

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 aprile 2007, n. 266.

**Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio. Criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliera.**

## **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 delle 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";

**PRESO ATTO** dell'intesa sancita il 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in particolare per quanto riguarda l'impegno delle Regioni al rientro nei parametri fissati per il fabbisogno dei posti letto ospedalieri e per il tasso di ospedalizzazione;

**VISTA** la DGR 864 del 28.6.2002 sulle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriata;

**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";

**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;

**PRESO ATTO** che, negli ultimi provvedimenti regionali riguardanti la definizione annuale del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati con il SSR, sono state definite apposite linee guida per promuovere l'appropriatezza organizzativa nella erogazione delle prestazioni;

**PRESO ATTO** in particolare che , con la DGR 731 del 4 agosto 2005:

- sono state aggiornate le soglie di ammissibilità per le prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriata,
- è stata regolamentata ex novo l'attività di Day Hospital medico e viene introdotto il Day Service quale modalità assistenziale ambulatoriale alternativa al ricovero ordinario ed al Day Hospital;
- è stata approvata la nuova scheda RAD-R, specifica per le dimissioni dai reparti ospedalieri di riabilitazione post-acuzie;
- sono stati approvati i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa territoriale riguardanti i gruppi diagnostici "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e "esiti di traumatismi";

**PRESO ATTO** inoltre che, con DGR n. 143 del 22 marzo 2006, nell'ambito dell'indirizzo strategico programmato di potenziare i servizi territoriali e le forme di assistenza alternativa al ricovero e di riqualificare l'assistenza ospedaliera, è stata individuata, quale azione prioritaria all'interno dell'SSR:

- il trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, quindi dal ricovero ordinario verso il Day Hospital e da questo verso l'ambulatorio,
- il potenziamento e la qualificazione dell'assistenza ambulatoriale, nella quale dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in Day Hospital;

**RILEVATA** quindi l'esigenza di proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, che rappresenta una caratteristica inderogabile del Servizio Sanitario Regionale, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse, definendo anche per i ricoveri ospedalieri di riabilitazione post-acuzie, i criteri appropriati di accesso alle prestazioni con particolare attenzione ai criteri di accesso al Day Hospital riabilitativo;

**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;

**RILEVATO** che nel suddetto provvedimento, fra le misure indirizzate alla ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri, è stata specificatamente individuata quella relativa alla elaborazione dei criteri di accesso appropriato ai reparti di riabilitazione post-acuzie, in particolare per quanto riguarda il Day Hospital riabilitativo, assegnando questa attività all'Agenzia di Sanità Pubblica;

**CONSIDERATO** che il gruppo di lavoro appositamente costituito e coordinato dall'ASP, ha ultimato i lavori e prodotto il documento allegato al presente provvedimento, di cui fa parte integrante, su criteri appropriati per l'accesso relativi ai seguenti due livelli di assistenza riabilitativa ospedaliera:

**III livello, Unità ad Alta Specialità Riabilitativa che comprendono**

- Unità di Riabilitazione ad Alta Intensità (R.A.I.)
- Unità di Neuroriabilitazione ad Alta Specialità (cod.75)
- Unità Spinale (cod.28)
- Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva ( UDGEE)

**II livello, Unità Riabilitativa Intensiva, che comprendono**

- Lungodegenza ad Alta Intensità (LAI)
- Unità di Riabilitazione Intensiva (cod. 56)

**RITENUTO** che la definizione dei criteri clinici di accesso all'assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie, contenuti nel documento allegato al presente provvedimento, di cui fa parte integrante, rappresenti un primo elemento necessario e propedeutico ad un provvedimento regionale che individui una complessiva e più compiuta regolamentazione di questo delicato comparto assistenziale;

**PRESO ATTO** inoltre che,

- in tutte le strutture erogatrici della Regione Lazio è stata adottata la nuova scheda **RAD-R**, concepita e sviluppata per descrivere modalità di accesso, complessità clinica del paziente, livello di disabilità e tipologia dell'intervento riabilitativo,
- tale strumento consentirà la valutazione della corrispondenza fra i criteri di accesso appropriati e la condizione di disabilità riportata nella scheda sopraccitata ;

**RITENUTO** infine che la definizione dei criteri di accesso per l'attività di riabilitazione ospedaliera post-acuzie permetterà anche di incidere sulla qualificazione della spesa sanitaria attraverso lo sviluppo di un sistema di controllo sulla appropriatezza degli accessi e degli interventi riabilitativi;

**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:

-i "Criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post acuzie ospedaliera, con particolare riferimento alla attività di Day-Hospital", contenuti nel documento allegato al presente provvedimento, di cui fa parte integrante, elaborato dal Gruppo di lavoro appositamente costituito e coordinato dall'ASP , relativo all'appropriatezza degli accessi per le Unità di:

- Riabilitazione ad Alta Intensità (R.A.I.)
- Neuroriabilitazione ad Alta Specialità (cod.75)
- Unità Spinale (cod.28)
- Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva ( UDGEE)
- Lungodegenza ad Alta Intensità (LAI)
- Riabilitazione Intensiva (cod. 56)

-i criteri di accesso entreranno in vigore a far data dal 1 giugno 2007, per tutti i nuovi ricoveri nelle Unità di riabilitazione di cui trattasi,

-Il presente provvedimento sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

## **Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio (30 giugno 2006)**

### **Ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri**

#### **CRITERI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE OSPEDALIERA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'ATTIVITÀ DI DAY-HOSPITAL**

##### **Introduzione**

È difficile produrre una stima affidabile del bisogno di riabilitazione post-acuzie, in quanto i sistemi informativi correnti mancano di informazioni accurate che associno l'evento acuto con il grado di disabilità conseguente. Per alcune patologie ad alta predittività di disabilità e trattabili nella fase di post-acuzie in regime di ricovero è possibile effettuare delle stime del fabbisogno di riabilitazione. Fra queste si riporta una stima dei soggetti che nel 2005 sono stati ricoverati e dimessi vivi per ictus, frattura di femore e cardiopatia trattata con intervento chirurgico. Dei circa 7700 casi di ictus, 7200 fratture del femore e circa 4000 interventi complessi sul cuore (by-pass aorto-coronarico e interventi sulle valvole cardiache) la quasi totalità necessita di riabilitazione post-acuzie.

