



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19/06/2007

 ADDI' 19/06/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	MANDARELLI	Alessandra	Assessore
		Vice			
ECOMITI	Massimo	Presidente	MICHELANGELI	Mario	"
ASTORRA	Bruno	Assessore	NIRI	Luigi	"
BAUAGLIA	Augusto	"	RANUCCI	Raffaele	"
CIAMI	Fabio	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DE ANGELIS	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DI STEFANO	Marco	"	ZARATTI	Flaminio	"
FICHERA	Daniela	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZONI

***** OMISSIS *****

ASSENTI: COSTA - MANDARELLI - MICHELANGELI

DELIBERAZIONE N. 435

Oggetto:

Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva o di mantenimento in regime non residenziale.



435 19 GIU. 2007 lu

OGGETTO: Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che regola il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libertà di scelta da parte dell'assistito;

PRESO ATTO del D.L.vo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO l'accordo Stato-Regioni 8.8.2001 con il quale è stato sancito l'impegno delle Regioni ad adottare le possibili iniziative per il contenimento della spesa sanitaria nell'ambito delle risorse disponibili e per la corretta ed efficace gestione del Servizio Sanitario;

VISTO il DPCM del 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTA la DGR del 15 febbraio 2000 n° 398 relativa ai "Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art.26 L. 833/78".

La DGR del 19 dicembre 2000 n° 2591 con la quale sono stati accreditati in via sperimentale i centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L. 833/78, ed è stato definito il nuovo sistema di remunerazione.

La DGR 10 maggio 2002 n° 583 avente ad oggetto: "Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento- definizione della cartella clinica riabilitativa degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali".

PRESO ATTO del "Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio", approvato dalla Giunta il 30 giugno 2006;

VISTA la DGR 6 marzo 2007, n°149 relativa a: Presa 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";



435 19 GIU. 2007 *lu*

RILEVATO che, nel predetto piano di rientro, è stata ribadita l'esigenza di definire quale strategia prioritaria, nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, il perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni, al fine di garantire:

- il corretto utilizzo delle risorse nei livelli essenziali di assistenza sanitaria,
- l'efficienza economica del Servizio Sanitario Regionale,
- un più alto grado di soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini;

RITENUTO di dover proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale, con particolare attenzione alle attività territoriale/distrettuale al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, efficacia e di uso efficiente delle risorse;

PRESO ATTO che dal 1 gennaio 2003 è attivo nella regione Lazio il Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR) che raccoglie le informazioni relative ai progetti riabilitativi realizzati nei centri di riabilitazione accreditati in via sperimentale per l'erogazione dell'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento;

CONSIDERATO che, nell' il sistema di rilevazione dell'attività riabilitativa territoriale estensiva e di mantenimento (SIAR) erogata dalle strutture di riabilitazione, provvisoriamente accreditate nelle diverse tipologie assistenziali, consente una più approfondita valutazione del livello di appropriatezza nei diversi regimi residenziali sia in rapporto alle modalità di erogazione (residenziale, semiresidenziale e non residenziale) sia in relazione alla complessità dell'attività riabilitativa, anche al fine di utilizzare tali informazioni per il sistema di remunerazione;

TENUTO CONTO che, nella Regione Lazio, l'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento viene prevalentemente erogata da strutture private accreditate ed in misura minore dai Servizi Disabilità Adulti e dai Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitativa in Età Evolutiva;

CONSIDERATO che la DGR n°143/2006 ha stabilito di integrare il SIAR con la rilevazione dei progetti riabilitativi relativi ai pazienti in carico ai servizi di riabilitazione territoriale delle ASL, che dovranno essere redatti secondo la specifica normativa regionale;

CONSIDERATO inoltre che, al fine di migliorare la qualità della fase di valutazione della disabilità e conseguentemente l'appropriatezza dell'accesso al progetto riabilitativo, la DGR n.602/2004 ha previsto la costituzione di una Commissione Tecnica, coordinata dalla Direzione Regionale SSR e dall'Agenzia di Sanità Pubblica, per la definizione dei criteri clinici per l'accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale;

PRESO ATTO che, con DGR n°731/2005 è stato approvato il primo documento relativo ai criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale e domiciliare, redatto dalla sopra citata Commissione tecnica, riguardante i seguenti gruppi diagnostici:

- patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo"
- esiti di traumatismi"

ed alcune problematiche specifiche legate all'età evolutiva;



435 19 GIU. 2007 lu

CONSIDERATO che, con le DGR 731/2005 e 143/2006 è stato rinnovato alla predetta Commissione tecnica il mandato di proseguire l'approfondimento sulla problematica relativa all'appropriatezza dell'attività riabilitativa ambulatoriale e domiciliare estensiva e di mantenimento al fine di individuare i criteri clinici di accesso delle altre patologie;

PRESO ATTO che la citata Commissione ha redatto il secondo documento, allegato al presente provvedimento, di cui fa parte integrante, che contiene le indicazioni per l'accesso ai trattamenti riabilitativi per disabilità complesse derivate da:

- Problemi degli organi dei sensi e di altre funzioni speciali ;
- Balbuzie;
- Disturbi del sistema nervoso (Malattia di Parkinson, Sclerosi Multipla,
- Malattie demielinizzanti, Emiplegia e Emiparesi, Altre sindromi paralitiche)
- Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico;

- Traumatismi intracranici (Emorragia subaracnoidea, subdurale, extradurale post-traumatica, Altre e non specificate emorragie intracraniche post-traumatiche, Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura);
- Traumatismi dei nervi periferici;
- Malattiecercbrovascolari (Infarto miocardico pregresso, Altre forme di cardiopatia ischemica cronica).

PRESO ATTO, inoltre, che il documento contiene anche una parte dedicata alle disabilità derivanti da patologie per cui è indicata la Riabilitazione vascolare (Aterosclerosi, Aterosclerosi di innesto vascolare degli arti, Tromboangioite obliterante, Angiopatia periferica in malattie classificate altrove, Malattia vascolare periferica non specificata, Amputazione di arto inferiore, Varici degli arti inferiori, Sindrome post-flebitica, Sindrome linfedematosa post-mastectomia, Altri linfedemi)

RILEVATO che nel documento sono state considerate alcune patologie che, di per sé, non richiedono l'attivazione di un percorso riabilitativo ma che possono costituire diagnosi di comorbidità: Epilessia, Vasculopatie cerebrali mal definite, Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici.

RITENUTO che la definizione degli ulteriori criteri clinici di accesso per l'assistenza riabilitativa territoriale non residenziale contenuti nel documento allegato al presente provvedimento, concorra al raggiungimento dell'obiettivo regionale di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata dal SSR;

RITENUTO opportuno, per quanto riguarda l'attività di assistenza riabilitativa territoriale estensiva e di mantenimento, confermare i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa, estensiva e di mantenimento, erogata in regime ambulatoriale e domiciliare, approvati con la DGR 731/2005, riguardanti i gruppi diagnostici "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e " esiti di traumatismi" e alcune problematiche specifiche legate all'età evolutiva;

RITENUTO, infine che la definizione degli ulteriori criteri di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale permetterà anche di incidere sulla qualificazione della spesa sanitaria attraverso lo sviluppo del sistema di controllo sul sistema degli accessi e della assistenza riabilitativa territoriale;



435 19 GIU. 2007 *lu*

ATTESO che il presente provvedimento non è sottoposto alla concertazione con le parti sociali;
all'unanimità

DELIBERA

per quanto espresso in premessa che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di approvare l'allegato n°1 al presente provvedimento, riguardante i "Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale", nel testo concordato con i Ministeri della Salute e dell' Economia e Finanze, giusta apposita nota in data 15/06/07 a firma del Direttore Generale, Dr. Filippo Palumbo, di cui all'allegato n°2, parte integrante del presente provvedimento.

I criteri clinici di accesso per la riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime non residenziale, contenuti nell'allegato n°1, definiscono le indicazioni per l'accesso appropriato ai trattamenti riabilitativi per le disabilità complesse derivate da:

- Problemi degli organi dei sensi e di altre funzioni speciali ;
- Balbuzie;
- Disturbi del sistema nervoso (Malattia di Parkinson, Sclerosi Multipla, Malattie demielinizzanti, Emiplegia e Emiparesi, Altre sindromi paralitiche)
- Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico;
- Traumatismi intracranici (Emorragia subaracnoidea, subdurale, extradurale post-traumatica, Altre e non specificate emorragie intracraniche post-traumatiche, Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura);
- Traumatismi dei nervi periferici;
- Malattiecardiocerebrovascolari (Infarto miocardico pregresso, Altre forme di cardiopatia ischemica cronica).

