



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 242 LEGISLATURA N. IXdelibera
789

DE/ME/ARS Oggetto: Riorganizzazione della rete per le gravi
0 NC Cerebrolèsioni Acquisite e relativi standard
 assistenziali

Prot. Segr.
860

Lunedì 30 giugno 2014, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- GIAN MARIO SPACCA
- ANTONIO CANZIAN
- SARA GIANNINI
- PAOLA GIORGI
- MARCO LUCHETTI
- MAURA MALASPINA
- ALMERINO MEZZOLANI
- LUIGI VIVENTI

Presidente
Vicepresidente
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore

E' assente:

- PIETRO MARCOLINI

Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente
del Consiglio regionale il _____
prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: "Riorganizzazione della rete per le gravi Cerebrolesioni Acquisite e relativi standard assistenziali"

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

VISTA la proposta del Direttore ARS che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

D E L I B E R A

1. di approvare la Riorganizzazione della rete per le gravi Cerebro-lesioni Acquisite nella Regione Marche e relativi standard assistenziali come specificato nell'allegato A che forma parte integrante della presente deliberazione a partire dal 1.7.2014;
2. di stabilire in particolare che l'attività di terapia sub-intensiva denominata "Unità di Risveglio" effettuata dall'Istituto di Riabilitazione S. Stefano non venga più svolta nell'ambito della funzione "ospedaliera", posti letto di neuro-riabilitazione cod. 75, bensì nell'ambito della funzione "residenziale", in posti letto già autorizzati ai sensi della L.R. 20/2000 come presidio residenziale di riabilitazione funzionale, opportunamente convertiti e riqualeficati al fine di assicurare standard organizzativi ed assistenziali in linea con quanto richiesto dal presente atto per l'attività in oggetto;
3. di stabilire che la funzione ospedaliera di Neuro-riabilitazione cod. 75 precedentemente regolamentata dalla DGR 1259/2013 su tre tipologie di attività (URI, UNI e cod. 75 ordinario) sia ricondotta dal 1.7.2014, in una unica tipologia tariffata e regolamentata coerentemente con quanto disposto dal DM 18/10/2012;
4. di demandare all'ASUR l'applicazione di tale modifica organizzativa nell'ambito dello specifico accordo contrattuale con il trasferimento del relativo budget già riferito alla tipologia URI dalla funzione ospedaliera alla funzione residenziale extra-ospedaliera, garantendo la continuità assistenziale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La rete di alta specialità riabilitativa ospedaliera ed extra-ospedaliera costituisce una funzione strategica nel sistema di offerta regionale che si è qualificata negli anni per dare risposta alle necessità di trasferimento precoce di pazienti critici dai reparti di rianimazione e neurochirurgia, consentendo programmi di recupero funzionale per la riduzione degli esiti delle gravi cerebrolesioni e di rispondere alle necessità di assistenza a lungo termine dei pazienti con gravi esiti. Tale rete persegue contestualmente l'obiettivo di contenimento della mobilità passiva extra-regionale.

Un recente documento ministeriale **"metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera"** del febbraio 2013 esplicita che "la diversa organizzazione di interventi riabilitativi e setting assistenziali, nonché l'assenza di criteri e requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione, hanno comportato risposte assistenziali diversificate, con un conseguente sbilanciamento dei volumi di attività e della distribuzione dei servizi fra le Regioni". Tali diversificate risposte assistenziali si evidenziano a causa di una distribuzione di posti letto per 1.000 abitanti di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie fortemente diversificata tra le Regioni; una situazione di elevata variabilità regionale in termini di frequenza di ricoveri e giornate di degenza, anche tra le Regioni tradizionalmente considerate "virtuose", una profonda differenziazione regionale sia in termini di livello di assegnazione della tariffa (MDC, DRG, ecc.), sia nel valore delle tariffe, sia nei valori soglia e nelle percentuali di abbattimento delle tariffe stesse. Sempre da tale analisi emerge che nella nostra Regione a fronte di una buona appropriatezza clinica permangono aree di criticità sul versante degenza media.