Il bisogno di assistenza riabilitativa in regime di ricovero, considerando solo queste tre patologie, riguarderebbe quasi 20.000 persone. A questa stima andrebbero aggiunti i casi di altre condizioni patologiche che potrebbero necessitare di interventi riabilitativi in regime di ricovero (presumibilmente alcune migliaia di casi) ma di difficile individuazione solo attraverso la classificazione nosologica registrata dalla SDO.

Fino al 2005 le informazioni sul ricovero in riabilitazione post-acuzie erano raccolte attraverso la scheda Rapporto Accettazione Dimissione (RAD) la quale, essendo stata sviluppata per i ricoveri acuti, non risultava adeguata a descrivere la complessità ed il livello di disabilità dei soggetti ricoverati in reparti di riabilitazione. Dal 1 gennaio 2006, la scheda RAD è stata sostituita dalla scheda RAD-Riabilitazione (RAD-R), concepita e sviluppata per descrivere le modalità di accesso, la complessità clinica del paziente, ivi incluso il livello di disabilità, e la tipologia dell'intervento riabilitativo. La disponibilità di tale strumento, potrà essere quindi utile per valutare la corrispondenza fra i criteri di accesso definiti nel documento e la condizioni di disabilità riportata nella scheda RAD-R.

Negli ultimi anni la domanda di riabilitazione in post-acuzie è costantemente aumentata: il tasso di ospedalizzazione è passato dal 1997 al 2005 da 2,6 a 5,0 per i maschi e da 3,9 a 6,3 per le femmine.

Nel periodo 1997-2005 si è registrato un progressivo aumento nel numero delle dimissioni; i ricoveri ordinari sono aumentati del 67% (da 19.173 a 32.074) e quelli diurni sono più che quadruplicati (da 4.112 a 17.584); inoltre, sul totale dei ricoveri, si osserva in proporzione un aumento del peso dei day hospital (dal 17,7% nel 1997 al 35, 4% nel 2005). Le giornate di degenza complessive per i ricoveri ordinari sono aumentate dal 1997 al 2005 di circa il 62%; il numero complessivo degli accessi in DH nello stesso periodo è invece aumentato di circa 8 volte (da 43.471 a 335.100).

L'aumentato ricorso all'ospedalizzazione in post-acuzie ha determinato un corrispondente incremento della spesa sanitaria regionale, in particolare per il regime di day-hospital.

Il percorso di cura di una persona con disabilità complessa passa attraverso un insieme di attività ed interventi assistenziali notevolmente differenziati, svolti in modo multidisciplinare integrato. Le aree che tale percorso può coprire sono differenti, molto spesso non integrate fra loro e afferenti ad ambiti diversi: pubblico, privato accreditato e totalmente privato.

All'interno del percorso riabilitativo, i reparti post-acuzie rappresentano un'area di particolare importanza per una presa in carico precoce di soggetti colpiti da evento traumatico e/o affetti da patologia acuta o riacutizzatasi di recente e che sono suscettibili di un recupero funzionale totale o parziale.

Il documento è stato elaborato avendo come riferimento un modello organizzativo per l'assistenza riabilitativa basato sul livello di disabilità piuttosto che sulla patologia causa di disabilità (ad esempio neurologica, respiratoria, osteomuscolare...). Inoltre si ispira a principi universalmente condivisi, anche se non sempre soddisfatti, di continuità, intensità assistenziale e tempestività di intervento. Le strutture coinvolte nel percorso di cura dovranno avere le seguenti responsabilità:

- classificare i pazienti in funzione del bisogno, utilizzando strumenti di valutazione standardizzati e validati;
- definire la necessità riabilitativa ed assistenziale dopo la fase acuta ed attivare le strutture dei diversi livelli della rete riabilitativa ospedaliera e territoriale, le strutture assistenziali e di riabilitazione sociale che potranno prendere in carico il paziente e la famiglia in riferimento alla scelta del percorso di cura.

I criteri clinici di accesso sono stati elaborati esclusivamente per i seguenti due livelli di assistenza riabilitativa ospedaliera:

- **III livello**, Unità ad Alta Specialità Riabilitativa (codice 28, 75 e RAI)
- **II livello**, Unità riabilitative Intensive (codice 56)

Non è stata quindi oggetto di interesse l'attività di riabilitazione Estensiva Residenziale, Semiresidenziale e Non Residenziale che nella Regione Lazio viene erogata da strutture extraospedaliere. Riguardo questo setting assistenziale si fa presente che per l'attività "non residenziale" la DGR n. 731/2005 ha approvato specifici criteri di accesso per un insieme rappresentativo di condizioni cliniche disabilitanti. Va inoltre sottolineato che il III livello proposto non corrisponde pienamente a quello indicato dalle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione" del 1998 (prevedeva le seguenti articolazioni organizzative per l'alta specialità riabilitativa: Unità Spinali Unipolari, Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici, Unità per le disabilità gravi in età evolutiva, Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite) ma si adatta maggiormente al modello organizzativo attualmente esistente nella Regione Lazio. Relativamente al percorso del paziente con lesione midollare, nel documento si fa riferimento esclusivamente ai criteri di accesso nelle Unità Spinali Unipolari, così come definite da documenti nazionali (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 3-06-2004) che regionali (DGR n. 424 del 14 luglio 2006).