-I criteri di accesso, di cui all'allegato n° 1, parte integrante del presente provvedimento, entreranno in vigore a far data dal 1 settembre 2007.

-Il presente provvedimento sarà pubblicato sul bollettino ufficiale della Regione Lazio



C:\Documents and Settings\rbornago\De

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI



C:\Documents and Settings\rbornago\De

28 GIU. 2007





ALLEG. alla DEL. n. 435 *ly*
DEL 19 GIU. 2007

Allegato n°1



**Criteri clinici di accesso ai trattamenti di
riabilitazione in assistenza estensiva e di
mantenimento
in regime non residenziale**

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO
DA N° 35 PAGINE





Documento a cura del Gruppo Tecnico Regionale

R. Bornago (Direzione SSR Assessorato alla Sanità)
R. De Giuli (Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica)
F. De Santis (Segretario Sezione regionale Società scientifica SIMFER)
D. Di Lallo (Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica)
A. Di Napoli (Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica)
R. Gatti (Associazione ARIS)
R. Giannini (Unità Operativa Disabili Adulti - ASL RMC)
F. Migliore (Associazione FOAI)
F. Provenzano (Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione ASL RM/E)
L. Totonelli (Segretario Sezione regionale Società scientifica SINPIA)
M. Zazza (Coordinamento regionale operatori della riabilitazione: Associazione Italiana Fisioterapisti, AIFI Lazio; Associazione Regionale Logopedisti, ARLL Lazio; Associazione Italiana Terapisti Occupazionali, AITO Lazio; Associazione Italiana Terapisti della Neuropsicomotricità in Età Evolutiva, AITNE Lazio)

Hanno contribuito alla stesura del documento:

C. Bertolini (Fisiatra, Professore Associato Università Cattolica del Sacro Cuore)
E. Bronzo (AIFI Lazio - Fisioterapista)
R. Callori di Vignale (Neuropsichiatra Infantile, ASL RM/H)
A. Carlizza (Angiologo, Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata)
L. Cavaliere (Neuropsichiatra Infantile, ASL RM/B)
A. Corea (Fisiatra, Casa di Cura Villa Fulvia)
S. Del Gracco (Neurologo, Centro di riabilitazione accreditato C.A.R.)
A.G. De Cagno (ARLL Lazio - Logopedista)
R. Donati (Cardiologo, Presidio Ospedaliero G.B. Grassi - Ostia)
L. Fadda (Psicologa, Università di Roma Tor Vergata - IRCCS Fondazione S. Lucia)
R. Farruggia (Neuropsichiatra Infantile, ASL RM/A)
A. Galati (Cardiologo, Presidio Ospedaliero Villa Betania)
L. Giustolisi (Neuropsichiatra Infantile, ASL RM/E)
S. Galiffa (Neuropsichiatra Infantile, Centro di riabilitazione accreditato Villa Immacolata)
A. Graziani (SINPIA Lazio- Neuropsichiatra Infantile)
M. Gregorini (Fisioterapista, Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione ASL RME)
E. Gulotta (SINPIA Lazio- Neuropsichiatra Infantile)
P. Maurizi (Neuropsichiatra Infantile, Centro di Riabilitazione accreditato C.A.R.)
U. Nocentini (Neurologo, Università di Roma Tor Vergata - IRCCS Fondazione S. Lucia)
R. Penge (Neuropsichiatra Infantile, Università di Roma La Sapienza)
G. Petrini (SINPIA Lazio - Neuropsichiatra Infantile)
D. Prissinotti (AIFI Lazio - Fisioterapista)
A. Zamponi (Fisiatra, Centro di riabilitazione accreditato Villa Immacolata)





INDICE	
INTRODUZIONE	6
Capitolo 1 - Problemi degli organi dei sensi e di altre funzioni speciali	8
Capitolo 2 - Balbuzie	9
Capitolo 3 - Disturbi del sistema nervoso	13
<i>Malattia di Parkinson</i>	
<i>Sclerosi multipla</i>	
<i>Malattie demielinizzanti</i>	
<i>Emiplegia e emiparesi</i>	
<i>Altre sindromi paralitiche</i>	
Capitolo 4 - Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico	18
Capitolo 5 - Traumatismi intracranici	19
<i>Emorragia subaracnoidea, subdurale, extradurale post-traumatica</i>	
<i>Altre e non specificate emorragie intracraniche post-traumatiche</i>	
<i>Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura</i>	
Capitolo 6 - Traumatismi dei nervi periferici	22





Capitolo 7- Malattie cardiocerebrovascolari	27
<i>Infarto miocardico pregresso</i>	
<i>Altre forme di cardiopatia ischemica cronica</i>	
Capitolo 8 - Riabilitazione vascolare	29
Sezione A.	
<i>Aterosclerosi</i>	
<i>Aterosclerosi di innesto vascolare degli arti</i>	
<i>Tromboangioite obliterante</i>	
<i>Angiopatia periferica in malattie classificate altrove</i>	
<i>Malattia vascolare periferica non specificata</i>	
Sezione B.	
<i>Amputazione di arto inferiore</i>	
<i>Varici degli arti inferiori</i>	
<i>Sindrome post-flebitica</i>	
<i>Sindrome linfedematosa post-mastectomia</i>	
<i>Altri linfedemi</i>	
Allegato 1	35
<i>Patologie ammissibili solo in comorbidità</i>	
Allegato 2	36
Elenco esperti che hanno contribuito alla stesura del documento	





INTRODUZIONE

Il percorso di cura di una persona con disabilità passa attraverso un insieme complesso di attività ed interventi erogati in modo multidisciplinare integrato ed in regimi assistenziali differenti.

Nell'attuale organizzazione sanitaria della Regione Lazio coesistono due possibili percorsi riabilitativi ambulatoriali per persone disabili:

- riabilitazione estensiva e di mantenimento, erogata prevalentemente dai Centri di Riabilitazione ex art.26, L. n. 833/1978;
- riabilitazione specialistica ai sensi del D.M. Sanità 22.07.1996 e di quanto previsto dai LEA (così come recepiti dalla vigente normativa regionale), erogata dai Presidi ambulatoriali pubblici o privati accreditati (ex art. 48, L. n. 833/1978).

Nel Lazio l'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento viene prevalentemente erogata da strutture private accreditate e, in misura minore, dai Servizi Disabilità Adulti e dai Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitativa in Età Evolutiva delle ASL.

La D.G.R. n. 398/2000 ha definito l'attività riabilitativa **estensiva** come "attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la eventuale fase di acuzie e di immediata postacuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito" e quella di **di mantenimento** come "attività di assistenza rivolta a pazienti affetti da esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento".

Dal 1° gennaio 2003 è attivo nella Regione Lazio il Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR) che raccoglie le informazioni relative ai progetti riabilitativi realizzati nei Centri di riabilitazione ex art. 26, L. n. 833/1978.

L'accesso ai Centri di riabilitazione avviene sulla base di specifica proposta del Medico di Medicina Generale, del Pediatra di Famiglia, del Medico ospedaliero o specialista convenzionato o di altri servizi della ASL, così come previsto dalla normativa vigente. Il Centro accreditato sottopone ai competenti servizi delle ASL, entro 20 giorni dalla presa in carico, il progetto riabilitativo individuale elaborato e lo avvia, salvo motivato parere difforme della ASL



stessa*. I progetti relativi a persone in età evolutiva vengono elaborati in accordo con i competenti Servizi della ASL di residenza del singolo paziente. Tutti i progetti, entro 30 giorni dall'attivazione, vengono notificati al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa.

Al fine di migliorare la qualità della fase di valutazione della disabilità e conseguentemente l'appropriatezza dell'accesso al progetto riabilitativo, la Regione Lazio con DGR n. 602 del 9 luglio 2004 ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dalla Direzione regionale SSR e dall'Agenzia di Sanità Pubblica, per la definizione dei **criteri clinici per l'accesso** all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale. Tale mandato è stato ribadito nelle successive DGR n. 731 del 4 agosto 2005 e n. 143 del 22 marzo 2006.

Il documento non affronta l'insieme delle disabilità trattate dai Centri di riabilitazione, ma solamente quelle derivate da patologie che, sulla base dei dati del SIAR, sono risultate più frequenti fra i progetti ambulatoriali. Le patologie prese in esame sono indicate anche con il codice della "Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche", versione italiana della 9^a revisione – Clinical Modification (ICD 9-CM).

