


**Beschluss  
der Landesregierung**
**Deliberazione  
della Giunta Provinciale**

Nr. 480  
Sitzung vom 30/06/2020 Seduta del

## ANWESEND SIND

Landeshauptmann  
Landeshauptmannstellvertr.  
Landeshauptmannstellvertr.  
Landeshauptmannstellvertr.  
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher  
Arnold Schuler  
Giuliano Vettorato  
Daniel Alfreider  
Massimo Bessone  
Waltraud Deeg  
Maria Hochgruber Kuenzer  
Thomas Widmann

Eros Magnago

## SONO PRESENTI

Presidente  
Vicepresidente  
Vicepresidente  
Vicepresidente  
Assessori

Segretario Generale

**Betreff:**

Aktualisierung und Ergänzung des  
Fachplanes für das landesweite  
Rehabilitationsnetz

**Oggetto:**

Aggiornamento ed integrazione del Piano  
Provinciale della rete riabilitativa

Vorschlag vorbereitet von  
Abteilung / Amt Nr.

23

Proposta elaborata dalla  
Ripartizione / Ufficio n.

## Die Landesregierung

mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016, Landesgesundheitsplan Südtirol 2016–2020, wurden die Planungsziele für die post-akute Versorgung definiert;

der Beschluss der Landesregierung Nr. 1406 vom 18. Dezember 2018 „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“, sieht im Punkt 9 die Einsetzung eines Koordinierungsgremiums vor, der in definierten Bereichen prioritär intervenieren muss, u.a. in der Bestimmung neuer Bewertungsskalen, die auf staatlicher und internationaler Ebene validiert sind, und in der Definition von Angemessenheitskriterien der Aufenthalte für Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege;

in Anwendung des oben genannten Beschlusses der Landesregierung wurde eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Abteilung Gesundheit, des Südtiroler Sanitätsbetriebes und öffentlichen und privaten Akteuren der Rehabilitation ins Leben gerufen, die sich mit den oben genannten Themen beschäftigt hat;

der Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021 wurde daraufhin überarbeitet, die Zugangskriterien definiert und neue Bewertungsskalen eingeführt;

der gegenständliche Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025 ersetzt so den vorhergehenden Fachplan 2019-2021;

nach Einsichtnahme im Verfahren des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 2702/16 „Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte“;

der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird alle notwendigen Schritte zur Umsetzung der neuen Zugangskriterien und der Einführung der neuen Bewertungsskalen unternehmen müssen;

um es dem Südtiroler Sanitätsbetrieb zu ermöglichen, alle Verschreiber auszubilden und zu informieren, ist eine Übergangszeit von 6 Monaten vorgesehen, nach deren Ablauf dieser Beschluss in Kraft treten soll;

## La Giunta Provinciale

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016 Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020, sono stati definiti obiettivi di piano per l'assistenza post-acuta;

la deliberazione della Giunta Provinciale n. 1406 del 18 dicembre 2018 “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”, prevede al punto 9 l'attivazione di una cabina di regia che deve intervenire prioritariamente in ambiti definiti, fra i quali l'individuazione di nuovi strumenti di misurazione validati a livello nazionale e internazionale, e la definizione di criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza post-acuta;

in applicazione della suddetta delibera della Giunta Provinciale è stato istituito un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti della Ripartizione Salute, dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e da professionisti della riabilitazione pubblici e privati, che si è occupato dei temi suddetti;

il Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021 è stato quindi rielaborato, sono stati definiti i criteri di accesso e introdotte nuove scale di valutazione;

il presente Piano provinciale della rete riabilitativa 2020-2025 sostituisce quindi il precedente Piano 2019-2021;

vista la procedura dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 2702/16 “Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie”;

l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dovrà provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione dei nuovi criteri di accesso e all'introduzione delle nuove scale di valutazione;

per consentire all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di provvedere alla formazione e informazione di tutti i soggetti prescrittori si prevede un periodo transitorio di 6 mesi, al termine del quale la presente delibera si intende operativa;

**beschließt**

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Den beiliegenden „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025“ als integrierenden Teil des gegenständlichen Beschlusses zu genehmigen und den „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“ zu ersetzen;
2. den Sanitätsbetrieb mit der Aufgabe zu betrauen, alle notwendigen Schritte zur Umsetzung der neuen Zugangskriterien und der Einführung der neuen Bewertungsskalen zu unternehmen;
3. eine Übergangszeit von 6 Monaten nach Genehmigung des gegenständlichen Beschlusses vorzusehen, damit der Südtiroler Sanitätsbetrieb alle Verschreiber ausbildet und informiert, und den vorliegenden Plan umsetzt;
4. gegenständlicher Beschluss bringt keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes mit sich.