## 1. Alta Specialità Riabilitativa

Le strutture ad Alta Specialità Riabilitativa sono deputate ad accogliere pazienti ad elevato impegno assistenziale che presentano un alto rischio di instabilità medica, e necessitano di un regolare contatto con medici specialisti per la valutazione, pianificazione e controllo degli interventi riabilitativi, nonché multiple e complesse necessità di nursing riabilitativo ad alta intensità di cura.

Questi pazienti, data la complessità del fabbisogno valutativo, terapeutico ed assistenziale riabilitativo, devono essere accolti, all'uscita dai reparti di Terapia Intensiva, in strutture specifiche quali:

- Unità di Riabilitazione ad Alta Intensità - **convenzione RAI**
- Unità di Neuroriabilitazione ad alta specialità - **codice 75**
- Unità Spinali - **codice 28**
- Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva - **UDGEE**

Non è stata individuata, come previsto dalla Linee Guida nazionali, una tipologia di reparto specifica per la cura di pazienti con postumi di "grave cerebrolesione acquisita" (GCA); è stata invece definita una Riabilitazione ad Alta Intensità (RAI), riferita a specifiche caratteristiche cliniche di tali pazienti e non ad una tipologia di reparto loro dedicata; alcune strutture di riabilitazione sono state autorizzate a

trattare questa tipologia di pazienti, utilizzando i così detti “posti letto in convenzione RAP” (DGR n. 6028/1999, n. 161/2001, n. 695/2002, n. 161/2005).

Si ritiene auspicabile che anche nel Lazio si definiscano reparti di riabilitazione di III livello specifici per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite, poiché questo gruppo di condizioni patologiche determinano disabilità che necessitano di una elevata attività assistenziale, di setting organizzativi e terapeutici omogenei, che deve essere erogata in continuità con la fase acuta rianimatoria. In questi reparti dovranno essere ricoverati pazienti con un danno cerebrale, dovuto a trauma cranioencefalico o ad altre cause quali eventi vascolari, ischemici od emorragici, anossia cerebrale, tali da determinare nella fase acuta una condizione di coma, anche protratto nel tempo, nonché menomazioni a livello sensoriale, motorio, cognitivo e comportamentale, che comportano disabilità grave.

Alla luce di questa premessa sono di seguito descritte le tipologie di riabilitazione ospedaliera per l'alta specialità riabilitativa, come sopra definite.

## 1.1 Riabilitazione ad Alta Intensità - convenzione RAI

Destinata all'assistenza di pazienti in stato vegetativo o Stato di Minima Coscienza (MCS) da grave cerebrolesione acquisita con potenzialità di recupero: sono, pertanto, escluse le forme degenerative.

Gli interventi per pazienti RAI sono focalizzate alla definitiva stabilizzazione internistica (equilibrio metabolico-nutrizionale, cardiocircolatorio, respiratorio, risoluzione delle complicanze intercorrenti), al ripristino della autonomia nelle funzioni vitali di base e al trattamento iniziale delle principali menomazioni invalidanti.

### Criteria d'ammissione:

- Provenienza da U.O.C. di Rianimazione, Terapia Intensiva, Neurochirurgia
- Stato di coma Grave, GCS < 8 in fase acuta
- Durata del coma  $\geq$  7 giorni
- Scale di valutazione:
  - GOS : 2-3
  - LCF : 1 - 4
  - DRS :  $\geq$  17
- Respiro spontaneo > 72 ore (anche se con O2 terapia).
- Latenza dall'evento acuto  $\leq$  due mesi, .
- Latenza dall'evento acuto > ai due mesi se intervenuti interventi di chirurgia o se è stato necessario stabilizzare il quadro clinico o se trattasi di un nuovo ricovero dopo trasferimento in acuzie

### Criteria specifici di esclusione all'ingresso in RAI, soprattutto per il trasferimento in sicurezza dalle Rianimazioni o Terapie Intensive:

- Eziopatogenesi degenerativa
- Presenza di insufficienza acuta d'organo (es. Insufficienza Respiratoria Acuta o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano
- Respiro spontaneo da < 72 ore
- Grave instabilità clinica tale da necessitare di terapia intensiva
- Ipertermia subcontinua o infezioni resistenti ad antibiotico terapia mirata
- Presenza di gravi traumatismi- fratture della colonna da trattare chirurgicamente e che siano a rischio di lesioni midollari durante la normale mobilizzazione del paziente (posizionamento in carrozzina, spostamenti per le normali cure igieniche ecc.)
- Presenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica
- Presenza di processo espansivo alla TC e di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi
- Presenza di ernie cerebrali e cerebellari
- Presenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.)
- Presenza di malformazioni artero-venose non stabilizzate chirurgicamente o in pericolo di sanguinamento primitivo e/o secondario verificato attraverso tecniche appropriate (Angio RMN, Angiografia, ecc)
- Aver già avuto un ricovero in RAI per i postumi dello stesso evento acuto
- Stato di male epilettico
- Idrocefalo iperteso

### Non vengono considerati criteri d'esclusione:

- Presenza di politraumatismi associati

- Presenza di cannula tracheostomica
- Presenza di nutrizione artificiale parenterale e/o enterale (sondino nasogastrico, gastrostomia, ecc.)
- Crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia, purché non determinate da processi espansivi.
- Stato iper/ipotensivo non completamente controllato dalla terapia
- Stato di diverse combinazioni di menomazioni fisiche, anche esito di pregresse patologie disabilitanti
- Sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (critical illness polineuropathy))
- Spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti anti-spastici
- Agitazione psicomotoria grave, atteggiamento aggressivo, mutismo acinetico o inerzia grave

## 1.2 Unità di Neuroriabilitazione ad alta specialità - codice 75

Destinata all'assistenza di pazienti con postumi di gravi cerebrolesioni, ivi comprese le forme degenerative complesse e le complicanze a carico del SNC in corso di malattie neoplastiche e metaboliche.