Il documento, frutto del lavoro congiunto di esperti del settore, è il prosieguo di quello adottato con DGR n. 731 del 4 agosto 2005 (allegato 10), e contiene le indicazioni per l'accesso ai trattamenti riabilitativi per disabilità derivati dalle seguenti patologie:

Problemi degli organi dei sensi e di altre funzioni speciali ;

Balbuzie;

Disturbi del sistema nervoso (Malattia di Parkinson, Sclerosi Multipla, Malattie demielinizzanti, Emiplegia e Emiparesi, Altre sindromi paralitiche)

Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico;

Traumatismi intracranici (Emorragia subaracnoidea, subdurale, extradurale post-traumatica, Altre e non specificate emorragie intracraniche post-traumatiche, Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura);

Traumatismi dei nervi periferici;

Malattie cardiocerebrovascolari (Infarto miocardico pregresso, Altre forme di cardiopatia ischemica cronica).

* cfr. Circolare Assessorato per le politiche della Sanità (Area 10a) – 26.02.2001 n. 961/862





Il documento contiene anche una parte dedicata alle disabilità derivanti da patologie per cui è indicata la *Riabilitazione vascolare* (Aterosclerosi, Aterosclerosi di innesto vascolare degli arti, Tromboangiite obliterante, Angiopatia periferica in malattie classificate altrove, Malattia vascolare periferica non specificata, Amputazione di arto inferiore, Varici degli arti inferiori, Sindrome post-flebitica, Sindrome linfedematosa post-mastectomia, Altri linfedemi).

In allegato sono state considerate, altresì, alcune patologie che, di per sé, non richiedono l'attivazione di un percorso riabilitativo ma che possono costituire diagnosi di comorbidità: *Epilessia, Vasculopatie cerebrali mal definite, Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici.*

Per ogni patologia trattata viene riportata la definizione, l'esplicitazione dei *criteri clinici di accesso* al trattamento riabilitativo e l'indicazione degli *strumenti standardizzati* da utilizzare nella fase valutativa propedeutica alla presa in carico e la relativa *bibliografia* di riferimento.





Capitolo 1

PROBLEMI DEGLI ORGANI DEI SENSI E DI ALTRE FUNZIONI SPECIALI

Nell' ICD 9-CM i "Problemi degli organi dei sensi e di altre funzioni speciali" sono indicati con il codice V41 e comprendono:

- problemi della vista (V41.0)*
- altri problemi degli occhi (V41.1)*
- problemi dell'udito (V41.2)*
- altri problemi dell'orecchio (V41.3)*
- problemi della fonazione (V41.4)*
- problemi dell'olfatto e del gusto (V41.5)*
- problemi della masticazione e della deglutizione (V41.6)*

Il codice V41 viene utilizzato prevalentemente per indicare le patologie della fonazione e della deglutizione in quanto le problematiche della vista e dell'udito sono descritte rispettivamente con i codici 369 e 389.

Criteri clinici di accesso

Per le patologie della fonazione e della deglutizione l'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento erogati dai Centri ex art. 26, L. n. 833/78 è consentito quando queste rientrano in un quadro di patologia complessa (ad esempio esiti di patologie neurologiche centrali o periferiche, gravi alterazioni dell'Articolazione Temporo Mandibolare, esiti di interventi relativi al sistema otorino o gnatologico, esiti di interventi chirurgici demolitivi per neoplasie).





Capitolo 2

BALBUZIE

Nell' ICD 9-CM, la "Balbuzie" è indicata con il codice 307.0 e nell' ICD 10 con il codice F98.5.

La sindrome disfemica, o balbuzie, è caratterizzata da "frequenti ripetizioni, prolungamenti di suoni o sillabe o parole o da frequenti esitazioni o pause che alterano la ritmica fluency del linguaggio. Va classificata come disturbo solo se la sua gravità è tale da interferire in modo marcato con la fluency del linguaggio". Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)* stabilisce, inoltre, che la balbuzie raggiunge una significatività clinica se interferisce con i risultati scolastici o con la comunicazione sociale (criterio B).

Criteri clinici di accesso

La presa in carico del soggetto disfemico è globale, date le caratteristiche della balbuzie e le sue conseguenze. L'età dei pazienti ed il livello di severità della malattia costituiscono criterio di priorità per l'accesso al trattamento, tenendo conto per quest'ultimo punto di:

- *gravità*: grado di alterazione della fluency verbale;
- *attitudine alla balbuzie*: modo in cui il paziente vive il proprio disturbo e quanto questo influenza la vita sociale nelle diverse situazioni quotidiane personali e scolastiche.

Per i bambini in età prescolare (3-5 anni), la valutazione dell'opportunità e della modalità di avvio di un trattamento si basa sulla valutazione della fluency del linguaggio. In particolare:

- se sono presenti disfluenze tipiche (identificate secondo il continuum delle disfluenze di Campbell ed Hill, 1987) in una quantità non superiore al 2% del totale della parole pronunciate, si può parlare di una balbuzie fisiologica e non strutturata. Tale situazione non necessita di un intervento terapeutico, in quanto può regredire spontaneamente;





- se tali disfluenze superano il 2% del totale delle parole pronunciate, il bambino va avviato al trattamento, che non si traduce in un intervento specifico sul sintomo; esso consiste, invece, in un lavoro volto a fornire al bambino gli strumenti necessari ad affrontare il suo disturbo nelle diverse situazioni quotidiane, a comprendere i meccanismi di funzionamento dell'apparato fon articolatorio e di tensione e de-tensione muscolare, nonché a fornire un supporto alla famiglia.

A partire dai 6 anni di età è possibile intervenire nel trattamento del disturbo in modo specifico.

Strumenti di valutazione diagnostica

Per i pazienti in età prescolare e scolare il processo diagnostico comprende la valutazione del linguaggio in tutti i suoi aspetti (fonologico, lessicale, semantico, morfo-sintattico) e della lettura, la valutazione qualitativa e quantitativa della fluenza, dell'attitudine alla balbuzie e delle modalità comunicative.

Per la valutazione del linguaggio e della lettura

Si rimanda al capitolo 1, pag. 13: Disturbi specifici dello sviluppo (*Disturbi Specifici del Linguaggio, Disturbi Specifici dell'Apprendimento*).

Per la valutazione qualitativa e quantitativa della fluenza

- brano standardizzato per la valutazione della lettura "Bulka" (1998)
- valutazione della fluenza (Schindler O., 1980)
- scala per valutare la gravità della balbuzie secondo Sherman (in Schindler O., 1980)
- indice di consistenza e indice di adattamento secondo Johnson W., Knott J.R. (Schindler O., 1980)

Per la valutazione dell'attitudine alla balbuzie

- scala Carando dell'attitudine alla balbuzie (in Vernerio I., Gambino M., Stefanin R., Schindler O., 1998)
- esempi di analisi di situazioni di verbalizzazione secondo Brutten G.J. e Schoemaker D.J. (Schindler O., 1980)
- tutti gli altri strumenti atti a costruire un profilo oggettivo dell'organizzazione psicologica del bambino





Per la valutazione delle modalità comunicative

- esempi di analisi comportamentale secondo Brutten G.J. e Schoemaker (Schindler O. 1980)
- disfemia: osservazione diretta (Schindler O., 1980)

Per i pazienti adolescenti e in età adulta il processo diagnostico comprende la valutazione qualitativa e quantitativa della fluenza, dell'attitudine alla balbuzie e delle modalità comunicative.

Per la valutazione qualitativa e quantitativa della fluenza

- brano standardizzato per la valutazione della lettura "il deserto" (Schindler O., 1985)
- valutazione della fluenza (Schindler O., 1985)
- scala per valutare la gravità della balbuzie secondo Sherman (Schindler O., 1980)
- valutazione dell'adattamento del balbuziente e ritmo della lettura orale (Schindler O., 1980)
- indice di consistenza e indice di adattamento secondo Johnson W., Knott J.R. (Schindler O., 1980)

Per la valutazione dell'attitudine alla balbuzie

- attitudini comunicative nei balbuzienti (Erickson, 1969, in Vernerio I., Gambino M., Schindler A., Schindler O., 2002)
- autovalutazione del balbuziente sulle reazioni alle situazioni di linguaggio (Schindler O., 1980)
- scala IOWA dell'attitudine alla balbuzie (Ammons R., Johnson W., 1944)
- esempi di analisi di situazioni di verbalizzazione secondo Brutten G.J. e Schoemaker D.J. (Schindler O., 1980)
- scheda di osservazione delle paure verbali (Vernerio I., Gambino M., Schindler A., Schindler O., 2002)
- scheda di osservazione della personalità riferita alla balbuzie (Vernerio I., Gambino M., Schindler A., Schindler O., 2002)
- tutti gli altri strumenti atti a costruire un profilo oggettivo dell'organizzazione psicologica del ragazzo



Capitolo 3

DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO

Per disturbi del sistema nervoso si intendono disturbi molteplici e multiformi che possono interessare in modo parziale o totale, in modalità transitoria o permanente, funzioni motorie, sensitive, cognitive neuropsicologiche e vegetative che possono presentarsi isolatamente o combinate, determinando disabilità di vario grado.