**DER LANDESHAUPTMANN**

**DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.**

**delibera**

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare l'allegato “Piano provinciale della rete riabilitativa 2020-2025”, quale parte integrante della presente deliberazione, e di sostituire il “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”;
2. di demandare all'Azienda Sanitaria il compito di provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione dei nuovi criteri di accesso e all'introduzione delle nuove scale di valutazione;
3. di prevedere un periodo transitorio di 6 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per consentire all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di formare e informare tutti i soggetti prescrittori, ed implementare il presente Piano;
4. la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio provinciale.

**IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA**

**IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.**

# PIANO PROVINCIALE DELLA RETE RIABILITATIVA 2020-2025

Riorganizzazione dell'offerta e  
modalità di accesso

# Indice

1. Premessa .....	2
2. La rete riabilitativa: descrizione dell'offerta provinciale.....	3
2.1 Riabilitazione intensiva - codice 56 .....	4
2.2 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75 .....	5
2.3 Lungodegenza post-acuta - codice 60 .....	6
2.4 Mobilità passiva .....	7
2.5 Attività ambulatoriali .....	9
2.6 Le principali sfide .....	9
3. Descrizione del Piano: come diventerà la rete riabilitativa .....	10
3.1 Riabilitazione estensiva in regime di ricovero e in altri regimi (extraospedaliero, domiciliare, ambulatoriale).....	11
3.1.1 Lungodegenza post-acuta - codice 60 .....	11
3.1.2 Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978) .....	12
3.1.3 Attività di riabilitazione orientate al domicilio .....	12
3.1.4 Attività ambulatoriali di riabilitazione .....	12
3.2 Riabilitazione intensiva - codice 56.....	12
3.3 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75 .....	16
4. Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio .....	18
4.1 Mission del Dipartimento di riabilitazione.....	18
4.2 Compiti del Dipartimento.....	19
4.3 Strutture afferenti al Dipartimento.....	19
4.4 Composizione del Dipartimento .....	19
4.5 Direttore del Dipartimento .....	20
4.6 Comitato di Dipartimento.....	20
4.7 Proposta per l'ospedale di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione di Vipiteno.....	21
5. Sistema di controlli.....	22
6. Formazione ed aggiornamento .....	22
7. Qualità ed informatizzazione in riabilitazione .....	23
8. Distribuzione dei posti letto .....	24
9. Attivazione di una cabina di regia.....	26
10. Disposizioni da revisionare.....	26

# 1. Premessa

---

Il Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020 ha fissato i principali obiettivi di assistenza per i cittadini dell'Alto Adige puntando sostanzialmente su servizi e prestazioni "improntate alle reali esigenze dei pazienti", per garantire qualità delle prestazioni, uniformità di accesso alle cure su tutto l'ambito provinciale e sostenibilità del sistema.

Il Piano punta verso nuovi modelli di presa in carico dei cittadini, prevedendo un rafforzamento del territorio e delle attività che vi si svolgono, a partire da un nuovo assetto dell'assistenza di base offerta dai medici di medicina generale attraverso forme associative come le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

Il Servizio sanitario provinciale si avvicina sempre più al domicilio del paziente intorno al quale deve ruotare la rete dei servizi territoriali, compresi quelli riabilitativi, mentre l'ospedale diviene la sede delle condizioni veramente acute.

In questo scenario si inserisce la riabilitazione, ambulatoriale e in regime di ricovero, che è stata disciplinata in Alto Adige con apposite linee guida nel 1999: la deliberazione della GP 3145/99 recepiva di fatto le linee guida nazionali del 1998.

