

**Giornata Nazionale del Trauma Cranico**

**CONVEGNO**

***“Oltre il Coma, una Rete Integrata nella Comunità”***

*29-30 settembre 2006*

Firenze, Palazzo dei Congressi

***Tavola Rotonda:***

***“Percorsi di Rete Integrata dei Servizi***

***per le G.C.A. della Regione Lombardia”***

**C. Pistarini**

Unità Risveglio

Fondazione Salvatore Maugeri (Pavia)



Dr.ssa L. Luzzi



Regione Lombardia

Sempre maggiore ed importante esigenza della  
“presa in carico dei Pazienti con grave  
cerebrolesione acquisita”

la Regione Lombardia ha emanato:

**DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE**

**N° 7/19883 DEL 16.12.04**

Il testo della delibera è scaricabile dal *link*:

[http://www.sanita.regione.lombardia.it/delibere/DGR2004\\_19883.pdf](http://www.sanita.regione.lombardia.it/delibere/DGR2004_19883.pdf)



Regione Lombardia

# DGR n° 7/19883 del 16.12.04

## Richiama il PSSR 2002 – 2004

Piano socio-sanitario regionale suddiviso in due parti:

1. la prima riguarda le linee di sviluppo, unitamente ad obiettivi strategici di medio e lungo termine
2. la seconda esplicita le linee di intervento nei particolari settori di attività

Obiettivo: creazione di un modello di percorso integrato e continuo

sanitario

socio-sanitario

socio-assistenziale



DGR del 16/12/2004 n.7/19883

*si deve garantire un percorso integrato e continuo:*

- un intervento tempestivo e precoce

- un modello riabilitativo di continuità nel recupero e mantenimento della funzione
- un modello riabilitativo in grado di affondare la riacutizzazione della patologia

- un modello di accoglienza adeguato al mantenimento delle attività residue fisiche/psichiche per un ricovero di sollievo del caregiver



## DGR del 16/12/2004 n.7/19883

*la riabilitazione viene suddivisa  
in macroaree di attività:*

• **R. specialistica (cod. 56 - 75)**

• **R. generale / geriatrica (cod. 60)**

• R. mantenimento (non destinata all'assistenza del Paziente in coma)

*minuti di assistenza infermieristica professionale:*

- **area specialistica: 160 min**
- **area generale / geriatrica: 120 min**

*possono essere autorizzate ed accreditate :*

macroattività di "Riabilitazione generale e geriatrica" presso le U.O. di "Riabilitazione specialistica"



## *gestione delle singole aree*

*per ogni area deve essere predisposto:*

- PRS (Progetto Riabilitativo di Struttura)

*per ogni Paziente deve essere predisposto:*

- PRI (Progetto Riabilitativo Individuale)
- pri (Programma Riabilitativo Individuale)

---

*PRI e pri devono individuare le figure professionali laureate e non laureate necessarie*



## *figure professionali*

### *figure professionali educativo-riabilitative laureate e non laureate:*

- Specialisti area medica
- Fisioterapista
- Logopedista
- Ortottista-assistente in Oftalmologia
- Terapista della Neuro e Psicomotricità
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Terapista Occupazionale
- Podologo
- Educatore Professionale



**REGIONE LOMBARDIA/DG SANITA':  
DECRETO DIRETTORE GENERALE N° 12376 DEL 05.08.05**

Il DDG 12376/05 ha come oggetto la riclassificazione delle attività di degenza in area riabilitativa già accreditate e a contratto per tutta la Regione Lombardia, in ottemperanza alla DGR 7/19883/04.

Il testo della delibera in titolo è scaricabile dal *link*:

<http://www.infopoint.it/pdf/2005/03342.pdf>



Regione Lombardia

# *Il sistema di classificazione*

## gli interventi riabilitativi sono classificati per *DRG*

- sistema di classificazione basato su raggruppamenti omogenei di diagnosi.
- sistema basato su informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) individua circa 500 classi di casistiche, omogenee per il consumo di risorse, la durata della degenza ed il profilo clinico.
- finanziamento delle attività ospedaliere basato sulla remunerazione delle prestazioni con tariffe predeterminate.