Nel capitolo sono considerate le seguenti patologie:

1) **Malattia di Parkinson**

Nell' ICD 9-CM la "Malattia di Parkinson" (MP) è indicata con il codice 332. La MP è una patologia degenerativa del Sistema Nervoso Centrale caratterizzata clinicamente dalla triade sintomatologia ipo-acinesia, rigidità, tremore a riposo a cui si associano altri sintomi e segni (bradicinesia, facies amimica e assenza dell'ammiccamento, postura in flessione e andatura festinante). Poiché la malattia altera il funzionamento di strutture che hanno un ruolo importante nel controllo e nella regolazione della motilità volontaria e riflessa, di alcune capacità cognitive, di funzioni neurovegetative, le conseguenze per il paziente sono spesso rilevanti e soprattutto multiformi. Pertanto, questi pazienti necessitano di un approccio riabilitativo multidisciplinare e dell'applicazione di diverse tipologie di rieducazione, dalla fisiocinesiterapia alla rieducazione respiratoria, dalla rieducazione foniatrica (per la disartria, la disfagia e la disfonia) alla rieducazione posturale, dalla terapia occupazionale alla rieducazione cognitiva.

La diagnosi di MP è motivo sufficiente per indirizzare il paziente alla rieducazione.

2) **Sclerosi multipla**

Nell' ICD 9-CM la "Sclerosi Multipla" (SM) è indicata con il codice 340. La SM è una patologia infiammatoria demielinizzante del Sistema Nervoso Centrale che colpisce giovani adulti: essa rappresenta la seconda causa di disabilità dopo le conseguenze dei traumi in tale fascia d'età. La sintomatologia clinica, per la casualità nella localizzazione delle lesioni, è estremamente variabile e può, teoricamente, comprendere qualsiasi aspetto delle funzioni neurologiche; essa è





prevalentemente caratterizzata da disturbi motori, delle funzioni di senso, cognitive e neurovegetative: tali deficit possono comportare elevati livelli di compromissione funzionale. La SM rientra tra le malattie croniche poiché, una volta insorta, accompagnerà l'individuo colpito per tutta la vita. Inoltre, essa ha un carattere di progressività a cui sicuramente contribuisce la concomitanza, messa in luce negli ultimi anni, del danno della mielina e del danno assonale. Le terapie farmacologiche attualmente disponibili non sono in grado di contrastare, se non in parte, tali processi patologici. Non si può non considerare che le persone affette da SM sono attese, per la loro età, a molteplici e rilevanti impegni personali e sociali. Le caratteristiche della SM comportano che gli approcci terapeutici, e quindi anche la riabilitazione, siano tempestivi, individualizzati, flessibili e multidisciplinari.

3) Malattie demielinizzanti

Nell' ICD 9-CM le "Malattie demielinizzanti" sono indicate con il codice 341. In considerazione del fatto che le patologie incluse in quest'area riconoscono quadri anatomo-patologici, quadri clinici e possibilità eziologiche molto distanti (es. malattia di Schilder – 341.1 - Altre malattie demielinizzanti – 341.8), si ritiene importante specificare la 4° cifra del codice ICD9-CM (341.0 – 341.9). Comunque, le forme cliniche considerate in questo capitolo non rappresentano numericamente una casistica significativa, ad esclusione della neuromielite ottica.

La neuromielite ottica (codice ICD9-CM 341.0), che non sempre viene distinta dalla Sclerosi Multipla, si caratterizza per una prevalente compromissione delle funzioni visive (riduzione del visus non correggibile, alterazioni del campo visivo) legata all'interessamento, sempre bilaterale, dei nervi ottici e un quadro di tetra o paraparesi dovuto alla localizzazione midollare delle lesioni demielinizzanti; sempre legati al danno midollare sono i deficit delle funzioni sfinteriche e sessuali.

4) Emiplegia e Emiparesi

Nell' ICD 9-CM le "Emiplegie e Emiparesi" sono indicate con il codice 342. L'emiplegia, l'emiparesi, l'emi-ipostenia sono espressioni qualitativamente differenti di un deficit emisomatico della motricità associato, in rapporto alla sede ed all'estensione del danno emisferico, ad alterazione del tono muscolare, a turbe della sensibilità ed a complessi disturbi neuropsicologici. La causa più



frequente è riferibile alla malattia cerebro-vascolare di tipo ischemico o emorragico e, secondariamente, può avere una causa traumatica, infiammatoria, degenerativa e neoplastica.

5) Altre Sindromi Paralitiche

Nell' ICD 9-CM le "Altre sindromi paralitiche" sono indicate con il codice 344. Per "sindromi paralitiche" possono intendersi tutte quelle condizioni patologiche caratterizzate da un deficit della forza, intendendosi semeioticamente come tale la capacità del soggetto di produrre volontariamente energia con muscoli singoli o gruppi muscolari, rendendo conseguentemente possibile una contrazione muscolare di intensità graduabile.

La forza muscolare e la conseguente motilità attiva di segmenti motori possono essere parzialmente ridotte (paresi) o totalmente assenti (plegia); i meccanismi fisiopatogenetici che sono alla base di tali disturbi sono notoriamente molteplici e complessi.

Criteri clinici di accesso

I pazienti affetti da disturbi del sistema nervoso su descritti devono poter accedere al trattamento riabilitativo estensivo e di mantenimento in regime ambulatoriale, in rapporto alla gravità della malattia ed alla disabilità conseguente. Si considera appropriato l'accesso di pazienti che presentino una disabilità quantificabile con un punteggio inferiore a 90 dell'Indice di Barthel oppure, in caso di punteggi superiori, quando sia documentato il danno dell'area funzionale danneggiata che è oggetto dell'intervento riabilitativo, anche con specifiche scale, test e/o valutazioni diagnostiche.

Si forniscono di seguito indicazioni circa la modalità di erogazione del trattamento, esclusivamente per le seguenti patologie:

- *Emiplegia ed Emiparesi*: la disabilità conseguente a suddetta patologia necessita di modalità di intervento specifiche multidisciplinari mirate al completamento del processo di recupero, che può essere effettuato, in un primo tempo, in *modalità estensiva*. Al subentro della stabilizzazione delle prestazioni acquisite il trattamento riabilitativo, relativamente alle valutazioni cliniche, si può protrarre, in maniera anche ciclica, in *modalità di mantenimento*.
- *Altre sindromi paralitiche*: la sola presenza di un danno motorio determina l'appropriatezza all'accesso del trattamento riabilitativo ambulatoriale. Si



raccomanda il trattamento in *modalità estensiva* solo per le patologie di recente insorgenza.

Strumenti di valutazione diagnostica

Per le patologie considerate, attualmente non sono disponibili scale di valutazione che abbiano ricevuto una validazione nell'ambito del processo riabilitativo; pertanto, laddove non sia possibile utilizzare scale ICF correlate o strumenti appositamente approntati e validati in Italia, si può fare riferimento a scale che valutino i singoli aspetti della compromissione neurologica e motoria. Ove necessario alla definizione del programma riabilitativo, gli strumenti proposti, in aggiunta a quelli comunicati al SIAR, vanno integrati con ulteriori scale che evidenziano selettivamente il danno funzionale oggetto del trattamento.