In questo arco temporale l'evoluzione demografica con conseguente incremento delle patologie croniche ha determinato nuovi bisogni di salute a cui far fronte con setting assistenziali diversificati: crescono strutture territoriali nelle quali concentrare il lavoro di più figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali, etc.) e aumentano i posti letto territoriali come quelli di cure intermedie dove assistere pazienti che non possono immediatamente fare rientro presso il proprio domicilio.

Se il panorama sanitario degli anni novanta si focalizzava principalmente sull'offerta residenziale, oggi l'attenzione si è spostata verso percorsi ambulatoriali o di day service - laddove possibile - sia nell'interesse del paziente, sia nell'ottica di un contenimento di ricoveri evitabili.

Il Piano sanitario provinciale 2016-2020 offre i presupposti per un aggiornamento del settore della riabilitazione per individuare i setting più appropriati di cura prevedendo strumenti di valutazione adeguati, nel rispetto delle indicazioni fornite dai nuovi Livelli essenziali di assistenza del marzo 2017 e del Patto per la salute 2014-2016, che faceva espresso riferimento alla necessità di un decreto ministeriale per individuare i criteri di appropriatezza dei ricoveri.

Il seguente Piano parte dal Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato con Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome dell'11 febbraio 2011 e propone, nel rispetto del vigente Piano sanitario provinciale, un nuovo disegno della riabilitazione, con misure di risultato e criteri di appropriatezza per promuovere un "percorso assistenziale integrato" da inserire in un progetto riabilitativo condiviso.

Le figure professionali sul territorio (medici di medicina generale, specialisti, infermieri e fisioterapisti, assistenti sociali) entrano a fare parte concretamente del percorso in sintonia con le strutture di ricovero, favorendo quella integrazione ospedale-territorio che sarà garanzia di continuità delle cure.

Su queste basi poggia il nuovo Dipartimento di riabilitazione su base provinciale a garanzia di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio e tra strutture pubbliche e private.

## 2. La rete riabilitativa: descrizione dell'offerta provinciale

La rete riabilitativa provinciale è costituita da strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate e contrattualizzate (ambulatoriali e di ricovero) che rispondono ai bisogni di riabilitazione conseguenti a esiti disabilitanti/patologie cronico-degenerative oppure traumi, interventi chirurgici, patologie acute o riacutizzate attraverso attività di:

- Riabilitazione estensiva e lungodegenza post-acuzie, (primo livello), che prevede interventi di bassa complessità e intensità, anche in pazienti che non possono essere sottoposti a forme di riabilitazione intensiva
- Riabilitazione intensiva (secondo livello) con elevato impegno valutativo terapeutico e riabilitativo
- Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, (terzo livello) per i casi con elevatissimo impegno assistenziale (l'unità spinale codice 28 non è presente sul territorio provinciale)

e nei seguenti regimi assistenziali:

1. ricovero ordinario
2. ricovero diurno
3. ambulatoriale
4. di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno.

Ad oggi non è attiva l'assistenza riabilitativa orientata al domicilio.

Nel 2019 l'offerta di posti letto era la seguente:

Tabella 1 – Descrizione dei posti letto per codice (56, 60 e 75) al 2019

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuro-riabilitazione codice 75	totale 2019
Ospedale di Bolzano	6		8	14
Casa di cura Bonvicini	44	42		86
Casa di cura Villa Melitta	41	25	3	69
<b>Comprensorio sanitario di Bolzano</b>	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>169</b>
Ospedale di Merano	12			12
Ospedale di Silandro		4		4
Casa di cura Sant'Anna		30		30
Casa di cura Salus Center	28	18		46
<b>Comprensorio sanitario di Merano</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>92</b>
Ospedale di Bressanone	13	14	0	27
Ospedale di Vipiteno	11	6	15	32
<b>Comprensorio sanitario di Bressanone</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>59</b>
Ospedale di Brunico	13	18	2	33
Ospedale di San Candido	1	3		4
<b>Comprensorio sanitario di Brunico</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>37</b>
<b>Totale</b>	<b>169</b>	<b>160</b>	<b>28</b>	<b>357</b>

Fonte: SIVAS

Rispetto ai parametri previsti dalla normativa statale (tabella 2, colonna (1)), la dotazione di posti letto risulta rispettata (colonna 2), anche se va evidenziato un eccesso di offerta di posti letto di neuroriabilitazione codice 75, dotazione che dovrebbe attestarsi su 0,02 posti letto su 1.000 abitanti, ovvero 11 posti letto.

