



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LII (2019-2022)

Presidente: Prof. Franco Locatelli

Sezione I

Presidente: Prof. Bruno Dallapiccola
Segretario tecnico: Dott. Stefano Moriconi

Relazione tecnica

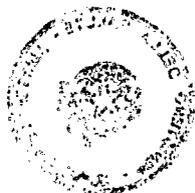
Linee di indirizzo per "l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" e schema di decreto sui "Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione" ai sensi dell'articolo 9-quater, comma 8 del decreto legge del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015 n.125.

Richiesta di parere al Consiglio Superiore di sanità.

Coordinatore: Prof. Bruno Dallapiccola

Co-coordinatore: Prof. Franco Locatelli

7 ottobre 2020



Sen

FL

R



INDICE

Premessa.....	3
1. Analisi dei documenti	
A. Schema di decreto sui "Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione" ai sensi dell'articolo 9-quater, comma 8 del decreto legge del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015 n.125.....	4
B. "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"	6
C. Il quadro normativo.....	7
2. Considerazioni e criticità rilevate.....	8
3. Proposte - Integrazioni - Modifiche dello schema Di Decreto.....	13
4. Conclusioni.....	23
5. Gruppo di lavoro "Carro" Sezione I CSS.....	25



FL

Lee



M

PREMESSA

La Direzione generale della Programmazione sanitaria (DGProgS) ha richiesto un parere al Consiglio Superiore di Sanità (CSS) in merito alle *Linee di indirizzo per "l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione e schema di decreto sui "Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione" ai sensi dell'articolo 9-quater, comma 8 del decreto legge del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015 n.125* al fine di rispondere alla necessità di promuovere il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza riabilitativa e, in particolare, di risolvere la questione relativa all'attuale formulazione di **Grave Cerebro-lesione Acquisita (GCA)**¹, oggetto di contestazione e di ripetuti interventi della Magistratura Amministrativa², nonché rispetto alla correttezza dell'ampliamento dei **criteri di accesso ai ricoveri presso le Unità Operative codice 75 (Neuroriabilitazione/UGCA)**.

La Sezione I del CSS, cui è stato affidato, per competenza, il parere sui documenti "Linee di indirizzo" e "schema del decreto" trasmessi dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ha istituito un Gruppo di lavoro (GdL) *ad hoc* ("Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione e schema di decreto sui Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione Ospedaliera" - CARRO), su mandato del Comitato di Presidenza dell'8 settembre 2020, ha svolto i propri lavori, data l'urgenza della richiesta, riunendosi più volte (7 - 15 - 16 settembre, 7 ottobre) ed ha effettuato alcune audizioni al fine di acquisire proposte e criticità in merito al tema trattato. In particolare, sono stati ascoltati i rappresentanti dell'I.R.C.C.S. Santa Lucia (Direttore Scientifico, Direttore Sanitario e rappresentante amministrativo) ed i Presidenti delle Società Scientifiche ritenute dal GdL maggiormente rappresentative per la tematica trattata (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa - SIMFER; Società Italiana di Riabilitazione Neurologica - SIRN; Società Italiana di Neurologia - SIN; Società Italiana di Pneumologia - SIP), invitandoli, previa sottoscrizione della dichiarazione di riservatezza, ad esprimersi su eventuali criticità, nonché a formulare proposte in merito. È stata assunta agli atti anche la lettera dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM). La risposta dei rappresentanti delle istituzioni/società scientifiche/associazioni è stata positiva in relazione al loro coinvolgimento nella fase ascendente dell'iter legislativo, sottolineando la necessità improcrastinabile di aggiornare lo schema di decreto in vigore, condividendo, in linea di principio, lo schema proposto, ma formulando proposte integrative (successivamente inviate con le rispettive note) tra cui, in particolare, la necessità di affrontare un riordino complessivo e integrato dell'intera rete dell'offerta riabilitativa, che i coordinatori e gli Esperti del GdL hanno tenuto in debita considerazione, dopo opportuna valutazione tecnica.

¹ Si definiscono pazienti affetti da "Grave Cerebro-lesione Acquisita" (GCA) i pazienti intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensitivo-motorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave" che presentano tra le diagnosi, principali o secondarie della SDO del reparto per acuti, almeno un codice ICD9-CM elencato nell'Allegato 1.

² Sentenza Consiglio di Stato n.01425/2019 del 1 marzo 2019 che ha confermato la Sentenza del TAR 7006/2017 di annullamento del decreto ministeriale nella parte in cui stabilisce "il numero dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 posti letto per mille abitanti".



San

RC



La presente relazione tecnica costituisce il documento finale approvato dal GdL nella riunione del 7 ottobre 2020, che è stato presentato alla Sezione I per l'espressione del parere. Al termine della presente relazione tecnica, sono riportati, su due colonne di confronto, i rispettivi testi e le proposte, integrazioni e/o modifiche introdotte dagli Esperti del GdL della Sezione I del CSS. In particolare, nella colonna a sinistra lo schema di Decreto DGProgs e nella colonna a destra la versione emendata dal GdL con le parti del testo introdotte evidenziate in rosso).

1. ANALISI DEI DOCUMENTI

A. *Schema di decreto sui "Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione" ai sensi dell'articolo 9-quater, comma 8 del decreto legge del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015 n.125*

Il CSS ha già espresso un parere (13 settembre 2016) sullo schema di decreto proposto nel 2015 dalla DGProgS "Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione" ai sensi dell'articolo 9-quater, comma 8 del decreto legge del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015 n.125, fornendo una relazione tecnica allegata al parere ed allo schema di decreto emendato dal CSS e di cui è stato parzialmente tenuto conto nell'attuale formulazione dello schema di decreto in esame.

La metodologia che è stata utilizzata per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione dello schema di decreto si è basata sul Flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri effettuati in regime ordinario e diurno (DH – Day-Hospital) da Unità Operative afferenti alle discipline Unità Spinale (Codice 28), Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56), Neuroriabilitazione (codice 75), attribuibili alle Macro Categorie Diagnostiche (MDC) MDC 1-Malattie e disturbi del sistema nervoso, MDC 4-Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, MDC 5-Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, MDC 8-Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico³. Con tale metodologia sono stati definiti i criteri di appropriatezza ed efficienza diversificandoli secondo la classificazione di seguito riportata:

- a. **"Ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto"** (ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità operative afferenti alle discipline di cui all'articolo 1, comma 1, attribuibili alle MDC 1-4-5-8, che sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie, rilevabile attraverso la ricostruzione del percorso assistenziale (longitudinale) dei pazienti, mediante le informazioni presenti nel flusso informativo della SDO);

³ Schema di decreto: art.1 ambito di applicazione



FL

Dee



- b. **“Ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad evento acuto”** (ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità operative afferenti alle discipline di cui all’articolo 1, comma 1, attribuibili alle MDC 1-4-5-8, che non sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie rilevabile attraverso la ricostruzione del percorso assistenziale (longitudinale) dei pazienti, effettuata mediante le informazioni presenti nel flusso informativo della SDO).

