi costitutivi di questo "passaggio" sono la tempestività della valutazione, effettuata in collaborazione tra il medico specialista del reparto e il medico specialista in riabilitazione, che definisca l'ambito riabilitativo più appropriato, in funzione del livello di disabilità, del potenziale di recupero, del grado di instabilità clinica e delle condizioni socio-ambientali, nonché della disponibilità dell'offerta di servizi.

Al fine di promuovere una uniformità nelle informazioni da raccogliere per il trasferimento fra diversi setting assistenziali ed assicurare l'accesso ad un insieme minimo ed essenziale di dati per la struttura accettante, sono state elaborate due schede da compilare per il trasferimento da:

- dall'acuzie verso un setting riabilitativo ospedaliero o territoriale
- dalla riabilitazione post-acuzie verso altro setting riabilitativo (ospedaliero o territoriale)

### **SCHEDA CLINICA PER IL TRASFERIMENTO DALL'ACUZIE VERSO STRUTTURE RIABILITATIVE**

La scheda clinica per il trasferimento dall'acuzie verso strutture riabilitative, riportata in appendice A, è composta da 7 box contenenti informazioni sull'evento acuto/intervento (A), le scale di valutazione (B) e gli obiettivi riabilitativi (C) da compilare prima della dimissione dall'acuzie, l'assistenza infermieristica prevista (D), le condizioni clinico-assistenziali concomitanti (E), la descrizione del programma riabilitativo effettuato in acuzie (F) ed il setting riabilitativo proposto (G).

Tale scheda va compilata dal medico specialista del reparto e dal medico specialista in riabilitazione.

### **SCHEDA CLINICA PER IL TRASFERIMENTO TRA STRUTTURE RIABILITATIVE**

La scheda clinica per il trasferimento tra strutture riabilitative, riportata in appendice B, è composta da 7 box contenenti informazioni sull'evento acuto/intervento (A), le scale di valutazione all'ingresso (B) ed alla dimissione (C), il progetto e programma riabilitativo (D), l'assistenza infermieristica prevista (E), le condizioni clinico-assistenziali concomitanti (F) ed il setting riabilitativo proposto (G).

Tale scheda va compilata dal medico specialista in riabilitazione.

## APPENDICE A - SCHEDA CLINICA PER IL TRASFERIMENTO DALL'ACUZIE VERSO STRUTTURE RIABILITATIVE

### SCHEDA CLINICA PER IL TRASFERIMENTO DALL'ACUZIE VERSO STRUTTURE RIABILITATIVE

N.B.\* Le sezioni A e B possono essere utilizzate per un temporario contatto con le strutture, anche prima della dimissione dal reparto; le restanti parti devono essere compilate e inviate al momento della dimissione.

Data compilazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Istituto e Reparto \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita (se estero, specificare il paese) \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_

Sesso  maschio  femmina

#### A)

#### Evento acuto / intervento

Data evento acuto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

##### Patologia sistema nervoso (specificare quale)

- malattia cerebrovascolari \_\_\_\_\_
- lesioni cerebrali non vascolari \_\_\_\_\_
- traumi cranio-encefalici \_\_\_\_\_
- malattie neuromuscolari e neurodegenerative \_\_\_\_\_
- lesioni midollari \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

##### Patologia sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo/Traumatismi (specificare quale)

- traumatismi \_\_\_\_\_
- fratture patologiche \_\_\_\_\_
- malattie degenerative/infiammatorie \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

##### Interventi

##### Data intervento

- impianto/revisione protesi \_\_\_\_\_
- osteosintesi \_\_\_\_\_

##### Riacutizzazione patologia apparato respiratorio (specificare quale)

- broncopneumopatia cronica ostruttiva \_\_\_\_\_
- asma bronchiale cronica \_\_\_\_\_
- insufficienza respiratoria cronica \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

##### Patologia sistema circolatorio (specificare quale)

- cardiopatia ischemica \_\_\_\_\_
- scompenso cardiaco cronico \_\_\_\_\_
- arteriopatie ostruttive arti inferiori \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

##### Interventi

##### Data intervento

- interventi di rivascolarizzazione \_\_\_\_\_
- interventi sulle valvole \_\_\_\_\_
- trapianto cardiaco \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

##### Diagnosi clinica

(specificare) \_\_\_\_\_

Appendice A – Scheda clinica per il trasferimento dall'acuzie verso strutture riabilitative