Una sua riorganizzazione appare oggi necessaria per adeguare l'offerta all'evoluzione della domanda interna e dei flussi di mobilità attiva, per specializzare alcune funzioni, anche alla luce del nuovo Piano di Indirizzo della Riabilitazione 2011-2013 (G.U. n. 50 del 2.3.2011) e delle *"Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza"* recepite dalla regione Marche con DGR n.1414 del 8/10/2012. La riorganizzazione appare inoltre utile ai fini di una modulazione tariffaria che contrasti gli effetti negativi del "differenziale TUC" in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

Nell'ambito del Piano di Indirizzo della Riabilitazione, a cui si rinvia per tutti gli aspetti riferiti alla organizzazione del percorso riabilitativo, le prestazioni di "riabilitazione intensiva ad alta specializzazione" che garantiscono percorsi dedicati a pazienti con gravi cerebrolesioni sono individuati come *servizi per persone affette da grave cerebrolesione acquisita e gravi traumi encefalici*. Rientrano quindi tra di esse tutte le attività già normate nella Regione Marche dalla DGR 1437/99 come "Neuro-riabilitazione". La neuro-riabilitazione è un'attività di alta specialità riabilitativa caratterizzata da gestione clinica e trattamento riabilitativo intensivo di pazienti con problematiche cliniche complesse conseguenti a gravi cerebrolesioni acquisite, traumi, malattie infettive, vascolari e neurodegenerative altamente invalidanti.

Nell'ambito dei flussi delle prestazioni ospedaliere, queste attività vengono individuate con il codice di attività "75" e sono qualificate come prestazioni di riabilitazione intensiva in pazienti ad alto grado di disabilità e di complessità clinica. A livello nazionale, a parte quanto previsto nel citato Piano di Indirizzo della Riabilitazione e nelle precedenti Linee Guida per la Riabilitazione (G.U. n. 124 del 30 maggio 1998), non esiste una regolamentazione specifica dell'attività di neuro-riabilitazione cod. 75. Tuttavia in base a quanto previsto dal Tariffario Nazionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero, dalla Tariffa Unica Convenzionale (TUC) e dal DM 18/10/2012 è possibile dedurre alcune regole base che consentono l'accesso al servizio indifferentemente per trasferimento ospedaliero così come per invio dal domicilio. Il tariffario nazionale e la TUC non prevedono inoltre una relazione temporale con l'evento acuto invalidante e non fissano limiti preordinati alla durata della degenza.

Nella Regione Marche questa tipologia di prestazioni è stata negli anni introdotta e regolamentata con criteri molto restrittivi mediante quanto disposto dalla DGR 1437/99, che disciplina le prestazioni di Neuro-riabilitazione cod. 75. Nell'ambito del "modello marchigiano", specificamente finalizzato a promuovere il ricovero di pazienti critici direttamente provenienti dai reparti di rianimazione e di neurochirurgia, vengono individuate due tipologie di Neuro-riabilitazione cod. 75 "specialistica", caratterizzati da elevati standard assistenziali (rapporto personale/posto letto di 2 ad 1), con rigide regole di accesso (consentito solo per dimissione diretta dai reparti ospedalieri



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

per acuti ed entro 180 gg dal trauma), e con limitata durata della degenza (massimo 120 giorni prorogabili una sola volta in casi particolari).

Le due tipologie "specialistiche" previste dalla DGR 1437/99 sono l'Unità di Risveglio (URI) e l'Unità Neuro-riabilitativa Intensiva (UNI) e sono specificamente rivolte a pazienti "critici" in stato di coma o di minimo contatto, tracheostomizzati ed eventualmente ventilati, con nutrizione enterale o parenterale.

La tipologia assistenziale URI rappresenta una estensione dei reparti ospedalieri di Terapia Intensiva ed è destinata ad accogliere pazienti in coma o non collaboranti, in situazioni cliniche non stabilizzate e con necessità di assistenza di tipo intensivo, ove vengono attuati programmi riabilitativi di mobilitazione e di stimolazione neuromotoria e psico-sensoriale.

La tipologia assistenziale UNI è destinata a pazienti che, pur in condizioni di grave disabilità e di necessità di monitoraggio clinico, hanno superato la fase critica e recuperate almeno parzialmente le funzioni cognitive e la capacità di collaborare ai programmi di terapia riabilitativa in condizioni di interazione con il terapeuta. La tipologia UNI ai sensi della DGR 1437/99 include anche il trattamento delle mielolesioni.