Per la valutazione della Forza muscolare

- Medical Research Council scale

Per la valutazione del Tono muscolare

- Scala di Ashwort

Per la valutazione del Deficit motorio globale

- Rivermead Mobility
- Motricity Index
- Ferrara Brain-Injury Physical Assessment Schedule

Per la valutazione della Deambulazione

- Scala di Tinetti
- Indice di Deambulazione

Per la valutazione delle funzioni comportamentali

- Hamilton Rating Scale for Depression

Per la valutazione delle funzioni cognitive

- Mini Mental State Examination
- Test della figura di Rey
- Test delle 15 parole di Rey





- Matrici progressive di Raven, PM47
- Span verbale e spaziale
- Fluidità fonologica
- Modified Card Sorting Test
- Trail Making Test
- Breve racconto
- CD e CDL (Copia di disegni e con elementi di programmazione)
- Denominazione Nomi del B.A.D.A.
- Token test
- Barrage doppio*
- Wundt-Jastrow*

Nella valutazione delle funzioni cognitive, nel caso si rendano evidenti deficit circoscritti, per la formulazione di un programma riabilitativo e la relativa misurazione, può rendersi necessario utilizzare test neuropsicologici maggiormente specifici in grado di valutare i vari aspetti del funzionamento intellettuale.

Emiplegia ed Emiparesi e Altre Sindromi Paralitiche *in età evolutiva*

I criteri di accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in regime ambulatoriale per le disabilità derivanti da "Emiplegia e Emiparesi" (codice ICD9-CM 342) e da "Altre sindromi paralitiche" (codice ICD9-CM 344) in età evolutiva sono assimilabili ai criteri formulati per la Paralisi Cerebrale Infantile (PCI) cui si rimanda alla DGR n. 731/2005.

*possono essere sostituiti con altri test di barrage idonei all'identificazione dell'emiplegia spaziale.





Capitolo 4

DISTURBI PSICHICI SPECIFICI NON PSICOTICI DOVUTI A DANNO CEREBRALE ORGANICO

Nei ICD 9-CM i "Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico" sono indicati con il codice 310. Essi riferiscono a quadri sindromici di natura psichica – transitori o permanenti – correlati ad un danno o ad una sofferenza organica primitiva o secondaria, acuta o cronica, dell'encefalo e ad espressione clinica "non psicotica", cioè ben differenziata dalle manifestazioni tipiche delle malattie mentali primarie.

La sintomatologia clinica ed i deficit funzionali correlati possono riguardare alterazioni dello stato di coscienza, deficit di orientamento rispetto al tempo, allo spazio ed alla persona, disturbi dell'attenzione, deficit afasici, agnosici, amnesici e aprassici, alterazioni del ciclo sonno-veglia, disturbi del pensiero, dell'affettività, del comportamento e della percezione, modificazioni della personalità. Tali sintomi possono comparire isolati oppure associarsi in quadri sindromici di particolare e delicata complessità.

Criteri clinici di accesso

I pazienti affetti da tali disturbi devono poter accedere al trattamento riabilitativo estensivo e di mantenimento in regime ambulatoriale, in rapporto alla gravità della malattia ed alla disabilità conseguente. Si considera appropriato l'accesso di pazienti che presentino una disabilità quantificabile con un punteggio inferiore a 90 dell'Indice di Barthel oppure, in caso di punteggi superiori, quando sia documentato il danno delle aree funzionali interessate con specifiche scale, test e/o valutazioni diagnostiche.

Strumenti di valutazione diagnostica

Per la patologia considerata, si rimanda agli strumenti indicati nel capitolo relativo ai Disturbi del Sistema Nervoso.



Capitolo 5

TRAUMATISMI INTRACRANICI

I traumatismi intracranici rappresentano un insulto cerebrale, non degenerativo e non congenito, causato da una forza meccanica esterna che può determinare un danno permanente o temporaneo delle funzioni cognitive, fisiche e psicosociali con associata riduzione o alterazione dello stato di coscienza fino al coma. I traumatismi intracranici possono essere classificati, in base alla Glasgow Coma Scale (GCS), come Lievi (14-15 GCS), Moderati (9-13 GCS) e Gravi (3-8 GCS) ed esitare in una disabilità complessa caratterizzata da disordini sensomotori, cognitivi, neuropsicologici, psichici e comportamentali. E' appropriato specificare nella patologia oggetto di intervento riabilitativo i postumi del trauma, riservando la codifica del danno cerebrale primario (Codici 850, 852, 853, 854) alle diagnosi in comorbilità. Nel presente capitolo sono considerate:

1) Emorragia subaracnoidea, subdurale, extradurale consecutive a traumatismo

Nell' ICD 9-CM l' "Emorragia Subaracnoidea, subdurale ed extradurale consecutive a traumatismo" è indicata con il codice 852.

L' *Emorragia subaracnoidea* consiste in una raccolta ematica nello spazio subaracnoideo (tra i due foglietti leptomeningei: aracnoide e pia madre) che normalmente contiene liquido cerebrospinale. L'*Ematoma Subdurale* è lo stravasamento ematico che si raccoglie tra dura madre ed aracnoide, provocato da traumi che hanno determinato lacerazione dei seni venosi o delle vene "a ponte" tra rete piale e gli stessi seni venosi della dura. L'*Ematoma subdurale acuto* è una complicanza grave, e rapidamente evolutiva, di traumi cranici di notevole entità; coesistono spesso focolai di contusione-lacerazione di parenchima cerebrale. L' *Ematoma subdurale cronico*, tipico delle persone anziane, insorge dopo un trauma lieve che può anche passare inosservato. Attualmente si ritiene che alla lacerazione traumatica delle vene "a ponte" nello spazio sottodurale faccia seguito un processo infiammatorio cronico della dura madre che si autosostiene. L' *Ematoma Extradurale (epidurale)* è lo stravasamento ematico che si raccoglie nello spazio, normalmente virtuale, compreso tra la dura madre e la teca cranica. Si verifica più frequentemente per traumi di





notevole entità della regione temporale con conseguente lesione dell'arteria meningea media (ematoma epidurale temporoparietale).

2) Altre non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo e Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura

Nell' ICD 9-CM le "Altre non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo" e i "Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura" sono rispettivamente indicati con i codici 853 e 854.

L'*Emorragia intracerebrale* (Ematoma intraparenchimale) si sviluppa nel parenchima cerebrale, più frequentemente attraverso la sostanza bianca centrale ed i gangli della base, a seguito di lacerazione o contusione cerebrale con lesione dei principali vasi cerebrali profondi. L' *Emorragia intraventricolare* si verifica a seguito di traumi cranici molto intensi e determina una prognosi sfavorevole.

Criteria clinici di accesso

L'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in regime ambulatoriale dei pazienti con esiti complessi sensomotori, cognitivi-neuropsicologici e psichici-comportamentali derivanti da traumatismo intracranico è appropriato quando dalla somministrazione iniziale degli strumenti di valutazione risulti:

- nella Scheda di valutazione multidimensionale adulto anziano modificata (S.VA.M.A.) un punteggio \leq a 2 nelle aree esplorate: comprensione linguaggio (Lc), produzione linguaggio (Lp), Udito (U), Vista (V);
- nello Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) un numero di errori \geq 3;
- nella Ferrara Brain-Injury Physical Assessment Schedule (Ferrara BIPAS) un punteggio che indichi almeno una menomazione lieve.





Strumenti di valutazione diagnostica

Per la valutazione degli aspetti Sensoriali e di Comunicazione:

- Scheda di Valutazione Multidimensionale Adulto Anziano modificata (S.VA.M.A.)

Per la valutazione del livello cognitivo

- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
- Levels of Cognitive Functioning

Per la valutazione dei disturbi sensomotori

- Ferrara Brain-Injury Physical Assessment Schedule
- Disability Rating Scale
- Pattern di Menomazione Motoria Neurologica secondo Griffith





Capitolo 6

TRAUMATISMI DEI NERVI PERIFERICI

Nell'ICD 9-CM i "Traumatismi dei nervi periferici" sono descritti con i codici 953, 955, 956.

Per lesioni del Sistema Nervoso Periferico devono intendersi le lesioni delle radici spinali anteriori e posteriori all'interno del canale spinale e le lesioni del nervo spinale dall'origine nel forame intervertebrale di coniugazione e lungo il suo decorso. Esse sono caratterizzate da perdita di sensibilità, di forza e atrofia muscolare presenti in modo isolato o in combinazione e di differente gravità. I meccanismi lesionali di tipo traumatico sono generalmente legati ad azioni meccaniche che possono agire sul nervo per trazione, strappamento, lacerazione, schiacciamento o compressione cronica. Per definire la gravità delle lesioni vengono utilizzate la classificazione di Seddon che distingue la neuroaprassia (transitoria) dalla assonotmesi (lesione assonale) e dalla neurotmesi (lesione del tronco nervoso); oppure la classificazione di Sunderland che distingue 5 gradi di lesione a gravità crescente. La patologia può coinvolgere uno (mononeuropatia) o più tronchi nervosi (multineuropatia, polineuropatia), il plesso o radici e tronchi nervosi.