**B) Scale di valutazione** (da applicare in base alla RAD-R)

Indice di Barthel		totale	□□□□
Six minute walk test (6MWT) (solo in caso di esiti di patologie cardio-respiratorie)		totale	□□□□
Scala di Borg (solo in caso di esiti di patologie cardio-respiratorie)		totale	□□
Glasgow Coma Scale (GCS)	totale	durata coma	□□□□ (gg)
Levels of Cognitive Functioning (LCF) (solo in caso di esiti neurologici post-coma)		totale	□□□□
Disability Rating Scale (DRS) (solo in caso di esiti neurologici post-coma)		totale	□□□□
altra scala (1) (specificare) _____		totale	□□□□
altra scala (2) (specificare) _____		totale	□□□□

**C) Obiettivi riabilitativi**

Sì  
Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necessità di un periodo di valutazione ai fini della prognosi

**D) Assistenza infermieristica prevista**

assistenza infermieristica qualificata \_\_\_\_\_  
(es. per monitoraggio, medicazione, tracheostomia, management comportamentale ecc.)

assistenza infermieristica standard

**E) Condizioni clinico assistenziali concomitanti**

- cannule tracheostomica
- impianto di pacemaker/defibrillatore
- ossigenoterapia in continuo
- nutrizione artificiale enterale con sondino nasogastrico o gastrostomia
- disfagia
- stato di confusione con disorientamento temporo-spaziale e lacune mnestiche
- trombosi venosa profonda, anche pregressa
- lesioni da decubito
- mancato controllo bi-sintenco
- tossicodipendenza
- alcolismo
- disturbi comportamentali
- dialisi
- immunodepressione
- catetere venoso centrale
- alimentazione parenterale
- gravi anemia cardiaca
- grave BPCO
- altro (1) \_\_\_\_\_
- altro (2) \_\_\_\_\_

Appendice A – Scheda clinica per il trasferimento dall'acuzie verso strutture riabilitative

**F)**

**Descrizione programma riabilitativo effettuato in acuzie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(solo per i pazienti ortopedici)

stabilità impianto \_\_\_\_\_

posizione seduta \_\_\_\_\_

carico sfiorante \_\_\_\_\_

carico completo \_\_\_\_\_

**G)**

**Setting assistenziale proposto**

riabilitazione intensiva post-acuzie  day-hospital riabilitativo

unità gravi cerebroplesioni acquisite  unità spinale unipolare

riabilitazione territoriale residenziale  centro spinale

intensiva  estensiva

riabilitazione territoriale estensiva semiresidenziale

**VALUTATORI**

**Medico specialista del reparto**

Profilo professionale \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Medico specialista in riabilitazione**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## APPENDICE B - SCHEDA CLINICA PER IL TRASFERIMENTO TRA STRUTTURE RIABILITATIVE

### SCHEDA CLINICA PER IL TRASFERIMENTO TRA STRUTTURE RIABILITATIVE

*N.B.: Le sezioni A e B possono essere utilizzate per un tempestivo contatto con le strutture, anche prima della dimissione dal reparto; le restanti parti devono essere compilate e inviate al momento della dimissione.*

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Istituto e Reparto \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune di nascita (se estero, riportare il paese) \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_

Sesso  maschio  femmina

**A)**

Evento acuto / intervento	Data evento acuto
<b>Patologia sistema nervoso (specificare quale)</b>	
<input type="checkbox"/> malattie cerebrovascolari _____	
<input type="checkbox"/> lesioni cerebrali non vascolari _____	
<input type="checkbox"/> traumi cranio-encefalici _____	
<input type="checkbox"/> malattie neuromuscolari e neurodegenerative _____	
<input type="checkbox"/> lesioni midollari _____	
<input type="checkbox"/> altro _____	
<b>Patologia sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo/Traumatismi (specificare quale)</b>	
<input type="checkbox"/> traumasmi _____	
<input type="checkbox"/> fratture patologiche _____	
<input type="checkbox"/> malattie degenerative/infiammatorie _____	
<input type="checkbox"/> altro _____	
<b>Interventi</b>	<b>Data intervento</b>
<input type="checkbox"/> impianto/revisione protesi _____	____/____/____
<input type="checkbox"/> osteosintesi _____	____/____/____
<b>Riacutizzazione patologia apparato respiratorio (specificare quale)</b>	
<input type="checkbox"/> broncopneumopatia cronica ostruttiva _____	
<input type="checkbox"/> asma bronchiale cronica _____	
<input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria cronica _____	
<input type="checkbox"/> altro _____	
<b>Patologia sistema circolatorio (specificare quale)</b>	
<input type="checkbox"/> cardiopatia ischemica _____	
<input type="checkbox"/> scompenso cardiaco cronico _____	
<input type="checkbox"/> arteriopatie ostruttive arti inferiori _____	
<input type="checkbox"/> altro _____	
<b>Interventi</b>	<b>Data intervento</b>
<input type="checkbox"/> interventi di rivascularizzazione _____	____/____/____
<input type="checkbox"/> interventi sulle valvole _____	____/____/____
<input type="checkbox"/> trapianto cardiaco _____	____/____/____
<input type="checkbox"/> altro _____	____/____/____
<b>Diagnosi clinica (specificare)</b> _____	