La particolare complessità assistenziale di queste tipologie di servizi, gli standard di personale previsti, la datazione cronologica relativamente recente dall'evento acuto, con la relativa presenza di problematiche cliniche non stabilizzate, giustificano il riconoscimento di una tariffa giornaliera più elevata di quella riconosciuta per l'attività di ricovero per Neuro-riabilitazione cod. 75 "ordinaria", che consente l'ammissione di pazienti di minor intensità assistenziale, in fasi più avanzate della loro storia clinica e con possibilità di permanenza per periodi più lunghi. Questa scelta programmatica della Regione Marche ha prodotto nel tempo una indubbia ricaduta nella gestione del turn-over nei reparti di rianimazione, consentendo dimissioni precoci di pazienti complessi, ed ha creato un polo di attrazione sovra regionale di significativa rilevanza, che occupa buona parte dei posti letto accreditati (30-40%). Il sistema assistenziale marchigiano prevede inoltre la presenza di strutture extra-ospedaliere, classificate come Unità Speciali Residenziali (UCP/UGIR) dedicate ad erogare assistenza specializzata a pazienti con esiti stabilizzati e prolungati di gravi cerebro-lesioni e/o con grave insufficienza respiratoria. Questa tipologia di strutture, che si colloca in diretta continuità con i reparti di riabilitazione e neuro-riabilitazione ospedaliera, è destinata ad accogliere pazienti che, superata la fase di stabilizzazione clinica post-critica e l'eventuale percorso di riabilitazione finalizzata al risveglio ed al massimo recupero delle funzioni cognitive e motorie, permangono in uno stato di coma o di minima coscienza in un quadro che non ne consente la dimissione a domicilio.

Infine nell'ambito della riorganizzazione del SSR mediante la DGR 735/2013 sono state introdotte le tipologie di assistenza extra-ospedaliera definite "cure intermedie" allo scopo di liberare i posti letto di acuzie per ricondurli allo standard dello 3.7 per mille e garantire nel territorio modelli assistenziali qualificati e non gravati dalle logiche ospedaliere.

Con il presente atto si intende dar corso allo sviluppo di tale contenitore extra-ospedaliero e, garantendo gli standard assistenziali elevati necessari per tale tipologia di pazienti, stabilire i nodi della rete di assistenza definendo un percorso assistenziale virtuoso per la cura dei pazienti in Stato di Minima Coscienza o Stato Vegetativo. Inoltre vengono ridefiniti gli standard assistenziali delle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere dedicate.

Con la presente deliberazione non si modifica l'assetto di accreditamento ed il numero dei posti letto ospedalieri ed extra-ospedalieri autorizzati presso la struttura Istituto di Riabilitazione S. Stefano, confermando quanto previsto in termine di dotazione di posti letto negli atti programmatici di cui alle DGR n. 1789/2009 e n. 735/2013, anche in considerazione del fatto che presso la Regione Marche le funzioni di tipo URI sono svolte in via esclusiva presso l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano.

L'attività di terapia sub-intensiva denominata "Unità di Risveglio" effettuata dall'Istituto di Riabilitazione S. Stefano non verrà più svolta nell'ambito della funzione "ospedaliera", posti letto di neuro-riabilitazione cod. 75, bensì nell'ambito della funzione "residenziale", in posti letto già autorizzati ai sensi della L.R. 20/2000 come presidio residenziale di riabilitazione funzionale, opportunamente convertiti e riqualificati al fine di assicurare standard organizzativi ed assistenziali in linea con quanto previsto dal presente atto.

Inoltre la funzione ospedaliera di Neuro-riabilitazione cod. 75 precedentemente regolamentata dalla DGR 1259/2013 su tre tipologie di attività (URI, UNI e cod. 75 ordinario) viene ricondotta dal 1.7.2014, in una unica

det



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

tipologia tariffata e regolamentata coerentemente con quanto disposto dal DM 18/10/2012 e dall'atto regionale in via di definizione. L'applicazione di tale modifica organizzativa nell'ambito dello specifico accordo contrattuale con il trasferimento del relativo budget già riferito alla tipologia URI dalla funzione ospedaliera alla funzione residenziale extra-ospedaliera viene demandata all'ASUR, garantendo la continuità assistenziale.

L'attività così riqualificata viene individuata come Unità Residenziale sub-Intensiva per Gravi Cerebro-lesioni Acquisite (URI - UGCA), adottando standard e modelli organizzativi già definiti per la tipologia URI con DGR 1437/99 e maggiormente puntualizzati con il presente atto, applicando ad essa le tariffe già fissate con DGR 1259/2013 e successive modifiche.