Gli interventi nelle Unità di neuroriabilitazione sono focalizzate alla definitiva stabilizzazione internistica (equilibrio metabolico-nutrizionale, cardiocircolatorio, respiratorio, risoluzione delle complicanze intercorrenti), al ripristino della autonomia nelle funzioni vitali di base e al trattamento delle principali menomazioni invalidanti.

### **Criteri d'ammissione:**

- Provenienza da U.O.C. di Rianimazione, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Stroke Unit, Neurologia, Medicina, Astanteria o dal domicilio in caso di patologie cronico-degenerative quali Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson in condizioni cliniche severe che rispettano i criteri sotto riportati
- Scale di valutazione:
  - **GOS** : 3-4
  - **LCF** : 4-6
  - **DRS** : 12 - 21
  - **Barthel Index** : 0 -10
- Respiro spontaneo >72 ore (anche se con O2 terapia).
- Latenza dall'evento acuto < 1 mese.
- Latenza dall'evento acuto > 1 mese se sottoposto a interventi chirurgici o se è stato necessario stabilizzare il quadro clinico o se trattasi di un nuovo ricovero dopo trasferimento in acuzie

### **Criteri specifici di esclusione all'ingresso in codice 75, soprattutto per il trasferimento in sicurezza dalle Rianimazioni o Terapie Intensive:**

- Presenza di insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano
- Respiro spontaneo da <72 ore
- Grave instabilità clinica tale da necessitare Terapia Intensiva
- Presenza di gravi traumatismi - fratture della colonna da trattare chirurgicamente e che siano a rischio di lesioni midollari durante la normale mobilizzazione del paziente (posizionamento in carrozzina, spostamenti per le normali cure igieniche ecc.)



- Presenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica
- Presenza di processo espansivo alla TC e di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi
- Presenza di ernie cerebrali e cerebellari
- Presenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.)
- Presenza di malformazioni artero-venose non stabilizzate chirurgicamente o in pericolo di sanguinamento primitivo e/o secondario verificato attraverso tecniche appropriate (Angio RMN, Angiografia, ecc)
- Aver già avuto un ricovero in neuroriabilitazione codice 75 per i postumi dello stesso evento acuto

**Non vengono considerati criteri d'esclusione:**

- Presenza di cannula tracheostomica
- Presenza di nutrizione artificiale parenterale e/o enterale (sondino nasogastrico, gastrostomia, ecc.)
- Presenza di politraumatismi associati
- Stato di diverse combinazioni di menomazioni fisiche, anche esito di pregresse patologie disabilitanti.
- Crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia purché non determinate da processi espansivi.
- Stato iper/ipotensivo non completamente controllato dalla terapia

### **1.3 Unità Spinale Unipolare - codice 28**

L'Unità spinale è espressamente destinata all'assistenza di pazienti con:

- 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;
- gravi complicanze, quale esito di lesione midollare che, per la gravità e la complessità della gestione clinica e diagnostica, non possono essere gestite adeguatamente e con sicurezza in regime ambulatoriale o di day hospital (es. forme di insufficienza respiratoria acuta in tetraplegici, lesioni da pressione che necessitano di intervento di chirurgia plastica, grave spasticità e/o dolore neuropatico incoercibile che necessitano di impianto di un sistema infusione intratecale, gravi problematiche vescico-sfinteriche che richiedono interventi di chirurgia urologia, Para-osteo-artropatia neurogena da trattare chirurgicamente, Trombosi venose profonde, Siringomielia);
- necessità di valutazioni clinico-diagnostiche di follow-up, ai fini della prevenzione di gravi complicanze e che, per la gravità e complessità del quadro clinico non possono essere seguite in regime ambulatoriale o di day hospital (es. valutazione del quadro respiratorio in persone con supporto ventilatorio meccanico, valutazione della tracheotomia in fibrolaringoscopia, valutazione endoscopica della vescica neurologica e/o trattamento con tossina botulinica dell'iperattività detrusoriale, disturbi dell'alvo neurogeno);

**Criteri d'ammissione:**

- Provenienza da U.O.C. di Rianimazione, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Ortopedia-Chirurgia Vertebrale o, per le forme non traumatiche, U.O.C. di Neurologia, Oncologia, Malattie Infettive, Medicina, etc.
- Scale di valutazione:
  - **SCIM:** Tetraplegici: 0-10  
Paraplegici: 0-14

- Respiro spontaneo >72 ore (anche se con Tracheostomia e O<sub>2</sub> terapia), oppure ventilazione meccanica invasiva o non invasiva con utilizzo di apparecchi di tipo domiciliare.
- Latenza dall'evento acuto < 1 mese, a meno che non sia stato necessario prolungare il periodo di permanenza nei reparti di emergenza per l'instabilità delle condizioni cliniche.
- Latenza dall'evento acuto > 1 mese, se intervenuti interventi chirurgici/persistenza di instabilità clinica

**N.B.** durante tutto il periodo di permanenza nelle UOC di Emergenza (Es. Rianimazione, Terapia Intensiva) deve essere garantito l'intervento dell'équipe dell'Unità Spinale, al fine di evitare l'insorgenza di gravi complicanze (respiratorie, cutanee, cardio-vascolari, etc) e consentire la precoce definizione del progetto riabilitativo.