Criteri clinici di accesso

Si considera appropriato l'accesso per le lesioni monotroncolari se associate a lesioni dell'apparato muscolo-scheletrico o altre patologie che complichino il percorso riabilitativo. E' appropriato l'accesso per tutte le lesioni coinvolgenti due o più nervi periferici o i plessi. Per le patologie stabilizzate si considera appropriato l'accesso qualora si realizzino condizioni di modificabilità e/o complicanze. Si raccomanda che le lesioni periferiche siano documentate con l'esame elettromiografico-elettroencefalografico.



Strumenti di valutazione diagnostica

Per le patologie considerate, si rimanda agli strumenti indicati nel capitolo relativo ai Disturbi del Sistema Nervoso.

Bibliografia

- American Association of Neurological Surgeons: Guidelines for the management of severe head injury. Congress of Neurological Surgeons, 1995
- Adams RD, Victor M. Principles of Neurology, McGraw Hill Book, New York 1999
- Brown TR, Kraft GH. Exercise and rehabilitation for individuals with multiple sclerosis. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2005; 16: 513-555
- Bonaiuti D. Le scale di misura in riabilitazione, Società Editrice Universo, 2005
- Boldrini P, Cantagallo A, Basaglia N, Bergonzoni A, Lavezzi S. FE.H.I.P.S, Ferrara Head Injury Physical Scale: clinical assessment of the long-term physical sequeale after severe head injury. Proceedings of the II International Congress on Objective Assessment in Rehabilitation Medicine, Montreal, 1992
- Bricolo AP, Pasut ML. Extradural hematoma - toward zero mortality. A prospective study. Neurosurgery 1984; 14: 8-11
- Carlesimo GA, Buccione I, Fadda L, Graceffa A, Mauri M, Lorusso S et al. Standardizzazione di due test di memoria per uso clinico: Breve racconto e Figura di Rey. Nuova Rivista di Neurologia 2002; 12: 3-13
- Deane KH, Jones D, Ellis-Hill C, Clarke CE, Playford ED, Ben-Shlomo Y. A comparison of physiotherapy techniques for patients with Parkinson's disease. Cochrane Database Syst Rev 2001; 1: CD002815.
- Fabri S. Semeiotica Neurologica, Verduci, Roma 1988
- Fazio C, Loeb C, Neurologia, SEU, Roma 1996
- Giovagnoli AR, Del Pesce M, Mascheroni S, Simoncelli M, Laiacina M, Capitani E. Trail making test: normative values from 287 normal adult controls. Ital J Neurol Sci 1996;17:305-309
- Ellis T, de Goede CJ, Feldman RG, Wolters EC, Kwakkel G, Wagenaar RC. Efficacy of physical therapy program in patients with Parkinson's





- disease: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005; 86: 626-632
- Gage H, Storey L. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. *Clin Rehabil*, 2004; 18: 463-482
 - Giaquinto S. *La Riabilitazione dell' Ictus Cerebrale*, Marrapese, Roma 1991
 - Gouvier WD, Blanton PD, LaPorte KK, Nepomuceno C. Reliability and Validity of the Disability Rating Scale and the Levels of Cognitive Functioning Scale in monitoring recovery from severe head injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 68: 94-97, 1987
 - Grasso MG, Troisi E, Rizzi F, Morelli D, Paolucci S. Prognostic factors in multidisciplinary rehabilitation treatment in multiple sclerosis: an outcome study. *Mult Scler*, 2005; 11: 719-724
 - Griffith ER, Mayer NH. Hypertonicity and movement disorders. In: Rosenthal M et al (Eds): *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*, II ed. FA Davis, Philadelphia, 1999
 - Greenwood R, Barnes MP, McMillan TM, Ward CD, *Neurological Rehabilitation*, London, 1993
 - *Head Injury, Pathophysiology and management of severe closed injury*. Edited by Peter Reilly MD, BMedSc, FRACS. Department of neurosurgery, Royal Adelaide Hospital, Adelaide, Australia and Ross Bullock MD, PhD. Division of neurological surgery, Edical College of Virginia, Richmond, Virginia, USA. Chapman & Hall Medical (London, Weinheim, New York, Tokyo, Melbourne, Madras)
 - Lehmkuhl LD. *Brain injury glossary*. Houston (TX): HDI Publishers, 1996
 - Miceli G, Laudanna A, Burani C, Capasso R. *Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici*. AMR, Roma 1994
 - Kase CS, Caplan LR. *Intracerebral hemorrhage*. Butterworth-Heinemann, Toronto 1994
 - Kesslerling J. Neurorehabilitation in multiple sclerosis – what is the evidence-base? *J Neurol* 2004; 251 [Suppl 4]: 25-29.
 - Masur H. *Neurologia - Scale e punteggi*, edi-ermes, 1999, Edizione italiana G.Tredici
 - Manfredi M. *Neurologia*, UTET, Torino 1994
 - Nocentini U, Di Vincenzo S, Panella M, Pasqualetti P, Caltagirone C. La valutazione delle funzioni esecutive nella pratica neuropsicologica: dal Modified Card sorting Test al Modified Card Sorting Test-Roma Version. Dati di standardizzazione. *Nuova Rivista di Neurologia* 2002; 12: 14-24



- Orsini A, Grossi D, Capitani E, Laiacona M, Papagno C, Vallar G. Verbal and spatial immediate memory span. Normativa data from 1355 adults and 1112 children. *Ital J Neurol Sci* 1987; S8: 539-548
- Mumenthaler M, Schliack H. *Lesioni dei nervi periferici*, Piccin, Padova 1983
- Patti F, Ciancio MR, Reggio E, Lopes R, Palermo F, Cacopardo M et al. The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis. *J Neurol* 2002; 249: 1027-103
- Pfeiffer E, Short Portable Mental Status Questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23, 433-444
- Rappaport M, Hall KM, Hopkins K et al., Disability Rating Scale for severe head trauma : coma to community, *Arch Phys Med Rehabil*, 1963: 118-23, 1982
- Rietberg MB, Brooks D, Uitdehaag BMJ, Kwakkel G, Exercise therapy for multiple sclerosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No CD003980.pub2. DOI:10.1002/14651858.CD003980.pub2
- Rizzo M, Tranel D. *Head injury and postconcussive syndrome*. Churchill Livingstone, New York 1996
- Sarteschi P, Maggini C. *Manuale di Psichiatria*, Ed. sbm, Bologna
- Solari A, Filippini G, Gasco P, Colla L, Salmeggi A, La Mantia L et al. Physical rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. *Neurology* 1999; 52: 57-62.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM. Occupational therapy for Multiple Sclerosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No. CD003608. DOI:10.1002/14651858 CD003608
- Spread (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) Ictus Cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento, Pubblicazioni Catel, IV edizione, Milano 2005
- Saito T, Kushi H, Makino K, Hayashi N. The risk factors for the occurrence of acute brain swelling in acute subdural hematoma. *Acta Neurochir Suppl* 2003; 86: 351
- Spinnler H, Tognoni G. Standardizzazione e taratura italiana di tests neuropsicologici. *Ital J Neurol Sci* 1987; 8:111-119
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *J Clinical Epidemiol* 1989; 42: 703-709.



- SVAMA - Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano Regione Veneto (DGR Veneto n. 3979 del 9/11/99)
- SVAMA - Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano Regione Veneto Modificata (DGR Lazio n. 583 del 10 maggio 2002)
- The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment. The Group for the Standardization of the Mental Deterioration Battery. Eur Neurol 1996; 36:378-84
- Thompson AJ. Multiple Sclerosis: rehabilitation measures. Semin Neurol, 1998; 18: 397-403
- Thompson AJ. Neurological rehabilitation: from mechanisms to management. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69: 718-722
- Ubiali E. Elettroencefalografia, SM, Torino, 2003
- Valadka AB, Narayan RK. Injury to the cranium. In: Trauma. 3rd ed. 1996: 267-78.
- Weaver JP, Fisher M. Subarachnoid hemorrhage: an update of pathogenesis, diagnosis and management. J Neurol Sci 1994; 125: 119-31
- Wade Dt. Measurement in Neurological Rehabilitation, University Press, Oxford, 1996





Capitolo 7

MALATTIE CARDIO-CEREBRO VASCOLARI

Le malattie cardio-cerebro-vascolari sono caratterizzate da alterazioni della parete vasale di natura degenerativa, aterosclerotica, embolica, trombotica, emorragica, aneurismatica, infiammatoria, neoplastica, tossica, ipoperfusiva e autoimmunitaria. Tali alterazioni possono presentarsi con sintomi focali o sistemici. Possono essere causa di disabilità motorie, sensitive, cognitive, neuropsicologiche o funzionali relativamente all'organo interessato dalla lesione vascolare stessa.