A tal fine in coerenza con la DGR 1414 dell'8/10/2012 si è costituito, con decreto n. 64/ARS del 29/5/2014, il gruppo tecnico regionale per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e di minima coscienza. In data 06/06/2014 tale gruppo di lavoro si è riunito ed ha condiviso il documento allegato sulle **"LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA E RELATIVI STANDARD ASSISTENZIALI"**.

Tale modello organizzativo consente di migliorare le risposte assistenziali già elevate nella Regione e di ridefinire gli standard assistenziali territoriali dei posti letto extra-ospedalieri più propriamente riconducibili ad una terapia sub-intensiva, piuttosto che al semplice modello della neuro-riabilitazione cod. 75. In coerenza con il livello assistenziale si mantengono le tariffe regionali previste nella DGR n. 572/2011 e DGR n. 1223/2012.

La Giunta Regionale con DGR n. 696 del 9 Giugno 2014 approvava la richiesta di parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente "Riorganizzazione della rete per le gravi Cerebrolesioni Acquisite e relativi standard assistenziali".

La V Commissione Assembleare nella seduta n. 77 del 24 giugno 2014, con nota n. 232/2014 ha espresso il parere favorevole in merito all'allegato A alla citata DGR.

Per tutto quanto sopra si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Verdiana Piatanesi)

Visto il Dirigente FF assistenza ospedaliera,
emergenza-urgenza, ricerca e formazione
(Lucia Di Furia)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Direttore dell'ARS

(Enrico Bordoni)

La presente deliberazione si compone di n. 9 pagine, di cui n. 4 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa MORONI)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

“LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER L’ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA E RELATIVI STANDARD ASSISTENZIALI”

L’esperienza della regione Marche e le necessità organizzative che ne derivano trovano diretto riscontro con quanto espresso dalle **LINEE DI INDIRIZZO PER L’ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA** approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e recepite dalla Regione Marche con DGR n. 1414 del 8/10/2012. In attuazione della citata deliberazione si è ritenuto quindi di dover dar seguito alla riorganizzazione della rete di offerta di servizi per pazienti in coma, stato vegetativo e stato di minima coscienza ed al conseguente riordino dei posti letto delle strutture erogatrici private accreditate.

Le Linee di Indirizzo prevedono un’organizzazione a Rete, strutturata su un Centro Regionale di Riferimento e Quattro livelli assistenziali diversificati destinati a;

- gestione della fase acuta (Unità Ospedaliera di Terapie Intensiva-Rianimazione)
- gestione della fase sub-acuta, caratterizzata da alta intensità assistenziale, in struttura esterna al reparto di Rianimazione (URI)
- gestione della fase post-acuta e alta intensità riabilitativa (Ospedaliero cod. 75) con eventuale prosecuzione in reparti cod. 56 e cod. 60 o in regimi domiciliari e ambulatoriali.
- gestione della fase di prolungato stato vegetativo o di minimo contatto (Domicilio e SUAP)

La Rete proposta dalle Linee Guida riproduce, seppure con denominazioni e classificazioni diverse, il sistema di offerta regolamentato con la DRG n. 1437/1999 e ad oggi esistente. Il suo aggiornamento appare pertanto relativamente semplice e può essere realizzato mediante l’individuazione di un Centro Regionale di Riferimento (Ospedali Riuniti di Ancona) ed un sistema di offerta articolato su quattro livelli assistenziali (“nodi”), due ospedalieri e due residenziali.

Il **Centro Regionale di Riferimento** viene individuato presso l’Unità di Rianimazione degli Ospedali Riuniti di Ancona. Tale centro non è gerarchicamente sovraordinato, ma ha piuttosto funzione di osservatorio e banca dati ed è responsabile del controllo della corretta prassi diagnostico-terapeutica dei vari centri e della raccolta longitudinale dei dati, attraverso un database utilizzato da tutte le strutture. Il database dovrebbe contenere informazioni su dati clinici dei pazienti, valutazioni funzionali periodiche standardizzate, dati sulle cure, incidenza e indicatori di recupero delle GCA e in particolare degli SV e SMC, informazioni sull’eterogeneità neurofisiologica nei pazienti in SV e SMC e la rilevanza nella diagnosi, prognosi e risposta al trattamento, variazioni regionali nelle cure, analisi delle complicanze, costi e fattori che contribuiscono alle decisioni familiari.