A questa categoria di ricoveri, si applicano i criteri di appropriatezza definiti all’art. 4 della proposta di decreto in esame, ovvero il **“Criterio di congruenza diagnostica”** che tiene conto della coerenza tra le diagnosi di dimissione del ricovero di riabilitazione, la disciplina delle Unità Operative di cui all’articolo 1, comma 1, e i criteri di appropriatezza previsti dall’articolo 4 **“Criterio di congruenza diagnostica”**.⁴

Sono state definite inoltre le seguenti **tipologie di pazienti**:

- Pazienti affetti da Grave Cerebro-lesione Acquisita (GCA)
- Pazienti affetti da mielo-lesione
- Pazienti complessi.

Sono stati introdotti e definiti nello schema di Decreto per la disciplina Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56) tre livelli di complessità in regime di ricovero, sulla base della diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo.

I livelli di complessità definiti sono i seguenti:

- a) Ricoveri di **riabilitazione intensiva ad alta complessità (codice 56a)**
- b) Ricoveri di **riabilitazione intensiva a minore complessità (codice 56b)**
- c) Ricoveri di **riabilitazione estensiva (codice 56c)**.

I livelli di complessità sono correlati a specifici criteri di appropriatezza, diversi per i ricoveri conseguenti ad un evento acuto (art. 3, comma 1) e per i ricoveri non conseguenti ad un evento acuto (art. 4, comma 1), e si basano sulla presenza - nella SDO del ricovero di riabilitazione - di codici ICD9-CM rappresentativi di situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti ed interagenti con la prognosi riabilitativa, tali da aggravare il percorso diagnostico, clinico-terapeutico e assistenziale. L’Allegato 3 riporta i codici ICD9-CM delle diagnosi e delle procedure che possono rendere il ricovero “complesso”.

Lo schema di Decreto è composto da sette articoli e cinque allegati tecnici:

Articoli

- Art. 1 Ambito di applicazione

⁴ Si definisce **“Criterio di congruenza diagnostica”** (art. 3 schema decreto) correlazione tra le diagnosi (principale o secondaria) di dimissione indicate nella SDO del ricovero in acuzie ed il successivo ricovero di riabilitazione



Handwritten signatures and initials.



- Art. 2 Definizioni
- Art. 3 Criterio della "correlazione clinica associata alla distanza temporale"
- Art. 4 Criterio di "Congruenza diagnostica"
- Art. 5 Monitoraggio
- Art. 6 Modalità di sperimentazione
- Art. 7 Entrata in vigore

Con l'introduzione dell'Art. 6 Modalità di sperimentazione "Le disposizioni di cui al presente Decreto sono soggette ad un periodo di sperimentazione della durata di un anno. Essa sarà effettuata da un Gruppo Tecnico costituito da rappresentanti della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministro della Salute e rappresentanti delle Regioni e Province Autonome. Il Gruppo Tecnico, coordinato dalla Direzione della Programmazione Sanitaria, avrà il compito di monitorare la fase di prima applicazione del sistema di regole introdotte dal presente Decreto nelle strutture di disciplina 28, 56 e 75 delle proprie Regioni e Province Autonome."

Allegati

- Allegato 1 - Pazienti affetti da grave cerebro-lesione acquisita (GCA)
- Allegato 2 - Pazienti affetti da mielo-lesione
- Allegato 3 - Pazienti complessi
- Allegato 4 - Criteri di correlazione clinica per la riabilitazione estensiva
- Allegato 5 - Criteri della distanza temporale

B. "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"

Le Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione affrontano il "sistema riabilitazione" in Italia e l'attività riabilitativa ospedaliera, sottolineando che la riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini. Si evidenzia come l'evoluzione dei sistemi di tutela della salute non sia stata adeguata all'evoluzione della struttura demografica ed epidemiologica della popolazione, nonostante l'approvazione del Piano di Indirizzo⁵ volto a migliorare i sistemi riabilitativi sviluppati dalle Regioni italiane e a offrire ai cittadini maggiore omogeneità delle prestazioni, della loro accuratezza ed appropriatezza, pur in presenza di un quadro di rigore finanziario dettato dalla situazione economica italiana ed europea, essendosi riscontrata una forte disomogeneità a livello regionale nell'applicazione del Piano, a quasi dieci anni dalla sua approvazione.

Il Piano prevedeva l'impegno delle Regioni, che già disponevano di risorse riabilitative, a metterle "in rete", organizzando i percorsi riabilitativi in base ai criteri indicati, e principalmente a "governare" gli accessi ai percorsi, in modo da raggiungere la maggior appropriatezza, con modalità economicamente sostenibili, essendo prevista l'istituzione dei Dipartimenti di riabilitazione "a garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo" e della "forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati, eventualmente presenti sul territorio, secondo i principi di efficienza e di appropriatezza". Attualmente, si riscontrano volumi di attività e distribuzione dei servizi molto sbilanciati tra le diverse regioni e perfino tra

⁵ Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR



Handwritten signature

Handwritten signature



diverse aree della stessa regione, con interventi che talvolta privilegiano il regime di ricovero ospedaliero ed altre volte quello ambulatoriale e territoriale.

Infine, va considerato che le tipologie delle prestazioni⁶ devono trovare una corretta ed omogenea codificazione nell'ambito del sistema informativo: in sede ospedaliera il riferimento è il sistema di classificazione ICD9-CM e, per gli aspetti remunerativi, i sistemi DRG (*Diagnosis-related group*) e MDC (*Major Diagnostic Category*), mentre, in sede di assistenza specialistica ambulatoriale, il riferimento è il sistema di classificazione ICD9-CM riportato nei nomenclatori specialistici nazionale e regionale.

C. Il quadro normativo

L'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 2 luglio 2015, concernente gli aspetti della *spending review*, stabilisce "la necessità di adottare misure per la riduzione delle prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero di riabilitazione".

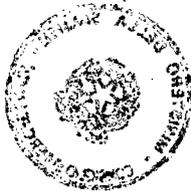
In particolare:

"1. Nelle more dell'attuazione dell'articolo 1, comma 3, dell'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014, con decreto ministeriale da adottare entro 30 giorni dalla presente Intesa, sono individuati i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata e determinato il nuovo valore tariffario per i ricoveri di riabilitazione inappropriati e per le giornate oltre-soglia, di cui al comma 2.

2. Per i ricoveri ordinari e diurni clinicamente inappropriati identificati a livello regionale, sulla base dei suddetti criteri, dalla competente istituzione deputata alla verifica e al controllo, è applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero, se di minor importo, è applicata la tariffa fissata dalla medesima Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri ordinari clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria prevista nella prima colonna dell'allegato 2 del DM 18 ottobre 2012, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia."

Ciò ha comportato un Decreto di definizione dei **criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** dei pazienti adulti (codice 56, codice 75 e codice 28) con problematiche di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico, ortopedico (MDC 1-4-5-8), demandando ad un successivo decreto l'individuazione di criteri specifici per gli altri ricoveri di riabilitazione.

⁶ Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011, l'attività riabilitativa può essere classificata secondo: a) livello di intensità; b) regime di erogazione, c) fase dell'intervento.



Len
FL



2. CONSIDERAZIONI E CRITICITÀ RILEVATE

In una visione di sistema, per implementare le attività sanitarie, le risorse e la loro redistribuzione devono essere ponderate sulla base di ragionevoli criteri programmatori e fondate motivazioni scientifiche. Per effettuare in modo adeguato e proporzionato tale programmazione, in medicina riabilitativa è necessario considerare le condizioni della persona secondo i criteri della:

- **capacità funzionale**
- **complessità clinica globale e co-morbilità**

Possono così essere stratificate, a partire dall'alta specialità riabilitativa, le necessità di cura ed assistenza delle problematiche di disabilità di tutte le condizioni cliniche, in particolare, di quelle derivanti dalle lesioni del sistema nervoso (congenite/genetiche/vascolari/traumatiche/neurodegenerative), senza limitarsi genericamente alle situazioni cliniche definite con il termine di grave cerebro-lesione acquisita (GCA).