## la classificazione diagnostica avviene sec. la codifica *ICD-9CM*

- la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati in gruppi correlati.
- è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche le diagnosi, le procedure diagnostiche e terapeutiche.
- rispetto alla ICD-9 che ne contiene 5000, contiene oltre 15000 codici di diagnosi.



- la tariffa remunerativa è stabilita in base alle giornate di degenza

DGR 7/19883/04

e

DDG 12376/05

- i tempi di degenza hanno un livello soglia stabilito in base al DRG

livello soglia di 180 gg: oltre devono essere considerati particolari indicatori di gravità di malattia



Delibera n. VII/19688 del 3.12.2004

Delibera n. VII/1375 del 14.12.2005

*Non saranno comprese nella quota di risorse assegnata alle strutture erogatrici in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato:*

in regime di ricovero e cura:

- ...
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, ..., segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di sindrome post.comatosa.
- ...



Ai fini dell'applicazione di tale provvedimento si

definisce stato vegetativo quale:

*“condizione di vigilanza in assenza di coscienza, di sé e dell'ambiente circostante, con la coesistenza delle seguenti condizioni:*

- *conservazione delle funzioni vegetative (cardiache-respiratorie-pressorie)*
- *presenza di lesione cerebrale conseguente a stato di coma post anossico/ ischemico o post-traumatico o infettivo*
- *assenza di pluripatologie o patologie cerebrali degenerative”*



# SOGLIE - standard riabilitativo e tariffa -

**Specialistica** **160 min/paz/die** **€ 245 (media)**

- 1 anno per pazienti età evolutiva
- 180 gg. pazienti con postumi di mielolesione
- 180 gg per pazienti in stato vegetativo

**Generale e geriatrica** **120 min/paz/die** **€ 150**

- Fino a 60 gg. GENERALE
- Fino a 90 gg. GERIATRICA
- Fino a 1 anno per pazienti in età evolutiva
- Indefinita per pazienti in stato vegetativo

**Mantenimento** **110 min/paz/die** **€ 130**

- STABILIZZAZIONE 30 gg.
- REINSERIMENTO 90 gg.
- Fino ai 18 anni per pazienti in età evolutiva
- Fino a 3 anni: disabili psichici ed handicap già inseriti in IDR



*Commissione tecnico-scientifica istituita dal Ministero della Salute  
con DM il 12 settembre 2005:*

composta da diversi specialisti del settore di ogni regione

scopo:

- pervenire ad un documento che fornisca indicazioni per la garanzia di una coerente successione di setting assistenziali in funzione delle fasi del processo morboso e delle diverse tipologie cliniche / familiari / ambientali della persona
- evidenziare il gold standard dell'assistenza per i pazienti che permangono in stato vegetativo o di minima responsabilità con la previsione di trasferimento in struttura di accoglienza definitiva o SUAP (speciali strutture di accoglienza permanente) od al domicilio

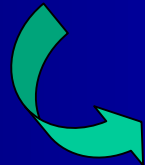
principali caratteristiche:

- le SUAP devono essere separate e distinte da aree di degenza ordinarie e dai reparti di riabilitazione, ma inserita in RSA o CDR quali unità distinte
- si è stimata una necessità di 30/40 letti / milione di abit. e 5 letti dedicati a SV e SMC/100mila abit.
- il rientro al domicilio deve essere incentivato, previa attivazione di rete di supporto logistico-organizzativo tramite Unità di valutazione multiprofessionale (UVM)



## *Standard minimi di struttura e di assistenza necessari per le SUAP:*

- posti letto per ogni modulo: non meno di 10 e non più di 20 (10% per ricoveri di sollievo programmati)
- staff specificamente dedicato
- un infermiere coordinatore
- 312 min/die/paziente da utilizzare nel piano assistenziale



Turno	Personale addetto	Minuti assistenza
7-14	6	2520
14-21	6	2520
21-7	2	1200
TOTALE	14	6240
6240 (minuti assistenza totali) : 20 (numero ospiti) = 312		

- adozione di un piano di assistenza individualizzato
- controlli medici di monitoraggio cadenzati: almeno di 1 ora in media/die, e reperibilità medica AB
- disponibilità di spazio e dispositivi per l'alzata
- libero accesso dei famigliari
- programma di sostegno psicologico ai famigliari