I “Nodi” della rete sono costituiti da:

A . Unità Ospedaliera di Terapie Intensiva-Rianimazione (gestione della fase acuta) Emergenza-Urgenza, Rianimazione, Neurochirurgia.

Sono individuate per questa funzione tutte le Unità di Rianimazione e Neurochirurgia della Regione Marche, così come attualmente strutturate, che per la funzione opereranno in rete sotto il coordinamento del Centro Regionale di Riferimento.

Le rianimazioni dovranno minimizzare i tempi di permanenza nelle terapie intensive e trasferire i pazienti, ancora instabili, che tuttavia non necessitano più di cure intensive (condizioni di insufficienza multi organo), in area di terapia sub-intensiva.

Standard Assistenziali

Quelli previsti dalla legge 20/2000.

B . Unità Riabilitative sub-Intensive extraospedaliere (gestione della fase sub-acuta)

Le linee di indirizzo lasciano aperta la possibilità che queste attività siano svolte nell’ambito della funzione ospedaliera all’interno dei DEA o in strutture ad hoc organizzate come unità speciali residenziali, rinviandone in modo esplicito



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

la decisione a livello di programmazione regionale. L'obiettivo è quello di raggiungere, in un ambiente esterno ai reparti di rianimazione, la stabilizzazione clinica, superare la fase delle complicanze frequenti, sottoporre il paziente a tecniche riabilitative precoci di attivazione per evitare le complicanze da deafferentazione ed immobilità, valutare a fini prognostici elementi utili ad indirizzare la persona in SV e SMC nel successivo corretto percorso assistenziale e riabilitativo.

A tal fine l'attività di terapia sub-intensiva denominata "Unità di Risveglio" effettuata per la regione Marche presso l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano non verrà più svolta nell'ambito della funzione "ospedaliera", posti letto di neuro-riabilitazione cod. 75, bensì nell'ambito della funzione "residenziale", in posti letto già autorizzati ai sensi della L.R. 20/2000 come presidio residenziale di riabilitazione funzionale, opportunamente convertiti e riqualificati al fine di assicurare standard organizzativi ed assistenziali in linea con quanto richiesto dal presente atto per l'attività in oggetto. Non si modifica l'assetto di accreditamento ed il numero dei posti letto ospedalieri ed extra-ospedalieri autorizzati presso la struttura Istituto di Riabilitazione S. Stefano, confermando quanto previsto in termine di dotazione di posti letto negli atti programmatici di cui alle DGR n. 1789/2009 e n. 735/2013.

L'attività così riqualificata individuata come Unità Residenziale sub-Intensiva per Gravi Cerebro-lesioni Acquisite (URI UGCA), adotta standard e modelli organizzativi già definiti per la tipologia URI con DGR 1437/99 e maggiormente puntualizzati con il presente atto, applicando ad essa le tariffe già fissate con DGR 1259/2013 e successive modifiche.

Nell'URI sono disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo continuativo qualsiasi tipo di lesione e garantire le cure intensive a pazienti con problematiche poli-distrettuali.

Le URI sono dotate di adeguata organizzazione, dotazione strumentale e diagnostica di II livello (RMN, TAC, Broncoscopia) con competenze neurologiche e fisiatriche oltreché internistiche. Sono qualificate come **unità subintensive multidisciplinari** ed interagiscono con la Rianimazione e la Neurochirurgia per garantire la dimissione precoce e l'approccio neuro-riabilitativo tempestivo; danno rapida accoglienza al paziente proveniente dalla fase acuta, ancora instabile ed ad elevato rischio di complicazioni; definiscono il bilancio funzionale, contribuiscono alla diagnosi e alla prognosi e gestiscono i rapporti con le famiglie; danno l'avvio al piano individuale di riabilitazione e promuovono la riattivazione delle funzioni corticali stimolando in forma appropriata la plasticità neuronale.

Indirizzano i pazienti al livello di cura successivo una volta avvenuta la stabilizzazione. Il rapporto con le famiglie in questa fase è fondamentale e l'autorizzazione ad una maggior presenza dei familiari a fianco del paziente può consentire il contenimento della deprivazione sensoriale creata generalmente dalle Terapie Intensive.