La condizione di disabilità identificata e classificata sulla base di questa visione d'insieme definisce le necessità di gestione contestuale dei problemi biomedici che coesistono o interagiscono con la disabilità e le alterazioni funzionali che concorrono a determinare la disabilità complessiva (multiple, di diverso tipo, che richiedono, pertanto, l'intervento coordinato di diverse figure professionali specializzate in diversi ambiti funzionali).

Il processo della medicina riabilitativa, tanto più se complesso, deve necessariamente avere una precisa unità di indirizzo riabilitativo, in una logica di medicina dei sistemi, presso strutture dotate di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, tali da consentire attività specialistiche, di complessità e intensità proporzionali alle necessità di cura e assistenza della persona, finalizzate a recuperare la massima espressione possibile della capacità di interazione persona-ambiente, declinando concretamente un programma individuale che articoli analiticamente le diverse tipologie e procedure di intervento clinico, dosandole per intensità, sequenza e durata cronologica. La persona, nel suo insieme, viene coerentemente presa in carico da un punto di vista sanitario, identificando le aree di maggiore criticità e di maggiore potenzialità per raggiungere e mantenere le migliori condizioni bio-psico-sociali possibili.

Per rispondere in modo ottimale alle esigenze della persona disabile, l'attività di riabilitazione clinica si articola concretamente non solo nei livelli di intensità di consumo delle risorse (nell'unità di tempo), ma anche nel tipo di risorse organizzative, strumentali e umane coinvolte.

La complessità sanitaria riabilitativa di cura ed assistenza è in sostanza definibile come il risultato della interazione tra la malattia, la disabilità e il grado di integrazione multidisciplinare richiesto per il trattamento ottimale del caso individuale. Da una globale e precisa valutazione derivano anche le modalità di identificazione delle condizioni di instabilità clinica, in rapporto alla distanza temporale dell'evento acuto o al coesistere/persistere delle condizioni che incidono sullo stato di salute e/o sulla disabilità della persona fragile, che richiedono capacità organizzativa e strutturale complessa.



FL

Lee



Partendo dalla vigente normativa e considerato l'incremento demografico della popolazione con più di 65 anni (secondo i dati ISTAT al 1 Gennaio 2019 gli >65enni sono 13,8 milioni corrispondente al 22,8% della popolazione totale) appare evidente la necessità di affrontare un riordino complessivo e integrato dell'intera rete dell'offerta riabilitativa, stante l'evidente situazione d'incoerenza tra il dettato normativo e programmatorio (LEA), in relazione ad una previsione di copertura universalistica gratuita dei bisogni, che appare non realistica rispetto alle risorse pubbliche attualmente disponibili.

Tra le criticità rilevate emerge, soprattutto, il superamento o la rivalutazione della logica dei codici riabilitativi (75 e 56) e, in particolare, della discriminante "coma si/no", a favore di un sistema che misuri la complessità degli interventi assistenziali e riabilitativi in rapporto ai livelli di disabilità e alla comorbilità, e assegni di conseguenza i casi maggiormente complessi alle strutture con qualificata capacità riabilitativa. Al contrario, *sic stantibus rebus*, permarrebbe l'impossibilità di accesso alla neuroriabilitazione (cod. 75) di tutte le patologie neurologiche che determinano grave disabilità e che necessitano di un livello di riabilitazione/assistenza riservato appunto alle strutture (cod. 75), mentre una modifica della definizione di GCA non escluderebbe dal codice 75 i pazienti con un quadro di disabilità gravissima quale, ad esempio, gli esiti dei traumi cranici, dell'ictus ischemico o emorragico, delle malattie degenerative del sistema nervoso (Sclerosi Multipla o Malattia di Parkinson), delle lesioni del midollo spinale.

Vanno anche sottolineate le profonde differenze tra il codice 75 ed il codice 56, relativamente ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, nonché alle ore di assistenza/riabilitazione erogate.

Per le motivazioni sopraesposte, si suggerisce di utilizzare una definizione di GCA inclusiva anche dei casi di grave disabilità **non necessariamente legati allo stato di coma** e legati alla presenza di menomazioni sensitivo-motorie, cognitive o comportamentali tali da determinare disabilità grave.

Un'ulteriore criticità, a prescindere dall'eziologia (traumatica, anossica, vascolare, infettiva, oncologica, degenerativa, ecc.), è la **necessità di individuare scale di valutazione internazionalmente riconosciute e le relative soglie**, da applicare nella fase acuta ai pazienti dimessi dalle unità operative di terapia intensiva, neurochirurgia, neurologia, medicina generale, al fine di distinguere i pazienti connotati da elevata complessità da indirizzare alle strutture codice 75, rispetto a quelli a più bassa complessità, da indirizzare alle strutture codice 56, per definire la gravità della lesione e l'entità della disabilità residua.

L'**indice di Barthel** è una scala di disabilità con punteggi da 0 (totale dipendenza) a 100 (totale autonomia). Il punteggio minore o uguale a 10 equivale ad una grave disabilità corrispondente ad una persona allettata con grave tetraparesi.

La scala **Level of Cognitive Functioning (LCF)** attribuisce punteggi da 1 a 8, dove 1 (nessuna risposta) sino a 6 (confuso/appropriato) corrisponde ad uno stato di coscienza alterato con risposta agli stimoli semplici, mentre 7-8 corrispondono a livelli di autonomia. La scala fa riferimento unicamente al livello di "vigilanza" cognitiva.



SC

Lee



Entrambe le scale pongono delle limitazioni nell'accesso al cod.75, dal momento che esistono soggetti in cui il livello LCF è 7, con una buona vigilanza, ma che hanno comunque una necessità riabilitativa elevata, compatibile con il cod. 75 (è esemplificativa nel merito la ricaduta da Sclerosi Multipla che non interessa, se non parzialmente, la sfera cognitiva o il livello di vigilanza).

Sarebbe opportuno considerare la scala **Functional Independence Measure (FIM)**, con un livello inferiore o pari a 55/126 o, in alternativa, un indice di Barthel inferiore a 35/100, che permetterebbero un accesso al cod. 75 anche da parte delle gravi disabilità che mantengono una potenzialità di recupero in presenza di un livello di vigilanza non compromesso (LCF maggiore di 6).

Un'ulteriore scala che dovrebbe essere considerata è l'**American Spinal Injury Association (ASIA)** relativamente ai pazienti mielolesi. Gli standard dell'ASIA riguardano tre parti (1. Classificazione neurologica standard dei traumi midollari; 2. Valutazione del danno neurologico scala di Frankel modificata; 3. Valutazione della sindrome clinica). Al paziente viene assegnato un punteggio motorio (**Motor Index Score, MIS**) e sensitivo (**Sensory Index Score, SIS**). Sulla base dei punteggi motori e sensitivi, il paziente viene classificato facendo riferimento alla completezza della menomazione e viene assegnato ad una delle classi di Frankel. La classificazione di Frankel, oggi usata in forma leggermente modificata rispetto all'originale, prende il nome di **ASIA Impairment Scale (AIS)** che prevede diversi gradi:

- **AIS = A:** lesione completa sia motoria che sensitiva;
- **AIS = B:** lesione incompleta; la sensibilità è preservata, mentre mancano le funzioni motorie al di sotto del livello della lesione;
- **AIS = C:** lesione incompleta; sono presenti, in oltre la metà dei muscoli, i movimenti al di sotto della lesione, ma non viene raggiunto il grado di forza muscolare F=3 (movimento attivo contro gravità);
- **AIS = D:** lesione incompleta; in oltre la metà dei muscoli il grado di forza è uguale o superiore a F=3;
- **AIS = E:** funzione sensitiva e motoria normale.