**Criteri specifici di esclusione all'ingresso in Unità Spinale, soprattutto per il trasferimento in sicurezza dalle Rianimazioni o Terapie Intensiva:**

- Presenza di insufficienza acuta d'organo (es. insufficienza respiratoria acuta, embolia polmonare in atto) o multiorgano
- Respiro spontaneo da <72 ore o in ventilazione meccanica invasiva o non invasiva
- Grave instabilità clinica tale da necessitare ricovero in terapia intensiva
- Quadri associati di grave cerebrolesione, in cui il problema cerebrale e cognitivo-comportamentale è prevalente rispetto alla lesione midollare, lo stato di responsività è molto limitato e la collaboratività del paziente è così limitata da non consentire di definire un progetto riabilitativo
- gravi patologie neurodegenerative nelle quali il quadro clinico non consente l'attuazione di un progetto riabilitativo specifico di struttura

**Non vengono considerati criteri d'esclusione:**

- Utilizzo di apparecchi per la ventilazione meccanica invasiva e non invasiva
- Necessità di monitoraggio e trattamento di tipo sub-intensivo
- Stato settico
- Presenza di cannula tracheostomica
- Presenza di catetere sovrapubico
- Presenza di catetere venoso centrale
- Necessità di infusione di sostanze (es. dopamina) per problematiche cardiovascolari (bradicardia, ipotensione)
- Instabilità alla termoregolazione
- Presenza di trombosi venosa profonda
- Presenza di nutrizione artificiale, parenterale ed enterale (sondino nasogastrico o gastrostomia per cutanea, etc.)
- Presenza di politraumatismi associati, senza segni di instabilità clinica
- Presenza di fratture della colonna da trattare chirurgicamente, senza la presenza di gravi condizioni cliniche, che richiedano il ricovero in Rianimazione e/o terapia intensiva
- Para-osteo-artropatia neurogena

## **1.4 Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva – UDGEE**

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva 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 (Linne Guida Mds 1998).

Dalla nascita ai 18 anni possono essere definite due principali tipologie di interventi riabilitativi, anche se a tutt'oggi formalmente non riconosciute. La prima destinata a pazienti 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 pazienti affetti da severi e molteplici deficit secondari a patologie genetiche, connatali o acquisite, ma in condizioni cliniche sufficientemente stabilizzate.

In entrambi i casi l'età evolutiva rappresenta una importante condizione di aggravamento e complessità dell'impegno assistenziale e clinico-riabilitativo, in relazione all'immatunità complessiva ed

in special modo a quella del sistema nervoso, ed al rischio di uno sviluppo patologico in ambito somatico, motorio, sensoriale, cognitivo e psicologico.

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, considerando le complessità tipiche dell'età evolutiva e delle dinamiche affettive parentali, 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.

**Criteri d'ammissione:**

- 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
- Necessità di effettuare un *follow-up* periodico delle caratteristiche clinico-riabilitative in relazione all'adeguamento del progetto e del programma riabilitativo
- Interventi terapeutici farmacologici controllati e loro adeguamento in pazienti con significativo rischio clinico (tossina botulinica, regolazioni delle pompe di Baclofen, etc.)
- Espletamento di indagini con metodologie e/o strumenti ad alta tecnologia (RMN, TAC, Gait Analysis, indagini neurofisiologiche, valutazioni neuropsicologiche, etc.) 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).

## 2. Riabilitazione Intensiva

Le strutture di Riabilitazione intensiva sono deputate ad accogliere pazienti a medio impegno assistenziale con moderati rischi di instabilità medica e che hanno la necessità di un regolare contatto individuale con medici specialisti per la valutazione, l'erogazione ed il controllo degli interventi riabilitativi, nonché multiple necessità di nursing riabilitativo intensivo.

Questi pazienti devono essere accolti, all'uscita dalle U.O. di prima accoglienza, in apposite strutture, dedicate al trattamento specifico di postumi di patologie, quali:

- Lungodegenza ad Alta Intensità – LAI
- Unità di Riabilitazione Intensiva – codice 56

### 2.1 Lungodegenza ad Alta Intensità – LAI

Tali strutture di riabilitazione sono finalizzate al trattamento di pazienti affetti dagli esiti di gravi encefalopatie acquisite, sia traumatiche che non, rappresentati da menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali stabilizzate che, dopo un periodo di ricovero in U.O.C. di RAI, Rianimazione, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Stoke Unit, Neurologia, Neuroriabilitazione ad alta intensità necessitano di:

- attività assistenziale (medica, infermieristica, fisioterapica, logopedica) finalizzata al mantenimento delle condizioni di recupero funzionale acquisite nelle Unità RAI ed in Neuroriabilitazione ad alta intensità
- programmazione, da parte dell'equipe medico-specialistica, dell'intervento riabilitativo eventualmente coadiuvato dai parenti ove presenti, che, con stimoli familiari al Paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno

#### Criteri di ammissione:

- Provenienza da U.O.C. di RAI, Rianimazione, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Neuroriabilitazione ad alta intensità
- Scale di valutazione:
  - GOS: 2-3
  - LCF: 2-4
  - DRS:  $\geq 17$
- Respiro spontaneo > 72 ore (anche se con O<sub>2</sub> terapia).
- Latenza dall'evento acuto anche > sei mesi

#### Criteri specifici *di esclusione* all'ingresso in LAI, soprattutto per il trasferimento in sicurezza dalle Rianimazioni o Terapie Intensive:

- Eziopatogenesi degenerativa
- Presenza di insufficienza acuta d'organo (es. Insufficienza respiratoria acuta o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano
- Respiro spontaneo da < 72 ore
- Grave instabilità clinica tale da necessitare di terapia intensiva
- Presenza di gravi traumatismi/fratture della colonna da trattare chirurgicamente e che siano a rischio di lesioni midollari durante la normale mobilizzazione del paziente (posizionamento in carrozzina, spostamenti per le normali cure igieniche ecc.)
- Presenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica
- Presenza di processo espansivo alla TC e di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi

- Presenza di ernie cerebrali e cerebellari
- Presenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.)
- Presenza di malformazioni artero-venose non stabilizzate chirurgicamente o in pericolo di sanguinamento primitivo e/o secondario verificato attraverso tecniche appropriate (Angio RMN, Angiografia, ecc)

**Non vengono considerati criteri d'esclusione:**

- Presenza di politraumatismi associati
- Presenza di cannula tracheostomica
- Presenza di nutrizione artificiale parenterale e/o enterale (sondino nasogastrico, gastrostomia, ecc.)
- Crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia purché non determinate da processi espansivi.
- Stato iper/ipotensivo non completamente controllato dalla terapia
- Stato di diverse combinazioni di menomazioni fisiche, anche esito di pregresse patologie disabilitanti
- Sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (critical illness polineuropathy)
- Spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti anti-spastici

## **2.1 Unità di Riabilitazione Intensiva - Codice 56**

Tali strutture di riabilitazione erogano interventi riabilitativi a pazienti con menomazioni e disabilità complesse che richiedono, in ragione della gravità e della scarsa autonomia, programmi di riabilitazione intensiva (3 ore/die) in regime di ricovero.