Nel capitolo sono considerate le seguenti patologie:

1) Infarto miocardico progresso

Nell'ICD 9-CM l' "Infarto del miocardio progresso" è indicato con il codice 412. Trattasi di progressa necrosi acuta di una parte, più o meno ampia, del tessuto miocardico a causa di occlusione acuta di uno o più rami coronarici.

2) Altre forme di cardiopatia ischemica cronica

Nell'ICD 9-CM le "Altre forme di cardiopatia ischemica cronica" sono descritte con il codice 414. Con tale definizione si intendono l'ischemia miocardica stabile, con o senza angina, e la cardiopatia ischemica intesa come sequela di un evento coronarico acuto o cronico sulla morfologia e funzionalità del cuore e/o dei vasi. All'interno di questo paragrafo sono inclusi anche i pazienti già da tempo sottoposti ad interventi di rivascolarizzazione miocardica chirurgica (bypass aorto-coronarico: codice ICD9-CM V45.81) o tramite angioplastica coronarica (codice ICD9-CM V45.82).

Criteri clinici di accesso

Si considera appropriato l'accesso al trattamento riabilitativo estensivo e di mantenimento in regime ambulatoriale in caso di:

- evento acuto non recente (> 8 settimane),
- discreta capacità funzionale (>2,4 mets),



classe New York Hearth Association (NYHA) compresa tra II-III,
risultato del Six Minute Walk Test (6MWT) > 120 mt.,
profilo di rischio cardiovascolare medio-basso alla carta del rischio
cardiovascolare (persone con età 40-69 anni)*.

Strumenti di valutazione diagnostica

Gli strumenti di valutazione sono:

- **Classe New York Hearth Association**
- **Six Minute Walk Test**

Per la progettazione di un adeguato programma riabilitativo, dovranno essere valutati: la capacità funzionale del paziente, il profilo di rischio cardiovascolare, la presenza di ischemia inducibile, la funzione ventricolare sistolica (frazione di eiezione) e diastolica, il pattern aritmologico. A tal fine il paziente dovrà essere in possesso dei seguenti esami: ECG, Test da sforzo, Test cardiopolmonare, Ecocardiogramma; nel caso siano presenti aritmie all'ECG di base o se all'ecocardiogramma vi sia una FE < 35% è necessario l'Holter.

* Istituto Superiore di Sanità, Il Progetto cuore





Capitolo 8

RIABILITAZIONE VASCOLARE

La riabilitazione vascolare è rivolta soprattutto a pazienti affetti da arteriopatie periferiche su base aterosclerotica, a carico prevalentemente degli arti inferiori, ma anche a soggetti con patologie avanzate dei vasi venosi e linfatici. La riabilitazione vascolare può essere effettuata con varie modalità, a seconda del grado di impegno della patologia, del livello di disabilità e della severità delle patologie concomitanti.

Presupposto indispensabile della riabilitazione vascolare è anche un'accurata valutazione clinica e strumentale della vasculopatia, cui segue la prescrizione di protocolli di attività fisica, i trattamenti farmacologici e fisici, la correzione dei fattori di rischio cardiovascolare, l'intervento educativo e di counseling.

All'avvio del progetto riabilitativo il paziente dovrà essere in possesso dell'Eco(color)doppler e/o di altri esami utili alla definizione della patologia di base.

Il capitolo è articolato in due sezioni.

Sezione A

1) Aterosclerosi e Aterosclerosi di innesto vascolare degli arti

Nell' ICD 9-CM l'"Aterosclerosi delle arterie native degli arti", l'"Aterosclerosi di innesto vascolare degli arti" e la "Malattia vascolare periferica non specificata altrove" sono indicate rispettivamente con i codici 440.21-24, 440.30-32 e 443.9. Arteriopatia aterosclerotica con localizzazioni nelle arterie degli arti inferiori.

2) Tromboangioite obliterante (morbo di Buerger)

Nell' ICD 9-CM la "Tromboangioite obliterante" (*morbo di Buerger*) è descritta con il codice 443.1. Trattasi di una malattia vascolare infiammatoria obliterante, interessante principalmente le arterie di medio-piccolo calibro di



entrambi gli arti inferiori, più raramente gli arti superiori, spesso evolvente in gangrena.

Colpisce in prevalenza soggetti di sesso maschile, fumatori ed età inferiore a 40 anni.

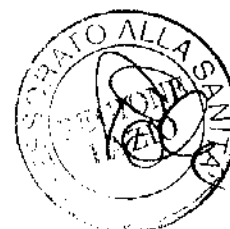
3) Angiopatia periferica in malattie classificate altrove

Nell' ICD 9-CM la "Angiopatia periferica in malattie classificate altrove" è indicata con il codice 443.81. Con questa diagnosi si indicano le arteriopatie periferiche conseguenti ad altre patologie, quali ad esempio l'arteriopatia diabetica anche con lesioni trofiche (piede diabetico vascolare), l'arteriopatia ostruttiva post-embolica (es. in paziente con fibrillazione atriale senza arteriopatia preesistente), l'arteriopatia ostruttiva post-trombotica (es. in paziente con sindromi da iperviscosità senza arteriopatia preesistente).

Criteri clinici di accesso

La claudicazione intermittente è il sintomo comune a tutte le arteriopatie ostruttive degli arti inferiori, dovuto all'insufficiente apporto ematico e di ossigeno durante il cammino. Essa è il sintomo proprio della insufficienza arteriosa relativa, in cui il dolore si manifesta solo durante il lavoro muscolare in rapporto all'aumentata richiesta di apporto sanguigno non soddisfatta. Il dolore a riposo e le lesioni tissutali sono invece espressione di un'insufficienza arteriosa assoluta. Per i pazienti con *claudicatio intermittens* invalidante, la riabilitazione è un presidio terapeutico fondamentale, ma è appropriata anche negli stadi più avanzati dell'arteriopatia (dolore a riposo, lesioni trofiche), ovviamente con modalità diverse rispetto ai pazienti con sola *claudicatio*, ad integrazione della terapia medica e/o chirurgica, prima e dopo interventi di rivascularizzazione.

In caso di angiopatia periferica in malattie classificate altrove, è sempre opportuna l'identificazione della patologia di base (es. diabete mellito, 250.7).



Strumenti di valutazione diagnostica

Gli strumenti di valutazione sono:

- **Intervallo libero di marcia** (test ergometrico al tapis-roulant oppure 6MWT)
- **Doppler CW** con indice pressorio caviglia/braccio (ABI)
- **Medical Outcome Study Short Form 36**

Sezione B

1) Amputazione di arto inferiore

Nell' ICD 9-CM l' "Amputazione di arto inferiore" è indicata con il codice V49.7. Trattasi di condizione in cui una arteriopatia, degenerativa o infiammatoria, abbia condotto alla necessità di interventi demolitivi, ovvero amputazioni totali o parziali degli arti.

Criteri clinici di accesso

Si considera appropriato l'accesso al trattamento riabilitativo per disabilità conseguente all'amputazione di arto inferiore.

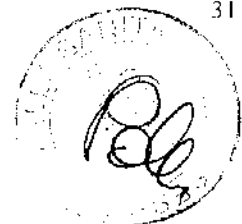
2) Varici degli arti inferiori e Sindrome post-flebitica

Nell' ICD 9-CM le "Varici degli arti inferiori" e la "Sindrome post-flebitica" sono rispettivamente indicate con i codici 454 e 459.1.

La *malattia venosa cronica* degli arti inferiori è caratterizzata dalla variabile combinazione di molteplici alterazioni a carico del sistema venoso superficiale, delle vene perforanti e del sistema venoso profondo.

La *sindrome post-flebitica* è rappresentata da un quadro clinico caratterizzato da segni e sintomi che si manifestano a distanza da un episodio di trombosi venosa profonda degli arti.

Per la classificazione e la stadiazione sia della *malattia venosa cronica* che della *sindrome post-flebitica* si fa riferimento alla classificazione CEAP basata sulle manifestazioni cliniche (C), sui fattori eziologici (E), la distribuzione anatomica (A), le condizioni fisiopatologiche (P).