Pertanto i gradi AIS A, B e C rientrerebbero nella riabilitazione del cod. 75.

Superando pertanto tali criticità e, quindi, lo scoglio della identificazione delle condizioni cliniche per l'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, riconsiderando non solo il ruolo del Cod. 75 ma anche le scale di accesso, si valorizza e si induce il miglioramento del sistema di riabilitazione ospedaliera, considerando i codici già esistenti, a cui devono corrispondere criteri organizzativi, strutturali, tecnologici coerenti con la tipologia del servizio richiesto dalla persona, in modo razionale, con flussi informativi adeguatamente strutturati, che consentano la revisione periodica della corrispondenza tra le attese programatorie e l'appropriatezza dei servizi erogati e che promuovono il diritto di accesso a tutti i cittadini alle cure più adeguate, garantendo al paziente la libertà di scelta fra le strutture presenti sul territorio nazionale.



LN

lu



L'identificazione dei criteri di accesso adeguati è la premessa per la verifica dell'appropriatezza degli esiti,

da definirsi con misure di outcome che ripercorrono la stessa logica seguita per caratterizzare l'accesso (funzione motoria, cognitiva, comportamentale, indicatori di stato/complessità, comorbidità incidenti).

Infine, in una visione di sistema, appare evidente la necessità di una continuità di cura/assistenza territoriale, avvalendosi anche dei sistemi di telemedicina, teleconsulto, teleriabilitazione, per coinvolgere le strutture riabilitative quali "hub" di un servizio esperto.

Ulteriori criticità rilevate

Campi del Flusso SDO: il flusso SDO⁷ può essere utilizzato solo parzialmente per rappresentare l'attività di riabilitazione ospedaliera, in quanto non consente di rilevare alcuni parametri necessari per la completa valutazione del ricovero (ad esempio, lo stato funzionale e le multimorbidità, la variazione dello stato di salute ad inizio e fine ricovero, gli esiti dell'intervento riabilitativo, ecc.).

Disomogeneità regionali: l'elevata variabilità dei comportamenti regionali lascia supporre che una situazione di inappropriata possa essere dovuta a problematiche socio-assistenziali o organizzative nell'offerta ospedaliera e territoriale. Alcuni bisogni di trattamento riabilitativo potrebbero, dunque, non trovare risposte organizzative adeguate.

Copertura: l'ambito di applicazione della proposta di decreto copre parzialmente l'ammontare complessivo dei ricoveri di riabilitazione (circa l'80%), con esclusione dei ricoveri con MDC diverse da 1-4-5-8, e, soprattutto, l'esclusione pazienti di età inferiore ai 18 anni, a cui si dovrebbe dare immediatamente seguito mediante un'analogia proposta di DM indirizzata specificatamente all'età pediatrica.

Mobilità: la classificazione dei ricoveri in funzione del percorso del paziente potrebbe essere inficiata dalla presenza di eventi di ricovero in mobilità, determinando la disponibilità di dati solo parziali per le Regioni.

DM 70/2015: mancata definizione di alcuni standard quantitativi delle dotazioni ospedaliere (requisiti organizzativi, tecnici e strutturali).

DM 18/10/2012: "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" Inadeguatezza dei criteri di finanziamento e valorizzazione delle prestazioni (i termini di proroga del DM 18/10/2012 sulle tariffe dell'assistenza ospedaliera sono scaduti da anni).

⁷ SDO Scheda di Dimissione Ospedaliera



FL

lee



Pazienti in età pediatrica: non sono considerati i ricoveri dei pazienti di età compresa tra 0 e 17 anni. Tale aspetto era già stato evidenziato nel parere del CSS del 2016 come un limite della proposta di DM ed una **rilevante criticità** da risolvere mediante una proposta di DM *ad hoc*.

Si ritiene, tuttavia, che la metodologia adottata per definire i criteri di appropriatezza dell'accesso dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera dell'adulto possa essere applicata, con specifici adattamenti all'età evolutiva, anche per i pazienti pediatrici.

Valore aggiunto

Metodologia rigorosa e codificata di individuazione dei criteri: il modello di individuazione dei criteri/parametri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera rappresenta un primo importante traguardo metodologico per il settore della riabilitazione ospedaliera.

Diminuzione dell'indice di inappropriatezza: i criteri individuati potrebbero ridurre sia il potenziale di inappropriatezza clinica che organizzativa e, conseguentemente, la potenziale inefficienza, con riferimento alla durata dei ricoveri.

Criterio di valutazione: il decreto rappresenta il punto di partenza per proseguire il percorso intrapreso finalizzato al continuo affinamento degli strumenti e delle informazioni così come l'individuazione dei criteri di valutazione.



3. PROPOSTE – INTEGRAZIONI – MODIFICHE SULLO SCHEMA DI DECRETO

In primis, in relazione agli obiettivi ed al contenuto tecnico dello schema di DM, è stato ritenuto opportuno proporre di modificare il titolo dello schema di DM chiarendo che il suo obiettivo riguarda l'accesso ai ricoveri, modificando, pertanto, il titolo dello schema di decreto in "*Criteria di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera*" come già sottolineato nel parere del CSS del 2016, un aspetto di rilevante importanza essendo alla base delle decisioni tecniche intraprese dal CSS, aggiungendo anche "*ospedaliera*".

Nelle premesse, si evidenzia: VISTO il parere del Consiglio Superiore di Sanità espresso nella seduta del 13 settembre 2016. A tale proposito, si fa presente che tutti i documenti e gli atti relativi al CSS sono oggetto di riservatezza, e solo previa autorizzazione del Ministro possono essere divulgati. Al momento non risulta che il parere citato sia stato autorizzato alla divulgazione scientifica ed è, pertanto, impossibile per il cittadino accedere alla documentazione citata oggetto di riservatezza.

Art.1 "Ambito di applicazione"

Al comma 1 permane la grave criticità dell'esclusione dal DM dei ricoveri dei pazienti con età compresa tra 0 e 17 anni. Tale aspetto è stato posto in evidenza come un limite ed una criticità della proposta di DM, da risolvere nel più breve tempo possibile attraverso la formulazione di una proposta di DM *ad hoc*.

Art. 2 Definizioni

Comma 8 pazienti affetti da "**grave cerebro-lesione acquisita**" (**GCA**): per le motivazioni sopra esposte, il comma è stato modificato e ridefinito al fine di chiarire la definizione e l'accesso al codice 75 secondo quanto di seguito riportato:

Si definiscono pazienti affetti da "**grave cerebrolesione acquisita**" (**GCA**) le "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 più o meno protratta, associato a menomazioni sensitivo-motorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave" ovvero i pazienti con esiti di grave cerebro-lesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, che presentano tra le diagnosi, principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nell'**Allegato 1**, con F.I.M. $\leq 55/126$, ovvero con un indice di Barthel $\leq 35/100$, oppure i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B e C, secondo la classificazione *ASIA Impairment Scale* (AIS) dell'*American Spinal Injury Association* (ASIA)."

