

# Neuroriabilitazione: aspetti normativi



**SANTA LUCIA**  
NEUROSCIENZE  
E RIABILITAZIONE

**ANTONINO SALVIA**  
Direttore sanitario

26 ottobre 2018



*Convegno satellite SIN  
e Convegno regionale SIN-SNO del Lazio  
Quarta edizione*

Centro Congressi Fondazione Santa Lucia IRCCS  
Via Ardeatina, 354  
Roma, 26 ottobre 2018

Decreto Ministro della Sanità 29 gennaio 1992 «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità». G. U. n. 26 del 01/02/1992

L'allegato A chiarisce che l'alta specialità neuroriabilitativa è rivolta alla riabilitazione di:

- **paratetraplegie acute;**
- **coma apallico;**
- **cerebrolesioni vascolari e traumatiche (ictus ischemici o emorragici).**

L'allegato B stabilisce che:

- **Modulo ottimale: 50 posti letto;**
- **Reparto di degenza: 20 mq per ciascun letto;**
- **Spazi di riabilitazione: 20 mq per ciascun letto.**



Conferenza Stato-Regioni. Provvedimento 7 maggio 1998, «Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione». G.U. n. 124 del 30/5/1998.

Punto 2.3.4.2.

...

**L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici** è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura) **E/O** caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e **che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.**



Conferenza Stato-Regioni. «Piano d'indirizzo per la riabilitazione». (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011). Suppl. ordinario n. 60 G.U. n. 50 del 20/03/2011

## Strutture partecipanti al percorso riabilitativo

### 1) Riabilitazione intensiva (ospedaliera)

- alta specializzazione (DM 29/1/1992):
  - mielolesioni → unità spinali
  - gravi cerebrolesioni acquisite
  - gravi traumi encefalici
  - disabilità gravi età evolutiva
  - unità turbe neuropsicologiche
- riabilitazione cod. 56:
  - unità per gravi patologie respiratorie
  - unità per gravi patologie cardiache

### 2) Riabilitazione estensiva (ospedaliera ed extraospedaliera)

### 3) Riabilitazione di mantenimento:

- ambulatorio
- domicilio
- Residenza Sanitaria Assistenziale
- Attività Fisica Adattata



MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.”, G.U. 127 del 04/06/2015.

**2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di **lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti**, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui **almeno 0,2 per la lungodegenza**. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, **comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.****



**1216 posti letto in Italia**



## Sentenza TAR Lazio n. 7006 14/06/2017



«Il Collegio osserva, tuttavia, che il contestato **critério nazionale di 0,02 posti letto per mille abitanti** risulta sempre inferiore, e alcune volte anche pari alla metà, agli indici delle altre regioni, per cui, ne consegue, che **la scelta di tale critério avente valenza nazionale risulta non logicamente coerente con le suddette risultanze istruttorie.**

...

**Ciò premesso, il proposto gravame deve essere accolto.»**





**MEMORIA DI REPLICA - del 17.05.2018**



**Il Ministero della Salute,**



**CONTRO**



**Istituto di ricovero e cura a carattere  
scientifico Fondazione Santa Lucia**



Prima di tutto, occorre considerare che patologie quali quelle richiamate *ex adverso* (ictus cerebrale, sclerosi multipla, Parkinson e Alzheimer) non sono riconducibili alla categoria delle “*gravi cerebrolesioni acquisite*” (in breve, “**GCA**”),.....

....“Per **grave cerebrolesione acquisita (GCA)** si intende un danno cerebrale dovuto a **trauma cranioencefalico o ad altre cause (anossia cerebrale, emorragia, ecc.)**, tale da **determinare una condizione di coma**, più o meno protratto (ma comunque di durata superiore alle 24 ore), e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che conducono a **disabilità**.”

La GCA caratterizza quindi un insieme di condizioni di origine diversa che si connotano per il fatto di produrre **un danno encefalico severo, le cui conseguenze si protraggono nel tempo**, determinando **disabilità** temporanea o permanente, e per la definizione di “**acquisito**” che sottolinea una precedente “**normalità**” di funzionamento.” ....





# Sentenza TAR Lazio n. 8937 17/11/2011



«In particolare, appare affetta dal vizio di eccesso di potere per difetto di istruttoria, di motivazione e per illogicità manifesta, la operata differenziazione, che consegue dalla riduzione dell'accesso al Codice 75, come esaminato in altre fattispecie analoghe, tra i pazienti che abbiano presentato all'esordio della patologia un coma grave (che sarebbero ammessi al trattamento di alta specialità) ed i pazienti affetti da ictus cerebrale e da patologia neurologica degenerativa quali la sclerosi multipla e la malattia di Parkinson.»