Sono perciò rivolte a pazienti affetti da patologie neurologiche con postumi non ancora stabilizzati, cardiologiche, respiratorie e da patologie ortopediche post-chirurgiche.

Le strutture individuate con codice 56 necessitano, per la specificità del singolo orientamento, di un approccio multidisciplinare e/o di consulenza di altri specialisti.

Nell'ambito del ricovero devono essere previste valutazioni multidisciplinari per la scelta di dispositivi medici (ausili, presidi ed ortesi) e dell'iter riabilitativo, specifici per ogni singolo paziente.

**Criteri di ammissione:**

- Provenienza da reparti per acuti per un evento non antecedente a 30 gg., salvo interventi chirurgici/eventi acuti intercorsi, ovvero provenienza dal domicilio se l'intervento riabilitativo è stato procrastinato per motivi clinici dal reparto per acuti di dimissione.
- Scale di valutazione:
  - **GOS:** 3-4 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - **LCF:** > 5 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - **DRS:** 12 -21 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - **Barthel index :** 10 – 49
  - **MMS:** >11
  - **6MWT:** ≤ 300 mt
  - **Scala di Borg:** > 6
- Presenza di diverse combinazioni di menomazioni fisiche ed a rischio di instabilità clinica che necessitano ancora di assistenza ospedaliera
- Cannula tracheostomica
- Nutrizione artificiale enterale con sondino nasogastrico o gastrostomia
- Lesioni da decubito
- Crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia

**Criteri di esclusione:**

- Demenze o gravi deficit cognitivi-comportamentali preesistenti all'evento acuto
- Condizioni cliniche ad alto rischio d'instabilità
- Necessità di monitoraggio e trattamento di terapie intensive
- Siano programmati interventi chirurgici urgenti per:
  - a) Presenza di processo espansivo alla TC
  - b) Presenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.)
  - c) interventi di elezione per chirurgia generale e/o ortopedica
- Necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per non avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria
- Presenza di gravi aritmie parossistiche o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
- Respiro spontaneo da < 4 giorni
- Presenza d'insufficienza acuta d'organo (es. Insufficienza respiratoria acuta o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano
- Stato settico grave
- Bisogno di nutrizione parenterale previsto entro 7-10 giorni
- Ventilazione meccanica invasiva

**Non rappresentano criteri d'esclusione:**

- Stato di rischio di instabilità clinica
- Stato di confusione con disorientamento T-S e lacune mnesiche
- Stato d'inerzia o di agitazione
- Stato di diverse combinazioni di menomazioni fisiche, anche esito di pregresse patologie disabilitanti
- Catetere vescicale o condom
- Mancato controllo bisfinteriale
- Tracheostomia
- Para-osteo-artropatia
- Disfagia
- Ossigenoterapia a lungo termine



### 3. Day hospital riabilitativo

L'assistenza in regime di day hospital è finalizzata a consentire l'erogazione di prestazioni clinico-diagnostico-terapeutiche di tipo intensivo multiprofessionali (ivi compresa l'assistenza infermieristica mirata alla gestione di cannule tracheostomiche, PEG, lesioni da decubito, etc.) e plurispecialistiche a pazienti che pur non necessitando di assistenza sanitaria continuativa nelle 24 ore, richiedono sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta e continuativa nell'arco della giornata; il ricovero diurno non è giustificato, pertanto, quando si configura come sola integrazione nella stessa giornata di più procedure diagnostiche; la definizione degli obiettivi della terapia, la stesura del programma riabilitativo e gli indicatori di risultato sono elementi qualificanti dell'appropriatezza del ricovero.

L'utilizzo dei posti letto di day hospital nella regione Lazio è oggi prevalentemente indirizzato verso l'erogazione di prestazioni per un livello assistenziale di riabilitazione intensiva (codice 56).

Ciò premesso si ritiene necessario articolare le prestazioni di day hospital nei livelli di "alta intensità" e "riabilitazione intensiva".

Pertanto è indispensabile prevedere la rimodulazione, sia in termini organizzativi/gestionali che finanziari, dell'attuale dotazione di posti letto della regione Lazio, non incrementando l'attuale offerta e senza ulteriore impegno di risorse.

#### 3.1 Day Hospital Unità Spinale (codice 28)

L'assistenza in regime di Day Hospital nell'Unità Spinale è finalizzata a consentire l'erogazione di prestazioni clinico-diagnostico-terapeutiche di tipo intensivo a favore di persone con lesione midollare che, per la complessità clinica del caso, per l'approccio multiprofessionale, interprofessionale e plurispecialistico richiesto, per l'elevata complessità organizzativa e per l'impegno degli operatori coinvolti, non possono essere effettuate in regime ambulatoriale. Ad esempio: indagini strumentali e di laboratorio, utilizzo di apparecchiature e strumentazioni di valutazione e training terapeutico, valutazione funzionalità respiratoria, terapia conservativa delle lesioni cutanee da pressione, ricarica di sistema infusionale intratecale per grave spasticità e/o dolore, diagnostica e terapia neurolologica, valutazione neurofisiologica, valutazione posturale e scelta ausili, etc.