L'integrazione delle valutazioni relative alle diverse scale potrebbe comportare la necessità di un periodo di transizione che preveda soluzioni intermedie al fine di giungere al compiuto utilizzo di quanto sopra riportato.



Art. 4 Criterio di congruenza diagnostica

L'art. 4 è stato integrato e modificato al comma 2 come di seguito riportato:

2. I ricoveri di riabilitazione, non conseguenti ad evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) da Unità operative afferenti alla disciplina "Neuroriabilitazione" (codice 75) sono considerati appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica, se sono attribuibili alla MDC 1 e se tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una delle seguenti codifiche ICD9-CM: condizioni con codice ICD9-CM compresa nell'Allegato 1 con F.I.M. $\leq 55/126$, ovvero con un indice di Barthel $\leq 35/100$, oppure i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B e C, secondo la classificazione *ASIA Impairment Scale* (AIS) dell'*American Spinal Injury Association* (ASIA) e una delle condizioni con codice ICD9-CM compresa nell'Allegato 3, oppure una delle condizioni con codice ICD9-CM compresa nell'allegato 2.

Oltre a quanto già specificato, relativamente alla definizione di GCA, vanno considerate le gravi situazioni neurologiche che non sono passate attraverso un periodo di coma. Una estesa lesione infartuale del territorio dell'arteria cerebrale media di sinistra può essere seguita da una emiplegia e afasia completa con co-morbilità associate, che necessita di una riabilitazione da effettuarsi con il supporto di una équipe multidisciplinare e di assistenza infermieristica non dissimile da quella di un grave trauma cranico, anche se il paziente con infarto cerebrale può non avere avuto una prolungata alterazione dello stato di coscienza. Lo stesso vale per altre patologie neurologiche (Sclerosi Multipla, Malattia di Parkinson e Parkinsonismi, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Poliradiculoneuriti, ecc.) che possono esitare in gravi livelli di disabilità e in una completa dipendenza, pur in assenza di alterazioni dello stato di coscienza.

Per tutte queste motivazioni, la corretta definizione di GCA deve tenere conto della gravità della lesione e dell'entità della disabilità residua, a prescindere dall'eziologia (traumatica, anossica, vascolare, infettiva, oncologica, degenerativa, ecc.), da cui discende la necessità di utilizzare scale di valutazione internazionalmente riconosciute (quelle sopracitate con le relative soglie), al fine di identificare i pazienti ad elevata complessità da indirizzare alle strutture cod.75, a differenza di quelli a più bassa complessità da indirizzare alle strutture cod. 56a o 56b.

Allegati

È opportuno che negli Allegati tecnici vengano ridefiniti i codici in relazione alle modifiche introdotte negli articoli. Nell'allegato 1, in coerenza con quanto introdotto nell'articolo, è stato modificato il testo come segue:

PAZIENTI AFFETTI DA "GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA" (GCA)

Pazienti intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratta con punteggio GCS inferiore o uguale a 8, ed



14

associate menomazioni sensitivo-motorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave”, ovvero pazienti con esiti di grave cerebro-lesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, che presentano tra le diagnosi, principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nell’Allegato 1 con F.I.M. ≤ 55/126, ovvero con un indice di Barthel ≤ 35/100, oppure i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B e C, secondo la classificazione *ASIA Impairment Scale (AIS)* dell’*American Spinal Injury Association (ASIA)*. Pazienti affetti da lesioni midollari che non sono stati trattati in una unità spinale unipolare, che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nel presente allegato 2.

Elenco codici ICD9-CM che identificano la “Grave Cerebrolesione Acquisita”. Si precisa che laddove sia indicato un solo codice a tre cifre (categoria), si intendono appropriate – qualora presenti – tutte le relative sottocodifiche.

SCHEMA DI DECRETO EMENDATO

<p><i>Schema di Decreto “Criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione” ai sensi dell’articolo 9-quater, comma 8 del decreto legge del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015 n.125. <u>Richiesta di parere al Consiglio Superiore di sanità.</u></i></p>	
<p>Versione D.G. Programmazione Sanitaria</p>	<p>Versione GdL “CARRO” Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità</p>
<p>SCHEMA DI DECRETO “CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI DI RIABILITAZIONE “</p>	<p>SCHEMA DI DECRETO “CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL’ACCESSO AI RICOVERI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA“</p>
<p>VISTA l’Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente la manovra sul settore sanitario (Rep. Atti n. 113/CSR del 2 luglio 2015);</p> <p>VISTA la predetta Intesa alla lettera B “Appropriatezza”, ed in particolare alla lettera B2 “Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatazza”;</p> <p>VISTO l’articolo 9-quater, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125 recante “Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio Sanitario Nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali”;</p> <p>TENUTO CONTO di quanto previsto dall’Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in Conferenza Stato Regioni nella</p>	



FL

fer

25



seduta del 10 luglio 2014 concernente il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, in particolare dell'articolo 3, comma 3 (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);

VISTO il decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012 recante "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" che prevede, all'articolo 2 comma 2, oltre alle tariffe per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, anche i valori soglia dei ricoveri ordinari e dei ricoveri diurni, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC) e le tariffe giornaliere oltre soglia;

VISTO il decreto del Ministro della salute del 7 dicembre 2016, n. 261 recante "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera";

TENUTO CONTO della necessità di promuovere il miglioramento dell'appropriatezza dei setting assistenziali dell'assistenza riabilitativa, compresa l'opportunità dell'introduzione dell'uso di strumenti aggiornati e condivisi per classificare i bisogni assistenziali riabilitativi;

SENTITE le principali Società Scientifiche, Associazioni degli erogatori e dei pazienti e tenuto conto delle osservazioni da esse formulate, ritenute fondate e non in contrasto con i presupposti normativi del provvedimento e con il suo impianto logico-metodologico;

VISTO il parere del Consiglio Superiore di Sanità espresso nella seduta del 13 settembre 2016;

VISTA l'Intesa sancita dalla Conferenza..... nella seduta del

IL MINISTRO DELLA SALUTE
DECRETA

Art. 1
Ambito di applicazione

1. Sono oggetto del presente decreto i ricoveri effettuati in regime ordinario e diurno (DH - Day Hospital) da Unità Operative afferenti alle discipline Unità Spinale (Codice 28), Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56), Neuroriabilitazione (codice 75) e attribuibili alle Macro Categorie Diagnostiche (MDC) MDC 1-Malattie e disturbi del sistema nervoso, MDC 4-

Il parere è oggetto di riservatezza analogamente a tutti i documenti e gli atti del CSS. Solo il Ministro ne autorizza la possibile divulgazione.
E' stata autorizzata?