Appendice B – Scheda clinica per il trasferimento tra strutture riabilitative

B)

**Scale di valutazione all'ingresso** (da applicare in base alle RAD-R)

Indice di Barthel		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
Six minute walk test (6 MWT) <i>(solo in caso di esiti di patologie cardio-respiratorie)</i>		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
Scale di Borg <i>(solo in caso di esiti di patologie cardio-respiratorie)</i>		totale [ ] [ ]
Glasgow Coma Scale (GCS) <i>(solo in caso di esiti neurologici post-coma)</i>	totale [ ] [ ] [ ] [ ]	durata coma _____ (gg)
Levels of Cognitive Functioning (LCF) <i>(solo in caso di esiti neurologici post-coma)</i>		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
Disability Rating Scale (DRS) <i>(solo in caso di esiti neurologici post-coma)</i>		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
altra scala (1) (specificare) _____		totale _____
altra scala (2) (specificare) _____		totale _____

C)

**Scale di valutazione alla dimissione** (da applicare in base alle RAD-R)

Indice di Barthel		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
Six minute walk test (6 MWT) <i>(solo in caso di esiti di patologie cardio-respiratorie)</i>		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
Scala di Borg <i>(solo in caso di esiti di patologie cardio-respiratorie)</i>		totale [ ] [ ]
Glasgow Coma Scale (GCS) <i>(solo in caso di esiti neurologici post-coma)</i>	totale [ ] [ ] [ ] [ ]	durata coma _____ (gg)
Levels of Cognitive Functioning (LCF) <i>(solo in caso di esiti neurologici post-coma)</i>		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
Disability Rating Scale (DRS) <i>(solo in caso di esiti neurologici post-coma)</i>		totale [ ] [ ] [ ] [ ]
altra scala (1) (specificare) _____		totale _____
altra scala (2) (specificare) _____		totale _____

D)

**Progetto e programma riabilitativo**

Obiettivi iniziali previsti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivi raggiunti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivi da raggiungere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trattamenti suggeriti

rieducazione motoria

rieducazione logopedica

rieducazione cognitiva

addestramento alle ADL

rieducazione cardio-respiratoria

altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Appendice B – Scheda clinica per il trasferimento tra strutture riabilitative

**E)**

**Assistenza infermieristica prevista**

assistenza infermieristica qualificata \_\_\_\_\_  
(es. per monitoraggio, medicazione, tracheostomia, management comportamentale ecc.)

assistenza infermieristica standard

**F)**

**Condizioni clinico assistenziali concomitanti**

cannula tracheostomica

impianto di pacemaker/defibrillatore

ossigenoterapia in continuo

nutrizione artificiale enterale con sondino nasogastrico o gastrostomia

disfagia

stato di confusione con disorientamento temporo-spaziale e lacune mnestiche

tromboosi venosa profonda, anche progressa

lesioni da decubito

mancato controllo bi-fintorico

tossicodipendenza

alcolismo

disturbi comportamentali

dialisi

immunodepressione

catetere venoso centrale

alimentazione parenterale

gravi aritmie cardiache

grave BPCO

altro (1) \_\_\_\_\_

altro (2) \_\_\_\_\_

**G)**

**Setting assistenziale proposto**

riabilitazione intensiva post-acuzie

riabilitazione territoriale residenziale

intensiva

estensiva

riabilitazione territoriale estensiva semiresidenziale

day-hospital riabilitativo

centro spinale

**VALUTATORI**

**Medico specialista in riabilitazione**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_