Criteri clinici di accesso

Il trattamento riabilitativo è indicato nella malattia venosa cronica e nella sindrome post flebitica (arti inferiori) per classi CEAP C \geq 3, ovvero in presenza di edema persistente con o senza alterazioni/lesioni cutanee, in presenza di comorbidità (es. obesità grave e/o patologie osteo-articolari).

Strumenti di valutazione diagnostica

Gli strumenti di valutazione diagnostica in caso di varici degli arti inferiori e di sindrome post flebitica sono:

- **CEAP**
- **Medical Outcome Study Short Form 36**

3) Sindrome linfedematosa post-mastectomia e Altri linfedemi

Nell' ICD 9-CM la "Sindrome linfedematosa post-mastectomia" e gli "Altri linfedemi" sono indicati rispettivamente con i codici 457.0 e 457.1. Trattasi di edema da stasi linfatica generalmente caratterizzato da un'elevata concentrazione proteica nell'interstizio. Interessa principalmente gli arti superiori e inferiori ma può riguardare tutti i distretti corporei.

Criteri clinici di accesso

L'ampia evidenza di utilità ed efficacia del trattamento riabilitativo ne rendono appropriato l'accesso. Il trattamento fisico combinato, indicato nel linfedema persistente, deve essere preceduto da un corretto bilancio fisiochinesiterapico, specie muscolare ed articolare.

Strumenti di valutazione diagnostica

Gli strumenti di valutazione sono:

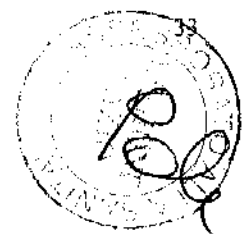
- **misurazione delle dimensioni dell'arto**
- **Medical Outcome Study Short Form 36**





Bibliografia

- Ambrosetti M, Salerno M, Boni S, Daniele G, Tramarin R, Pedretti RFE. Economic evaluation of a short-course intensive rehabilitation program in patients with intermittent claudication. *Int Angiol* 2004; 23: 108-13
- Cheetham DR, Burgess L, Ellis M, Williams A, Greenhalgh RM, Davies AH. Does supervised exercise offer adjuvant benefit over exercise advice alone for the treatment of intermittent claudication? A randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004; 27:17-23
- Collegio Italiano di Flebologia (CIF). Linee guida sulla diagnosi e terapia della insufficienza venosa cronica. *Acta Phlebol* 2003; 4: 1-52
- Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987-1003
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Third Joint Task Force of European and other Societies of Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practic. *Eur Heart J* 2003; 24: 1601-1610
- Degischer S, Labs KH, Hochstrasser J, Aschwanden M, Tschoepf M, Jaeger KA. Physical training for intermittent claudication: a comparison of structured rehabilitation versus home-based training. *Vasc Med* 2002; 7:109-15
- Fletcher DD, Andrews KL, Hallett JW Jr, Butters MA, Rowland CM, Jacobsen SJ. Trends in rehabilitation after amputation for geriatric patients with vascular disease: implications for future health resource allocation. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:1389-93
- Linee guida ANMCO-SIC-GIVFR sulla riabilitazione cardiologica. *J Ital Cardiol* 1999; 29:1057-1091
- Manfredini F, Conconi F, Malagoni AM, Manfredini R, Basaglia N, Mascoli F et al. Training guided by pain threshold speed. Effects of a home-based program on claudication. *Int Angiol* 2004; 23:379-87
- Marchioli R, Avanzino F, Barzi F, Chieffo F, Di Castelnuovo A, Franzosi MG et al. Assessment of absolute risk of death after myocardial infarction by use of multiple-risk-factor assessment equation GISSI-Prevenzione mortality risk chart Valagussa on behalf of GISSI-Prevenzione Investigators. *Eur Heart J* 2001; 22: 2085-2103





- Michelini S, Failla A, Moneta G. Manuale Teorico Pratico di Riabilitazione Vascolare, Ed PR, Bologna – 2000
- Regensteiner JG, Meyer TJ, Krupski WC, Cranford LS, Hiatt WR. Hospital vs home- based exercise rehabilitation for patients with peripheral arterial occlusive disease. *Angiology* 1997; 48: 291-300
- Società Italiana di Diagnostica Vascolare (SIDV-GIUV). Procedure operative per indagini diagnostiche vascolari. *Bollettino Società Italiana di Diagnostica Vascolare* 2004; 23-24 e 25-26
- Smidt N, de Vet HC, Bouter LM, Dekker J, Arendzen JH, de Bie RA et al. Effectiveness of exercise therapy: a best-evidence summary of systematic reviews. *Aust J Physiother* 2005;51: 71-85
- Stewart KJ, Hiatt WR, Regensteiner JG, Hirsch AT. Exercise training for claudication; a review. *N Engl J Med* 2002; 347:1941-51
- Willigendael EM, Bendermacher BI, van der Berg C, Welten RJ, Prins MH, Bie de RA et al. The development and implementation of a regional network of physiotherapists for exercise therapy in patients with peripheral arterial disease, a preliminary report. *BMC Health Serv Res* 2005; 5:49





Allegato 1

Patologie ammissibili solo in comorbidità

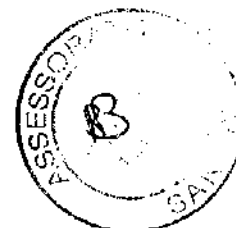
L'analisi dei dati del SIAR ha evidenziato la presenza, tra le "patologie oggetto di intervento riabilitativo", di codici ICD9-CM riferiti a patologie che, di per sé, non richiedono l'attivazione di un percorso riabilitativo. Si ritiene, pertanto di dover esplicitare quanto segue:

Anomalie cromosomiche e Anomalie congenite (codici ICD9-CM 758 - 759). L'intervento riabilitativo per queste patologie è riferito al *Ritardo mentale* conseguente e non all'anomalia stessa, che va indicata come diagnosi di comorbidità.

Disturbi nevrotici e della personalità e disturbi psichici non psicotici (codici ICD9-CM 300-316). Per tali disturbi l'intervento di elezione non è la riabilitazione ma un intervento che, tenendo conto degli aspetti psicopatologici, sia orientato in chiave psicoterapeutica. Essi possono essere indicati soltanto come diagnosi di comorbidità o comunque associati a patologie primarie oggetto dell'intervento riabilitativo, ad eccezione delle *Balbuzie* (codice ICD9-CM 307.0)

Epilessie (codice ICD9-CM 345). Per "epilessia" si intende una condizione patologica cronica del Sistema Nervoso Centrale caratterizzata da episodi ricorrenti accessuali (crisi) determinati da una scarica eccessiva ed ipersincrona di una popolazione neuronale ipereccitabile. La fenomenologia clinica della malattia epilettica è altamente polimorfa, come eterogenea e variabile da caso a caso è la sua eziologia, gravità, prognosi e capacità di determinare conseguenze sulla salute di una persona (dal punto di vista neuromotorio, psicologico, medico e sociale). Per esse, l'intervento di elezione non è la riabilitazione ma, potendo rappresentare una condizione che aggiunge un fattore di complessità al processo riabilitativo di altre patologie, possono essere indicate in comorbidità.

Vasculopatie cerebrali acute, mal definite (codice ICD9-CM 436). Trattasi di tutte quelle manifestazioni cliniche legate al deterioramento acuto della funzione cerebrale che riconoscono, o presuppongono, alla loro base una turba perfusivo-nutrizionale dell'encefalo che non possono costituire la patologia di oggetto riabilitativo che è rivolto, invece, al trattamento dei postumi conseguenti alla lesione vascolare (es.: codice ICD9-CM 438).



ALLEG. alla DELIB. N. 435/07
19 GIU. 2007



Allegato n°2



MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

Rif. Nota Regione Lazio : Dott. Grippa invio 10 maggio h 14.29 e successivo invio 24 maggio h 19.28

Provvedimento relativo all'obiettivo 2.2.3 "Linee guida sulla riabilitazione extra ospedaliera" - Bozza DGR

**Inviata per preventiva approvazione
Scadenza 30 aprile 2007**

La proposta di delibera individua, per le disabilità complesse derivate dalle patologie di cui alla premessa della proposta stessa, i criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione estensiva e di mantenimento.

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, tenuto conto che, si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia quanto segue :

LA PROPOSTA DI DELIBERA E' APPROVATA

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo

Roma, 15.06.07