##### **Criteri di ammissione:**

- Provenienza da reparti codice 28 o da domicilio
- Quadro clinico stabile in misura tale da non necessitare di assistenza medica 24/24 h
- Necessità di monitoraggio diagnostico-terapeutico periodico durante l'iter riabilitativo
- Necessità di proseguimento e raggiungimento degli obiettivi riabilitativi iniziati nella fase di riabilitazione intensiva (training riabilitativo del cammino, fisioterapia respiratoria, riabilitazione neuromotoria)
- Prevenzione e trattamento delle complicazioni vescico-renali, polmonari, cutanee, cardiovascolari, osteoarticolari, neurologiche, etc.

##### **Rappresentano criteri di esclusione al ricovero in day hospital riabilitativo:**

- Instabilità parametri vitali
- Trombosi venosa profonda in fase acuta
- Patologie infettive sistemiche in atto
- Instabilità alla termoregolazione
- Indicazioni chirurgiche urgenti

**Non rappresentano criteri d'esclusione:**

- Stato di rischio di instabilità clinica.
- Catetere vescicale a dimora, sovrapubico o condom
- Incontinenza urinaria e/o fecale
- Tracheostomia
- Para-oste-ortropatia
- Disfagia
- Stenosi respiratorie di grado lieve
- Ventilazione meccanica assistita di tipo domiciliare
- Decubiti III-IV stadio

**3.2 Day Hospital Unità di Neuroriabilitazione ad alta specialità (codice 75)**

L'assistenza in day hospital è destinata a soggetti con disabilità di grado elevato che, pur in presenza di postumi che necessitano di trattamento riabilitativo intensivo, traggono maggiore giovamento dal ritorno precoce nel proprio ambiente di vita e debbono essere avviati in sicurezza a programmi riabilitativi omnicomprensivi. L'assistenza ha un approccio poliarticolato, multiprofessionale e plurispecialistico, comprese le indagini strumentali, di laboratorio e l'utilizzo di apparecchiature e strumentazioni di valutazione e training terapeutico.

**Criteri di ammissione:**

- Provenienza da reparti codice 75 e/o RAI e/o reparti per le Gravi disabilità dell'età evolutiva
- Scale di valutazione:
  - **GOS:** 3-4 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - **DRS:** 7-16 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - **LCF:** 5-8 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - **Barthel index:** 10 - 49
- Quadro clinico stabile in misura tale da non necessitare di assistenza medica 24/ 24 h
- Necessità di monitoraggio diagnostico-terapeutico periodico durante l'iter riabilitativo
- Necessità di proseguimento e raggiungimento degli obiettivi riabilitativi iniziati nella fase di riabilitazione intensiva (riabilitazione del linguaggio, training per la disfagia, riabilitazione dei disturbi cognitivi, riabilitazione neuromotoria).

**Rappresentano criteri di esclusione al ricovero in day hospital riabilitativo:**

- Instabilità parametri vitali
- Trombosi venosa profonda in fase acuta
- Patologie infettive in atto
- Instabilità alla termoregolazione
- Stato di agitazione psico-motoria grave
- Indicazioni chirurgiche urgenti
- Crisi epilettiche ricorrenti e subentranti farmacoresistenti
- Decubiti III-IV stadio estesi e multipli

**Non rappresentano criteri d'esclusione:**

- Stato di rischio lieve di instabilità clinica.
- Stato di confusione con disorientamento temporo spaziale e lacune mnesiche
- Stato d'inerzia o di agitazione

- Stato di diverse combinazioni di menomazioni fisiche, anche esito di pregresse patologie disabilitanti
- Catetere vescicale o condom
- Mancato controllo bisfinteriale
- Tracheostomia
- Para-osteo-artropatia
- Disfagia
- Stenosi respiratorie di grado lieve non in ventilazione meccanica
- Decubiti III-IV stadio detersi, in fase di granulazione, non estesi oltre 8 cm, non più di tre lesioni

### 3.3 Day Hospital Riabilitazione Intensiva (codice 56)

L'assistenza in day hospital riabilitativo è destinata a soggetti con disabilità di grado medio per i quali hanno inizio gli interventi volti al graduale reinserimento in ambiente extraospedaliero (domicilio, strutture protette, Residenze Sanitarie Assistenziali). Gli interventi sono orientati al recupero dell'autonomia nelle cosiddette attività «elaborate» o «complesse» della vita quotidiana e alla gestione delle problematiche disabilitanti a medio termine, al proseguimento del progetto riabilitativo e agli eventuali studi di dispositivi per progettare l'autonomia a breve o lungo termine. L'attenzione si sposta gradualmente dal recupero intrinseco a quello estrinseco, cioè all'apprendimento di nuove strategie necessarie per effettuare le attività che non possono essere più svolte come prima a causa di menomazioni non emendabili. L'assistenza riabilitativa intensiva ha un approccio poliarticolato multiprofessionale e plurispecialistico, comprese le indagini strumentali, di laboratorio e l'utilizzo di apparecchiature e strumentazioni di valutazione e training terapeutico. E' appropriato, inoltre, il ricovero in day hospital di pazienti affetti da patologia cronico-degenerativa ingravescente riacutizzata, provenienti dal domicilio, fatti salvi i criteri indicati.

#### Criteri di ammissione:

- Provenienza da reparti codice 56 e/o 75 e/o reparti per le Gravi disabilità dell'età evolutiva, domicilio
- Scale di valutazione:
  - GOS : 3-4 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - DRS : 4- 16 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - LCF: 5-8 (solo in caso di menomazioni neurologiche)
  - Barthel index: 50 – 74
  - MMS: 21 – 30
  - 6MWT: > 300 mt
  - Scala di Borg: < 6
- Necessità di addestramento alle attività della vita quotidiana, al reinserimento sociale, lavorativo o scolastico.