STANDARD ASSISTENZIALI

L'attività in oggetto viene quindi qualificata come Unità Residenziale sub-Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (**URI-UGCA**) che sostituisce l'attuale tipologia cod. 75 – URI individuata dalla DGR 1437/1999, ed opera con i seguenti standard :

- Livello Assistenziale
 - o Residenziale, RD1, Unità Speciale ad altissima intensità terapeutico/riabilitativa.
- Standard Assistenziali
 - o Assistenza medica diretta > h 8 (h 24 con guardia medica di struttura)
 - o Equipe medica multidisciplinare: neurologo, fisiatra, internista, anestesista
 - o Assistenza Infermieristica diretta h 24
 - o Assistenza OSS diretta h 24
 - o Minuti di assistenza Infermieri ed OSS > 360 minuti/pz/die
 - o Terapia riabilitativa e nursing riabilitativo > 2 ore /die
- Standard strutturali
 - o Organizzazione dei posti letto in open-space monitorato, o in camere doppie (almeno 20%) o in camere singole (almeno 10%)
 - o Gas medicali (O2, aria e vuoto), climatizzazione e regolazione luminosa circadiana
 - o Monitor multiparametrici, etc.
 - o Camere anche senza bagno, servizi igienici di nucleo con 1 bagno assistito ogni 20 pz.
- Criteri di accesso
 - o Solo per trasferimento diretto da reparto ospedaliero



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Durata degenza
 - o Degenza massima 180 gg prorogabile una sola volta su relazione clinica.
- Tariffa
 - o Tariffa DGR 1259/2013 prevista per il cod. 75 URI

C . Unità Operative di Riabilitazione post-acuta ospedaliera (gestione della fase post-acuta e alta intensità riabilitativa) Unità post-acuzie di alta specialità, corrispondente al cod. 75 Neuro-riabilitazione dedicata a gravi cerebro lesioni acquisite (UGCA - Cod. 75), in grado di effettuare la presa in carico omnicomprendente delle persone con GCA, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, menomazioni e complicanze con focalizzazione più specifica al recupero funzionale. Devono operare in continuità con Unità di Riabilitazione Intensiva cod 56 e Unità per successiva Riabilitazione Estensiva e ambulatoriale/domiciliare, per garantire il completo percorso di recupero, ovvero con unità residenziali del tipo SUAP.

Devono disporre di adeguate risorse strutturali e di personale esperto, che permetta il monitoraggio delle funzioni vitali nell'immediata fase post-acuta, la gestione dell'affrancamento progressivo dalla nutrizione parenterale ed enterale (laddove possibile), la presa in carico globale del paziente con adeguati protocolli diagnostico terapeutici (indagini neurofisiologiche e di neuroimaging avanzate), nursing intensivo, riabilitazione foniiatrica, training deglutitorio, rieducazione respiratoria, riabilitazione neuropsicologica, riabilitazione e gestione dei disturbi comportamentali, terapia occupazionale, terapia ortottica, riabilitazione urologica, assistenza sociale per le connessioni con le strutture territoriali, etc). L'intero percorso riabilitativo deve essere accompagnato da un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale che fornisce terapie individuali e di gruppo, include un team neuropsicologico dedicato al paziente e psicologico dedicato alla famiglia e prevede incontri sistematici e programmati tra l'équipe e il nucleo familiare.

Le Unità Operative di Riabilitazione ad Alta Specialità devono consentire l'accoglienza di tutte le GCA, prevedendo auspicabilmente unità separate per gli SV e di SMC con processo riabilitativo di tipo long-term (LTCR), consentire ai familiari di sperimentare la possibilità di evoluzione favorevole anche dei disturbi di coscienza più gravi e, soprattutto, devono disporre di tutte le risorse necessarie, dalle necessità di monitoraggio delle funzioni vitali e nursing specialistico alla presa in carico riabilitativa attiva: neuromotoria, foniiatrica, neuropsicologica, ecc, fino al recupero delle autonomie possibili per le GCA in evoluzioni favorevoli, mirando alla integrazione nel precedente contesto di vita o al passaggio alle speciali unità di accoglienza permanente (SUAP), garantendo la necessaria integrazione con i MMG e le risorse socio-sanitarie del territorio.