**....affidare la censura dello standard dello 0,02 per mille alle carenze assistenziali per le summenzionate patologie non riconducibili a GCA è fuorviante, in quanto non è con i posti letto “codice 75” che si sopperisce alle necessità assistenziali dei pazienti che ne sono affetti.**

**E, del resto, trattandosi di un codice corrispondente ad una tariffa elevata, tale da rendere i posti letto “cod. 75” particolarmente costosi per il SSN, è del tutto logico che essi debbano essere destinati alle patologie connotate da danni cerebrali di speciale gravità ...**



## Ripartizione ricoveri MDC 1 nelle strutture discipline 56 e 75. Anni 2014, 2015 e 2016.

		2014				2015				2016			
MDC	disciplina	n. ricoveri	%	gg. Degenza	%	n. ricoveri	%	gg. Degenza	%	n. ricoveri	%	gg. Degenza	%
01	56	62.088	80%	2.288.630	77%	62.489	79%	2.330.237	77%	60.905	79%	2.267.672	76%
	75	15.424	20%	693.182	23%	16.249	21%	689.412	23%	16.208	21%	700.828	24%
	totale	77.512	100%	2.981.812	100%	78.738	100%	3.019.649	100%	77.113	100%	2.968.500	100%

Sulla base degli elementi esposti nella suesposta Tabella, utilizzando il **volume di attività** (espresso in **numero di giornate di degenza**) effettivamente erogato nelle rispettive annualità dalle strutture con disciplina **codice 75**, è possibile **verificare il numero di posti letto corrispondenti** (c.d. “equivalenti”) ed il **relativo tasso di posti letto per 1.000 abitanti su popolazione Italia**.

Infatti, dividendo il numero complessivo di giornate di degenza per 365 (giorni dell’anno) si ottiene il numero dei “posti letto equivalenti” (per giornata) e, dividendo tale somma per la popolazione ISTAT, si ottiene il coefficiente **0,03 per mille abitanti,...**



Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta 13 maggio 2016, n. U00159  
Approvazione del documento "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale".

## 1.3 Trattamento intensivo ospedaliero ad alta specializzazione

### 1.3.1 Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici

Vanno inviati in questo *setting* riabilitativo **soggetti affetti da esiti di Grave Cerebrolesione Acquisita di origine traumatica o di altra natura, caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (Glasgow Coma Scale-GCS  $\leq$  8)** ove coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano disabilità multiple e complesse, che necessitano di interventi valutativi e terapeutici, che per la criticità clinico-assistenziale non sono realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello.

Possono essere assistite in tale *setting* **anche persone con lesioni del sistema nervoso di altra natura**, principalmente provenienti da reparti per acuti, con menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali tali da determinare disabilità grave, non altrimenti assistibili in un reparto di riabilitazione intensiva.



Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta 13 maggio 2016, n. U00159  
Approvazione del documento "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale".

### 1.3 Trattamento intensivo ospedaliero ad alta specializzazione

#### 1.3.1 Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici

##### ***Criterio di ammissione per GCA con esiti di coma***

- Paziente ricoverato in UO di Rianimazione, Terapia intensiva, Neurochirurgia con stato di coma grave, GCS  $\leq 8$  di durata  $\geq 24$  ore
- Punteggi alle scale di valutazione (si riferiscono al primo ingresso dall'evento acuto):
  - GOS: 2-3
  - LCF: 1 – 6
  - DRS:  $\geq 12$
- Respiro spontaneo  $> 72$  ore (anche se con O2 terapia)
- Assenza di stato settico che può determinare insufficienza multi-organo
- Diuresi conservata (50 ml/ora)
- Assenza di instabilità del danno primario che necessita di sorveglianza neurochirurgica
- Assenza di Stato di male epilettico



Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta 13 maggio 2016, n. U00159  
Approvazione del documento "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale".