IL MINISTRO DELLA SALUTE
DECRETA



EL

lee



Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, MDC 5-
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, MDC
8-Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico.
Non sono oggetto del presente decreto i criteri di
appropriatezza relativi ai ricoveri di riabilitazione
ospedaliera attribuibili ad altre MDC, i ricoveri di
riabilitazione con il campo "modalità di dimissione" della
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) "Deceduto",
"Trasferito ad altro reparto per acuti" e "Dimesso
volontariamente al domicilio" ed i ricoveri di pazienti con
età compresa tra 0-17 anni, effettuati in regime ordinario
e diurno (DH) da Unità Operative afferenti alle medesime
discipline. Si precisa che i ricoveri di riabilitazione
ospedaliera in regime ordinario devono essere
caratterizzati dalla necessità per il paziente della tutela
medica assistenziale nelle 24 ore.

2. Per ciascuna delle quattro suddette Macro
Categorie Diagnostiche, sono di seguito individuati i
criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di
riabilitazione.

3. Gli allegati costituiscono parte integrante del
presente Decreto.

Art. 2

Definizioni

1. A titolo classificatorio e ai fini dell'applicazione
del presente Decreto, nei commi seguenti sono
riportate le definizioni utilizzate.

2. Si definiscono "ricoveri di riabilitazione
conseguenti ad evento acuto" i ricoveri di riabilitazione
ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH)
in Unità operative afferenti alle discipline di cui
all'articolo 1, comma 1, attribuibili alle MDC 1-4-5-8, che
sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero
in riabilitazione, da un ricovero in acuzie rilevabile
attraverso la ricostruzione del percorso assistenziale
(longitudinale) dei pazienti, mediante le informazioni
presenti nel flusso informativo della SDO. A questa
categoria di ricoveri si applicano i criteri di
appropriatezza definiti all'art. 3 del presente Decreto.

3. Si definiscono "ricoveri di riabilitazione non
conseguenti ad evento acuto" i ricoveri di riabilitazione
ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH)
in Unità operative afferenti alle discipline di cui
all'articolo 1, comma 1, attribuibili alle MDC 1-4-5-8, che
non sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al
ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie
rilevabile attraverso la ricostruzione del percorso
assistenziale (longitudinale) dei pazienti, effettuata
mediante le informazioni presenti nel flusso informativo
della SDO. A questa categoria di ricoveri si applicano i
criteri di appropriatezza definiti all'art. 4 del presente
Decreto.

Permane la grave criticità dei pazienti in età pediatrica
che sono esclusi dallo schema di DM e, tuttavia, si ritiene
che la metodologia adottata per definire i criteri di
appropriatezza dell'accesso dei ricoveri di riabilitazione
ospedaliera dell'adulto possa essere applicata, con
specifici adattamenti all'età evolutiva, anche per i
pazienti pediatrici.



FL



4. Si definisce **"correlazione clinica"**, la correlazione tra le diagnosi (principale o secondaria) di dimissione indicate nella SDO del ricovero in acuzie ed il successivo ricovero di riabilitazione.

5. Si definisce **"intervallo temporale"** il tempo (in giorni) che intercorre tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ammissione del ricovero di riabilitazione.

6. Per i ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto, di cui al comma 2, si definisce **"criterio della correlazione clinica associata alla distanza temporale"**, il criterio che tiene conto sia della correlazione clinica, sia della distanza temporale tra il ricovero di riabilitazione e la dimissione dal ricovero in acuzie.

7. Per i ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad un evento acuto, di cui al comma 3, si definisce **"criterio di congruenza diagnostica"** il criterio che tiene conto della coerenza tra le diagnosi di dimissione del ricovero di riabilitazione, la disciplina delle Unità Operative di cui all'articolo 1, comma 1 e i criteri di appropriatezza previsti dall'articolo 4 "Criterio di congruenza diagnostica".

8. Si definiscono pazienti affetti da **"grave cerebrolesione acquisita" (GCA)** i pazienti intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave" che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie della SDO del reparto per acuti, almeno un codice ICD9-CM elencato nell'Allegato 1.

9. Si definiscono pazienti affetti da **"mielolesione"** i pazienti che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie della SDO del reparto per acuti, uno o più codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 2.

10. Per la disciplina Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56), si definiscono tre differenti livelli di complessità in regime di ricovero, in base alla diversa gravità delle patologie disabilitanti e alle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di

8. Si definiscono pazienti affetti da **"grave cerebrolesione acquisita" (GCA)** i pazienti intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratta con punteggio GCS inferiore o uguale a 8, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave" ovvero i pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 1, con F.I.M. $\leq 55/126$ ovvero con indice di Barthel $\leq 35/100$, oppure i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B e C, secondo la classificazione ASIA Impairment Scale (AIS) dell'American Spinal Injury Association (ASIA).



FL

Lee



assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo.

I livelli di complessità definiti sono i seguenti:

- a) ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità (codice 56a)
- b) ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità (codice 56b)
- c) ricoveri di riabilitazione estensiva (codice 56c).

I livelli di complessità sono correlati a specifici criteri di appropriatezza, diversi per i ricoveri conseguenti a un evento acuto (art. 3, comma 1) e per i ricoveri non conseguenti a un evento acuto (art. 4, comma 1), e basati sulla presenza - nella SDO del ricovero di riabilitazione -, di codici ICD9-CM rappresentativi di situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbilità da patologie concomitanti ed interagenti con la prognosi riabilitativa, tali da aggravare il percorso diagnostico, clinico-terapeutico e assistenziale. Nell'Allegato 3 sono riportati i codici ICD9-CM delle diagnosi e delle procedure che possono rendere il ricovero "complesso".

Art. 3

Criterio della "correlazione clinica associata alla distanza temporale"

1. I ricoveri di riabilitazione conseguenti ad un evento acuto, e richiedenti interventi valutativi e terapeutici e non erogabili in regimi alternativi, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) da Unità Operative afferenti alla disciplina "Recupero e Riabilitazione Funzionale" (codice 56), sono considerati appropriati, quando sussiste una correlazione clinica tra la diagnosi principale o secondaria del ricovero in acuzie e il successivo ricovero di riabilitazione (ricoveri di riabilitazione estensiva), oppure quando si tratta di ricoveri di riabilitazione intensiva di alta complessità o di minore complessità, come definiti dall'articolo 2, comma 10, sempre che tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data del ricovero di riabilitazione intercorra un intervallo temporale uguale o inferiore a quello individuato nell'Allegato 5.

Si ritiene soddisfatto il criterio della correlazione clinica:

- a) Se le diagnosi riportate nella SDO del ricovero per acuti sono clinicamente correlate con il successivo ricovero di riabilitazione secondo i criteri elencati nell'Allegato 4, nel quale sono riportate le diagnosi clinicamente correlate con il ricovero di riabilitazione (ricoveri di riabilitazione estensiva codice 56c).
- b) Se tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione risultano almeno 3 codici ICD9-



RL

lee

R



CM compresi nell'Allegato 3 (ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità codice 56a). Eccezioni a questo criterio sono previste nell'allegato 3 per alcune patologie per le quali l'alta complessità può essere individuata da un numero di codici inferiore a 3.

c) Se tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione risultano almeno 2 codici ICD9-CM compresi nell'Allegato 3 (ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità codice 56b).

2. I ricoveri di riabilitazione, conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) da Unità Operative afferenti alla disciplina "Neuroriabilitazione" (codice 75), sono da considerare appropriati se sono attribuibili alla MDC 1 e se tra le diagnosi principale o secondarie del ricovero in acuzie sia indicata la "grave cerebrolesione acquisita", come definita dal comma 8 dell'articolo 2, sempre che tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ricovero di riabilitazione intercorra un intervallo temporale come indicato nell'Allegato 5.