Tali Unità devono inoltre disporre di Day Hospital o Ambulatori dedicati o predisporre, nei casi ad evoluzione meno favorevole, il trasferimento a strutture di lungo degenza specifiche come le SUAP o avviare il paziente verso domicili protetti o il proprio domicilio con un piano di assistenza domiciliare integrata, nei casi in cui la famiglia sia in grado di gestire e desideri la ridomiciliazione. Nell'ambito del territorio il numero di Centri deve essere limitato in modo tale da concentrare presso le strutture un numero adeguato di pazienti, utilizzando le risorse disponibili in misura proporzionale ai loro costi.

STANDARD ASSISTENZIALI

L'attività in oggetto può essere svolta posti letto di **Neuroriabilitazione cod 75** che sostituisca l'attuale tipologia cod. 75 - UNI individuata dalla DGR 1437/1999, ed opera con i seguenti standard:

- Livello Assistenziale
 - o Ospedaliero, Neuroriabilitazione cod. 75
- Standard Assistenziali
 - o Assistenza medica diretta > h 8 (h 24 con guardia medica di struttura)
 - o Assistenza Infermieristica diretta h 24
 - o Assistenza OSS diretta h 24
 - o Minuti di assistenza Infermieri ed OSS > 280 minuti/pz/die
 - o Terapia riabilitativa e nursing riabilitativo > 2 ore /die
- Standard strutturali
 - o Organizzazione in camere quaduple (non più del 40%) in camere doppie (almeno 40%) o singole (almeno 20%)

for



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Gas medicali (O₂, aria e vuoto), climatizzazione
- Monitor multiparametrici, etc.
- Servizi igienici di nucleo con 1 bagno assistito ogni 20 pz.
- Criteri di accesso
 - per trasferimento da reparto ospedaliero o da URI / ammessi ricoveri programmati di revisione dal domicilio nella misura massima del 20%.
- Durata degenza
 - Senza limite preordinato
- Tariffa
 - Tariffa massima DM 18/10/2012 per il cod. 75

D. Strutture territoriali-Domicilio e Speciali Unità di Assistenza Prolungata (SUAP) (gestione della fase di prolungato stato vegetativo o di minimo contatto). Per i pazienti che permangono in stato vegetativo o di minima coscienza, ma anche di "locked-in syndrome" e di grave insufficienza respiratoria, in alternativa all'opzione prioritaria del domicilio vengono previste strutture residenziali definite come Speciali Unità di Assistenza Prolungata (SUAP) che svolgono funzione per la gestione dei percorsi di assistenza prolungata. Particolare attenzione va posta nell'organizzare adeguate soluzioni per quei pazienti che permangono in Stato Vegetativo prolungato o cronico, per i quali deve essere agevolata la possibilità del rientro al proprio domicilio o in domicili protetti di nuova concezione.

STANDARD ASSISTENZIALI

L'attività in oggetto può essere svolta presso posti letto Residenziali Speciali già individuati come Unità Comi Prolungati (per analogia con la nomenclatura nazionale **SUAP**) che possono essere organizzate in integrazione con Unità per Gravi Insufficienze respiratorie (modello **UCP-UGIR**) già operanti nella regione Marche secondo il modello individuato dalla DGR 1437/1999, con i seguenti standard:

- Livello Assistenziale
 - Residenziale, RD1, Unità Speciale Stati Vegetativi e Gravi insufficienze respiratorie.
- Standard Assistenziali
 - Assistenza medica diretta h 12
 - Assistenza Infermieristica diretta h 24
 - Assistenza OSS diretta h 24
 - Minuti di assistenza Infermieri ed OSS > 240 minuti/pz/die
 - Terapia riabilitativa e nursing riabilitativo > 1 ore /die
 - Servizio di supporto alla dimissione domiciliare con attivazione di sistemi di telemedicina
- Standard strutturali
 - Organizzazione dei posti letto in open space o in camere quaduple, in camere doppie o singole (almeno 10%)
 - Gas medicali (O₂, aria e vuoto), climatizzazione
 - Monitor multiparametrici, etc.
 - Un bagno ogni 4 pl con 1 bagno assistito ogni 20 pazienti.
- Criteri di accesso
 - da reparto ospedaliero o da URI / ma anche da RSA o dal domicilio per sollievo o modificate necessità assistenziale.
- Durata degenza
 - Senza limite preordinato
- Tariffa
 - Tariffa della DGR1259/2013 prevista per le Unità Speciali UCP/UGIR.