### 1.3 Trattamento intensivo ospedaliero ad alta specializzazione

#### 1.3.1 Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici

##### ***Criteri di ammissione per soggetti con altre lesioni del sistema nervoso centrale***

- Punteggi alle scale di valutazione:
  - Barthel < 10
  - LCF: 1 – 6
  - DRS:  $\geq 12$
- Emiplegia, emiparesi, tetraplegia o tetraparesi;
- Sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, crisi ipertensive, ipertermie recidivanti);
- Sindrome psicorganica secondaria a GCA (agitazione psicomotoria o inerzia o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza di collaborazione);
- Critical Illness Polineuropathy-CIP (polineuropatia;)
- Spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti antispastici.





MODULO

N. nosologico Carlini

UO riambedante    
 emat    
 richiede la disponibilità:   
 Riabilitazione a letto   
 Congestione Med   
 Unità Gravi Carendi   
 Unità Spinale   
 Centro Spinale   
 Unità per Gravi Pato   
 Unità per Gravi Pato   
 Riabilitazione/ambito   
 Riabilitazione/ambito   
 Cognome: XXXXXXX   
 Luogo di nascita:   
 Domicilio: XXXXXXX   
 Care-giver di riferimento:

PATOLOGIA OG   
Aneurisma   
 Data d'inciso della rima   
 Tipo intervento chir   
 Data intervento chir   
 Divieto cateter:  No

SCALE SEVERITY   
 GIRD: indice di sever   
 BARTHEL: punteggio   
 Note:

Ulcere troliche / de pre   
 Fattori Post Chirurgici

Terapia in atto:   
 1   
 2   
 3

VD Aneg



CONDIZIONI CLINI

- Condizioni generali   
 Paziente stabile dal punto
- Paziente post comatoso
- Collaborazione
- Comprensione
- Motoria volontaria
- Deambulazione
- Controllo Tronco
- Stazione eretta
- Stazione seduta
- Motoria articolazioni
- Capacità di alimentazione
- Igiene personale
- Controcatene
- Controllo minzione
- Debito reattivo a pr
- Presenza attività urti
- Ventilazione meccanica
- Cesipointropia
- Stato del CVC

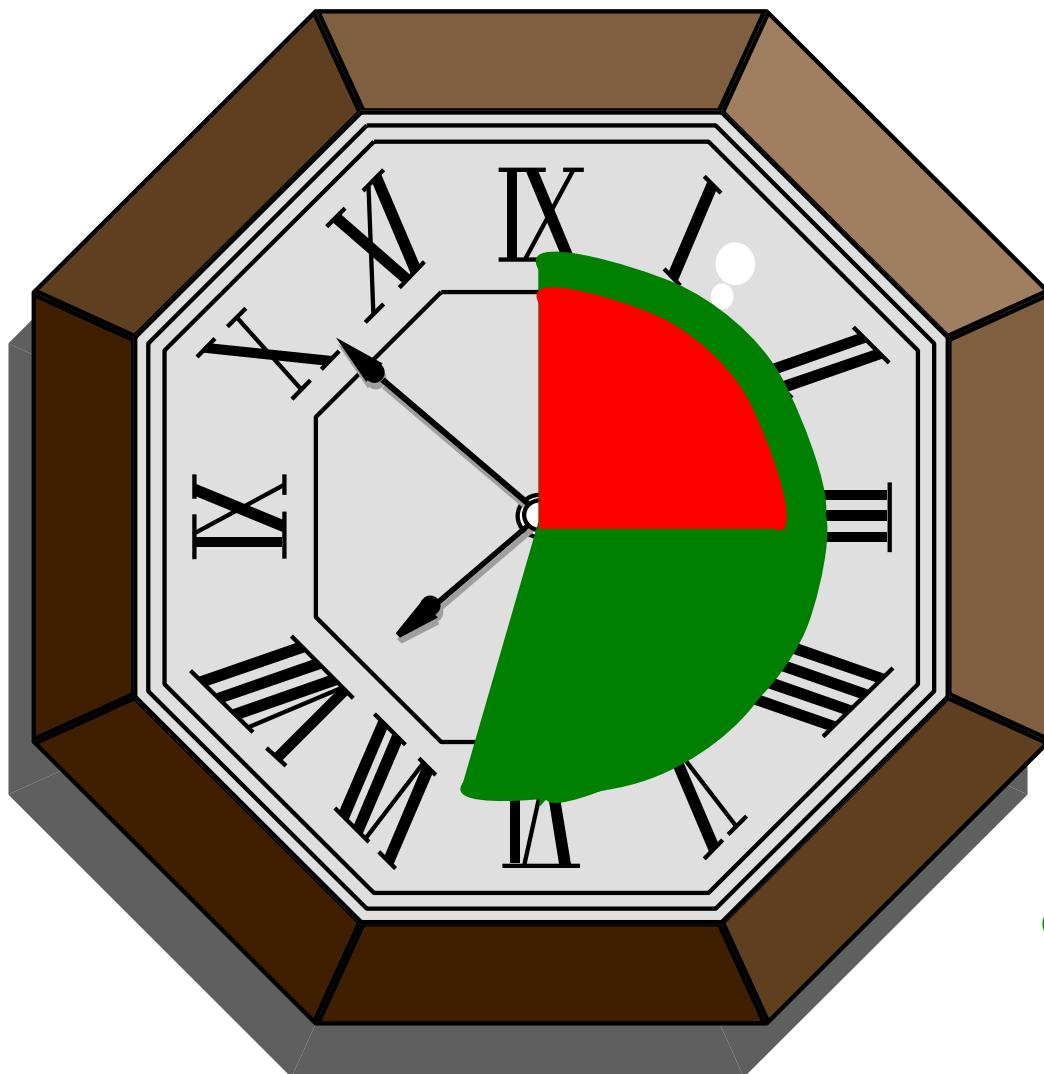
Scala di Valutazione delle ADL - Attività della vita quotidiana   
 Indice di Barthel