3 I ricoveri di riabilitazione, conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità Operative afferenti alla disciplina "Unità Spinale" (codice 28), sono da considerare appropriati se sono attribuibili alla MDC 1 e se tra le diagnosi principali o secondarie del ricovero in acuzie sia indicata la "mielolesione", come indicato nel comma 9 dell'articolo 2, sempre che tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ricovero di riabilitazione intercorra un intervallo temporale come indicato nell'Allegato 5.

4. Nel caso dei pazienti dimessi dopo un ricovero riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in acuzie, che dopo un periodo non superiore ai 12 mesi dal ricovero in acuzie presentino un aggravamento dei problemi disabilitanti (ad es. un aumento della spasticità, sindromi dolorose neurogene) e condizioni generali tali da richiedere un nuovo accesso alla riabilitazione ospedaliera, i ricoveri sono da considerare appropriati se rispettano il criterio di congruenza diagnostica, di cui al successivo art. 4.

5. Allo scopo di consentire alle strutture di riabilitazione la preliminare valutazione di appropriatezza delle richieste di ricovero conseguenti ad un evento acuto, le unità operative per acuti richiedenti dovranno preventivamente e formalmente comunicare alla struttura di riabilitazione accettante, i codici ICD9-CM indicati nella Scheda di Dimissione Ospedaliera relativa ai pazienti inviati. Ciò anche al fine di predisporre il progetto riabilitativo ai sensi dell'art. 44 DPCM 12 gennaio 2017.

6. Qualora un ricovero di riabilitazione conseguente ad evento acuto non rispetti il criterio della



Handwritten signature

Handwritten signature



distanza temporale, si adottano i criteri elencati nell'art. 4.

Art. 4

"Criterio di congruenza diagnostica"

1. I ricoveri di riabilitazione in regime ordinario e diurno (DH), non conseguenti ad un evento acuto, e richiedenti interventi valutativi e terapeutici e non erogabili in regimi alternativi, effettuati da Unità Operative afferenti alla disciplina di "Recupero e Riabilitazione Funzionale" (codice 56), attribuibili alle MDC 1, 4, 5 e 8, sono da considerare appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica di cui all'art.2 comma 7:

a. se la diagnosi principale e almeno 3 tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione, sono ricomprese tra i codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 3 (ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità codice 56a). Nell'allegato 3 sono previste alcune eccezioni a questo criterio, previste per casi in cui l'alta complessità può essere individuata da un numero inferiore di codici.

b. se presentano tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione almeno 2 codici ICD9-CM di mielolesione di cui all'Allegato 2 (ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità codice 56a).

c. se la diagnosi principale e almeno due tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione, sono ricomprese tra i codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 3 (ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità codice 56b).

d. se la diagnosi principale e almeno una tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione, sono ricomprese tra i codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 3 (ricoveri di riabilitazione estensiva codice 56c).

2. I ricoveri di riabilitazione, non conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) da Unità operative afferenti alla disciplina "Neuroriabilitazione" (codice 75) sono da considerare appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica, se sono attribuibili alla MDC 1 e se tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una delle seguenti codifiche ICD9-CM: 780.03 Stato vegetativo persistente; 780.09 Altre alterazioni della coscienza.

Art. 4

"Criterio di congruenza diagnostica"

2. I ricoveri di riabilitazione, non conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) da Unità operative afferenti alla disciplina "Neuroriabilitazione" (codice 75), sono considerati appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica, se sono attribuibili alla MDC 1 e se tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una delle seguenti codifiche ICD9-CM: condizioni con codice ICD9-CM compresi nell'Allegato 1 con F.I.M. $\leq 55/126$ ovvero con indice di Barthel $\leq 35/100$, oppure i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B e C, secondo la classificazione ASIA Impairment Scale (AIS) dell'American Spinal Injury Association (ASIA), e una delle condizioni con codice ICD9-CM compresa nell'Allegato 3, oppure una delle condizioni con codice ICD9-CM compresa nell'allegato 2.



Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials



3. I ricoveri di riabilitazione, non conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità Operative afferenti alla disciplina "Unità Spinale" (codice 28) sono considerati appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica, se tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una condizione con codice ICD9-CM compreso nell'Allegato 2 e una condizione con codice ICD9-CM compreso nell'Allegato 3.

4. È da considerarsi appropriato il trasferimento intra/interregionale tra Unità Operative di Unità Spinale (Codice 28) o Neuroriabilitazione (codice 75) a completamento del trattamento riabilitativo. È da considerarsi appropriato il trasferimento intra/interregionale tra Unità Operative di Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56) per avvicinamento alla propria residenza purché, complessivamente, la durata del ricovero rientri nel valore soglia, secondo quanto stabilito dal Decreto 18 ottobre 2012 "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale".

Art. 5

Monitoraggio

1. Il Comitato per la Verifica dei Livelli di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005, effettua annualmente il monitoraggio dell'applicazione dei suddetti criteri nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, attraverso appositi indicatori, nell'ambito delle attività previste dal Nuovo Sistema di Garanzia di cui al D.Lgs. n. 56/2000, evidenziando alle Regioni e Province Autonome le criticità riscontrate.

2. Sono fatte salve le disposizioni normative vigenti in materia di programmazione e di controllo delle attività sanitarie da parte delle Regioni e Province Autonome, finalizzate alla verifica di appropriatezza clinica e organizzativa, congruità della codifica e di coerenza dei percorsi nella rete regionale e delle Province Autonome.

3. Al fine di consentire il corretto monitoraggio del presente Decreto, sono emanate apposite indicazioni da parte del Ministero della Salute entro 60 giorni dalla data di pubblicazione.

Art. 6

Modalità di sperimentazione

Le disposizioni di cui al presente Decreto sono soggette ad un periodo di sperimentazione della durata di un anno. Essa sarà effettuata da un Gruppo Tecnico costituito da rappresentanti della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministro della Salute e rappresentanti delle Regioni e Province Autonome.



GL

Sen



<p>Il Gruppo Tecnico, coordinato dalla Direzione della Programmazione Sanitaria, avrà il compito di monitorare la fase di prima applicazione del sistema di regole introdotte dal presente Decreto nelle strutture di disciplina 28, 56 e 75 delle proprie Regioni e Province Autonome.</p> <p>Le evidenze emerse in sede regionale, saranno discusse dal Gruppo Tecnico nel corso di riunioni bimestrali che si svolgeranno presso il Ministero della Salute, nell'ottica della condivisione degli strumenti di monitoraggio, del superamento delle eventuali criticità e della valutazione finale degli impatti organizzativi.</p> <p>Art. 7 Entrata in vigore</p> <p>Le disposizioni di cui al presente Decreto entreranno in vigore dopo un periodo di sperimentazione della durata di un anno a partire dalla prima convocazione del Gruppo Tecnico.</p>	
--	--