#### Rappresentano criteri di esclusione al ricovero in day hospital riabilitativo:

- Instabilità parametri vitali
- Stato d'insufficienza respiratoria acuta
- Trombosi venosa profonda in fase acuta
- Patologie infettive sistemiche in atto
- Instabilità nella termoregolazione
- Indicazioni chirurgiche urgenti

- Crisi epilettiche ricorrenti e subentranti farmacoresistenti
- Tracheostomia
- Disfagia
- Stenosi respiratorie di grado lieve non in ventilazione meccanica
- Decubiti III-IV stadio (estesi e multipli)
- Demenza

**Non rappresentano criteri d'esclusione:**

- Stato di rischio lieve di instabilità clinica.
- Stato di confusione con disorientamento temporo spaziale e lacune mnesiche
- Stato di diverse combinazioni di menomazioni fisiche, anche esito di pregresse patologie disabilitanti
- Catetere vescicale o condom
- Mancato controllo bisfinteriale
- Para-osteo-artropatia
- Ossigenoterapia a lungo termine
- Decubiti III-IV stadio detersi, in fase di granulazione, non estesi oltre 8 cm, non più di tre lesioni

### **3.4 Day Hospital Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (UDGEE)**

Il ricovero diurno in UDGEE è indicato per pazienti con patologie complesse, con disabilità multiple e che interessano vari organi ed apparati, che richiedono una valutazione clinico-riabilitativa multidisciplinare, un progetto terapeutico individualizzato, un trattamento riabilitativo intensivo, ma che presentano condizioni cliniche non vincolanti ad una degenza ordinaria.

#### **Criteri di ammissione:**

- Presenza di problemi clinico-riabilitativi molteplici e complessi che richiedono una esplorazione ed un trattamento interdisciplinari
- Necessità di effettuare un *follow-up* periodico delle caratteristiche clinico-riabilitative in relazione all'adeguamento del progetto e del programma riabilitativo
- Espletamento di indagini clinico-funzionali per finalità diagnostiche, prognostiche e riabilitative con attrezzature e metodologie complesse (Gait Analysis, indagini neurofisiologiche, valutazioni neuropsicologiche, etc.)
- Interventi terapeutici farmacologici controllati (tossina botulinica, regolazioni delle pompe di Baclofen, etc.)
- Interventi sulle dinamiche psicologiche e relazionali del bambino in trattamento riabilitativo e la sua famiglia, non sostenibili in ambulatorio
- Necessità di progettazione, collaudo, addestramento all'uso e revisione di ausili, ortesi e protesi personalizzate.

## Bibliografia

- *Progetto HELIOS II*, Progetto Unione Europea 1994-1996
- Provvedimento del 7 maggio 1998, *Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione*, Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30-5-1998
- Decreto Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*, suppl. ord. n. 201 alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10-12-1998
- Delibera Consiglio Regionale Emilia-Romagna n.1235/99, *Piano Sanitario Regionale 1999-2001*
- Delibera Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 327 del 23 febbraio 2004 e n. 23 del 17 gennaio 2005, *Requisiti specifici per l'accreditamento*
- Conferenza nazionale di consenso, Modena 20-21 giugno 2000, *Riabilitazione dei traumatizzati cranioencefalici e delle gravi cerebrolesioni*
- Conferenza nazionale di consenso, Verona 10-11 giugno 2005, *Riabilitazione Gravi Cerebrolesioni Acquisite*
- Accordo 4 aprile 2002, *Schema di accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome concernente «Linee-guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni»*, Gazzetta Ufficiale n. 146 del 24-6-2002
- Accordo 29 aprile 2004, *Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Linee-guida per le unità spinali unipolari»*, Gazzetta Ufficiale n. 128 del 3-06-2004
- Delibera Giunta Regionale Friuli Venezia Giulia n. 606 del 24-3-2005, *Piano regionale della riabilitazione. Per una continuità assistenziale nelle fasi di acuzie, post-acuzie e cronicità*
- Delibera Giunta Regionale Lazio n. 143 del 22-3-2006, *Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale*
- Delibera Giunta Regionale Lazio n. 424 del 14-7-2006, *Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie*  
Accordo 29 aprile 2004, *Linee guida per le unità spinali unipolari*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 maggio 2007, n. 335.

Approvazione criteri, procedure e avviso pubblico per l'individuazione delle organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale per la designazione dei rappresentanti del Consiglio regionale dell'economia e del lavoro (CREL) (ex art. 2, comma 1, lettere g), h), i), l), m), n), della legge regionale 13/2006.

## LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore agli Affari Istituzionali, Enti Locali - Sicurezza.

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 di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale del 6 settembre 2002, n. 1 e successive modificazioni;

VISTA la legge regionale 23 ottobre 2006, n. 13, concernente l'istituzione e la disciplina del Consiglio regionale dell'economia e del lavoro (CREL);

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*), che all'articolo 42 e seguenti, disciplina le modalità ed i criteri per la misurazione della rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione collettiva;

CONSIDERATO: che a norma del disposto dell'art. 2, comma 1, lettere g), h), i), l), m), n), della legge regionale 23 ottobre 2006, n. 13, per la composizione del CREL, occorre procedere alla designazione dei rappresentanti delle organizzazioni maggiormente rappresentative, individuate con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di Affari Istituzionali, relativamente: alle "persone con diverse abilità", alle "organizzazioni per la prevenzione e la lotta al racket e all'usura", all'"imprenditoria regionale", all'"artigianato", alle "cooperative di produzione e consumo", alle "organizzazioni sindacali delle lavoratrici e dei lavoratori";

che si rende necessario definire puntualmente i criteri da osservare per l'individuazione delle suddette organizzazioni maggiormente rappresentative e che, a tal fine, possono essere assunti i criteri previsti dalla legge 30 dicembre 1986, n. 936, sulla composizione del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL) e dal d.lgs 165/2001, con riferimento ai seguenti elementi valutativi del grado di rappresentatività configurati: 1) dall'ampiezza e dalla diffusione delle strutture organizzative; 2) dalla consistenza numerica; 3) dalla partecipazione effettiva alla formazione e alla stipulazione dei contratti o accordi collettivi di lavoro e alle composizioni delle