Paziente: XXXXXXXXXX SILVA Età: 60 Data ing.  / /   
 Diagnosi: Aneurisma Gigante Data dim.  / /

ATTIVITÀ	Punteggio Ing.	Punteggio Clin.
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente	0	0
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente	0	0
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (maschile) si spila se usa il rasoio	0	0
<b>Vestirsi</b> 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lava le scarpe, usa le cerniere tempo, bottoni	0	0
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinenza 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente	10	10
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinenza 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente	10	10
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, trasferimento o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della pedana	0	0
<b>Trasferimenti sediarretto</b> 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della tua assistenza per trasferirsi 10= ma assistenza e supervisione 15= indipendente	0	0
<b>Deambulazione</b> 0= non able 5= indipendente con le calzature per > 45 m 10= no aiuto di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastoni) ed eccezioni del gite	0	0
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente può usare ausili	0	0
<b>TOTALE (0 - 100)</b>	<b>20</b>	<b>20</b>



# Standard di assistenza



Ore di assistenza die  
previste dal Piano di  
indirizzo per la  
Riabilitazione punto 4.c)

Ore di assistenza die previste  
dalla DGR Lazio 424/2006 per la  
neuroriabilitazione





# TAKE HOME MESSAGES

1. **Necessità di ridefinire lo standard di posti letto di neuroriabilitazione in base ai bisogni assistenziali dei Pazienti.**
2. **Garantire l'accesso al ricovero in neuroriabilitazione ai Pazienti affetti da postumi di severe lesioni del sistema nervoso centrale in tutti i 21 sistemi sanitari regionali e delle province autonome.**
3. **Individuare criteri scientificamente validati per determinare l'appropriatezza del ricovero nei diversi setting assistenziali che non può dipendere solo dalla presenza di un Glasgow Coma Scale  $<8$ , nonché la sua durata**



# WHO - Global Conference on Primary Health Care

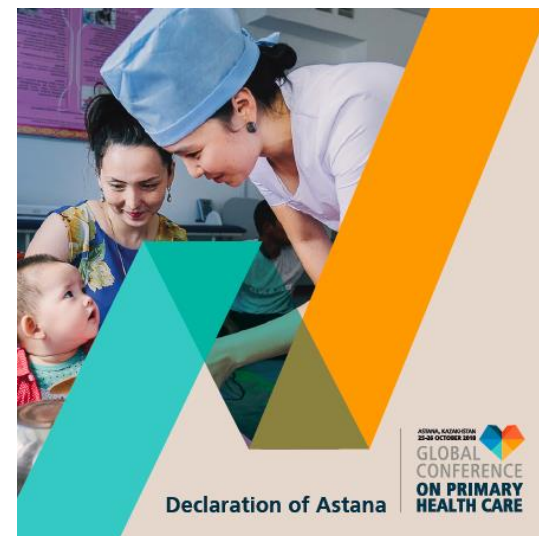
From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals

Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018

III

...

Promotive, preventive, curative, **rehabilitative services** and palliative care must be accessible to all. **We must save millions of people from poverty, particularly extreme poverty, caused by disproportionate out-of-pocket spending on health.**



# GRAZIE DELLA VOSTRA ATTENZIONE