Allegato 1	Allegato 1
<p>PAZIENTI AFFETTI DA "GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA" (GCA)</p> <p>Pazienti intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave" che presentano tra le diagnosi, principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 1.</p> <p><i>Elenco codici ICD9-CM che identificano la "Grave cerebrolesione Acquisita". Si precisa che laddove sia indicato un solo codice a tre cifre (categoria), si intendono appropriate - qualora presenti - tutte le relative sottocodifiche.</i></p> <p>N.B. Per rientrare nella definizione di grave cerebrolesione acquisita, tutti i codici inclusi nell'allegato 1 devono essere associati ad uno dei codici 78001 (coma), 78003 (Stato Vegetativo "Persistente") o 34481 (Sindrome dell'uomo incatenato).</p>	<p>PAZIENTI AFFETTI DA "GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA" (GCA)</p> <p>Pazienti intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratta con punteggio GCS inferiore o uguale a 8, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave", ovvero pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nell'Allegato 1, con F.I.M. \leq 55/126 ovvero con indice di Barthel \leq 35/100, oppure i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B e C, secondo la classificazione ASIA Impairment Scale (AIS) dell'American Spinal Injury Association (ASIA). Pazienti affetti da lesioni midollari che non sono stati trattati in una unità spinale unipolare che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie, uno o più codici ICD9-CM elencati nel presente allegato 2.</p> <p><i>Elenco codici ICD9-CM che identificano la "Grave cerebrolesione Acquisita". Si precisa che laddove sia indicato un solo codice a tre cifre (categoria), si intendono appropriate - qualora presenti - tutte le relative sottocodifiche.</i></p>



Handwritten signature and initials.



4. CONCLUSIONI

Vincolare restrittivamente, in funzione del coma, l'accesso dei pazienti all'Unità Operativa di neuroriabilitazione (codice 75) rappresenta una criticità sostanziale che può significativamente compromettere l'esito della riabilitazione del paziente, nel momento in cui viene indirizzato in una struttura assistenziale non adeguatamente attrezzata per la patologia da trattare.

Il codice 75 identifica la neuroriabilitazione ospedaliera di alta specialità e, come afferma la sentenza del Consiglio di Stato n. 1425/2019, ha la peculiare missione di tutelare le priorità "non sacrificabili", evitando che una riabilitazione non appropriata, e quindi non adeguata, diventi, di conseguenza, un costo sociale, sia per l'assenza del massimo grado di recupero psico-fisico in grado di favorire la migliore restituzione al contesto familiare, sia per una concreta reintegrazione nel tessuto sociale e lavorativo, anche in considerazione della riduzione dell'età media di insorgenza delle lesioni gravi del sistema nervoso.

Ad esempio, l'ictus cerebrale è la seconda causa di morte a livello mondiale e la prima di disabilità nell'adulto. L'impatto dell'ictus, in termini di riduzione dell'autosufficienza e di incidenza dei bisogni assistenziali, appare particolarmente gravoso. Nel nostro Paese sono 940.000 le persone sopravvissute ad un ictus, con esiti più o meno invalidanti, con un impatto economico previsionale annuale variabile tra i 12 e i 30 miliardi di euro (dati dell'American Heart-Stroke Association). Considerando inoltre i costi in termini di perdita di produttività, il danno aumenta di ulteriori 7-13 miliardi di euro.⁸

La stessa emergenza Sars-CoV-2 tuttora in atto ha evidenziato, dai dati internazionali, come l'assistenza sanitaria sia imperniata sui percorsi di emergenza-urgenza tra cui quelli della neurologia visto che l'infezione da COVID-19 può provocare anche importanti complicanze neurologiche che necessitano di specifico e adeguato trattamento riabilitativo.

Infine, appare evidente come la proposta di questo GdI verso l'appropriatezza di una neuroriabilitazione ospedaliera di alta specialità (codice 75), ovvero l'inclusione dei pazienti che evidenziano alta complessità clinico-sanitaria e riabilitativa, che non troverebbero adeguata risposta in altri codici, comporterebbe la duplice positiva azione, sia sulla salute dei pazienti, evitando diseguaglianze di trattamento sanitario e sociale (considerata la grave disomogeneità tra le regioni), sia sulla spesa pubblica che, a fronte di trattamenti riabilitativi appropriati con maggiori esiti positivi, risulterebbe significativamente ridotta.

⁸ CODICE.BLU. Percorso Ictus. Strategia, Principi attuativi ed Analisi dell'impatto socio-economico del Percorso Ictus in Italia (CSS Sezione I - 2019)



FL

Seu



Gruppo di lavoro

"Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" e schema di decreto sui "Criteri di Appropriatezza dei Ricoveri di Riabilitazione" (CARRO)

Prof. Bruno Dallapiccola *Presidente Sezione I CSS – Coordinatore Gdl*
Professore Ordinario di Genetica Medica - Direttore scientifico IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma -
Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica (Presidenza Consiglio dei Ministri)

Prof. Franco Locatelli *Presidente CSS - Co-coordinatore Gdl*
Professore Ordinario di Pediatria, Sapienza, Università di Roma, Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia e
Terapia cellulare e genica, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Componente Comitato tecnico scientifico (Cts),
Presidenza Consiglio dei Ministri

Dr. Stefano Moriconi *Segretario tecnico Gdl*
Dirigente medico, Coordinatore e Direttore della Struttura tecnica di Segreteria della Sezione I del Consiglio Superiore
di Sanità, Ministero della salute

Prof.ssa Paola Di Giulio *Vice Presidente CSS*
Professore Associato Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche – Dipartimento Scienze della sanità
pubblica e pediatriche - Università degli Studi di Torino

Prof. Mario Alberto Battaglia *Vice Presidente Sezione IV CSS*
Professore Ordinario di Igiene generale e applicata, Dipartimento di Scienze della Vita, Università di Siena, Presidio San
Miniato - *Presidente Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM)*

Prof. Mario Barbagallo *Vice Presidente Sezione V CSS*
Professore Ordinario di Medicina interna e Geriatria, Direttore Scuola specializzazione in Geriatria, Università di
Palermo. Direttore Dip.to Patologie emergenti e continuità assistenziale e U.O.C. Geriatria e lungodegenza A.O.U.
Policlinico P. Giaccone, Palermo

Prof. Giulio Cossu *Consigliere Sezione I CSS*
Constance Thornley Professor of Regenerative Medicine - Division of Cell matrix biology & regenerative medicine,
Faculty of Biology, medicine and health, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Regno
Unito. *Membro del Consiglio generale Associazione Luca Coscioni*

Prof. Francesco Longo *Consigliere Sezione I CSS*
Professore associato in Management pubblico, Dip.to Analisi politiche e management pubblico, Università Bocconi,
Milano

Prof. Fabrizio Starace *Consigliere Sezione III CSS*
Professore a contratto di psichiatria sociale. Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – AUSL
di Modena. *Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. Membro del Direttivo Associazione Luca
Coscioni*

Dr. Enrico Castelli
Direttore del Dipartimento di Neuroriabilitazione Intensiva e Robotica, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Dr. Franco Molteni
Direttore Dipartimento Riabilitazione Specialistica e U.O.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale, sede di Villa Beretta,
Costa Masnaga (Como)

Audizioni:

I.R.C.C.S. Santa Lucia
Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa - **SIMFER**
Società Italiana di Riabilitazione Neurologica - **SIRN**
Società Italiana di Neurologia - **SIN**
Società Italiana di Pneumologia - **SIP**

Contributi: Associazione Italiana Sclerosi Multipla – **AIMS**

FL *Luc*



IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE I

Coordinatore Gdl
Prof. Bruno Dallapiccola



IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE I

Segretario tecnico Gdl
Dr. Stefano Moriconi



IL PRESIDENTE DEL CSS

Co-coordinatore Gdl
Prof. Franco Locatelli