Tabella 2 - Tipologia di ricoveri al 2019

Tipologia di ricoveri	Parametri previsti dalla normativa statale (1)	Anno 2019 (2)
Post-Acuti neuro riabilitazione	0,02‰	0,05‰
Post-Acuti lungodegenza	Almeno 0,2‰	0,30‰
Post-Acuti riabilitazione		0,32‰
<b>Totale</b>	<b>0,7‰</b>	<b>0,67‰</b>

Fonte: SIVAS

In Alto Adige il fabbisogno di riabilitazione trova risposta prevalentemente attraverso il ricovero ospedaliero, che avviene fondamentalmente nei due Comprensori sanitari di Bolzano e Merano, dove si concentra circa il 70% della popolazione complessiva e vengono erogati approssimativamente il 75% dei ricoveri totali in riabilitazione.

Di seguito sono descritte le tipologie di ricovero per singolo codice nell'arco temporale triennale 2017-2019, ordinari e diurni.

## 2.1 Riabilitazione intensiva - codice 56

Tabella 3 - Ricoveri ordinari e diurni di riabilitazione (codice 56)

Istituto di cura	2017	2018	2019
Ospedale di Bolzano	72	43	82
Ospedale di Merano	159	149	168
Ospedale di Bressanone	311	309	318
Ospedale di Brunico	228	236	241
Ospedale di Vipiteno	198	229	282
Ospedale di San Candido		4	49
Casa di cura Martinsbrunn	354	379	
Casa di Cura Bonvicini	519	518	570
Casa di Cura Villa Melitta	613	589	622
Casa di Cura Salus Center	578	576	670
<b>Totale</b>	<b>3.032</b>	<b>3.032</b>	<b>3.002</b>

Fonte: SIVAS

La casa di cura Martinsbrunn ha sospeso la sua attività di ricovero in riabilitazione con la fine del 2018. Da segnalare inoltre che il numero di ricoveri effettuati in regime diurno sono circa il 5%, concentrato in 3 strutture, Bressanone, Vipiteno e Brunico.

Tabella 4 - Regime di ricovero codice 56, anno 2019

Istituto di cura	ordinario	diurno	Totale
Ospedale di Bolzano	82		82
Ospedale di Merano	168		168
Ospedale di Bressanone	289	29	318
Ospedale di Brunico	187	54	241
Ospedale di Vipiteno	242	40	282
Ospedale di San Candido	49		49
Casa di Cura Bonvicini	570		570
Casa di Cura Villa Melitta	622		622
Casa di Cura Salus Center	670		670
<b>Totale</b>	<b>2.879</b>	<b>123</b>	<b>3.002</b>
<b>In %</b>	<b>95%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIVAS



Nell'ambito del codice 56 va rilevato che la tipologia del ricovero è distinta in 3 tipologie: ricovero post-acute, ricovero di mantenimento e ricovero di valutazione, le cui indicazioni sono sostanzialmente le seguenti:

- ricovero post-acute = ricoveri di riabilitazione per patologie disabilitanti per le quali risulta facilmente identificabile un evento acute che determina la necessità di intervento riabilitativo, quale ictus cerebrale, trauma, intervento chirurgico; tali ricoveri devono essere effettuati nella fase dell'immediata post acute della malattia, ossia entro 30 giorni dalla dimissione da reparti ospedalieri per acute o da reparti ospedalieri di riabilitazione (di II e III livello)
- ricovero di mantenimento = rappresenta un ricovero per la fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione o per la prevenzione della progressione della malattia. Esso non si pone in continuità con la fase dell'immediata post-acute della malattia. L'intervallo temporale trascorso dalla dimissione dall'ospedale per acute supera i 30 giorni
- ricovero programmato di valutazione = ricovero pianificato a scopo di valutazione, che richiede al massimo 10 giorni di degenza in cui vi è un elevato impegno diagnostico medico specialistico finalizzato alla predisposizione del progetto terapeutico e alla verifica della effettiva possibilità di realizzazione dei programmi riabilitativi.

Questa ultima tipologia di ricovero è poco utilizzata (29 ricoveri nel 2019, pari allo 0,9% dei ricoveri totali).

Per il codice 56 ad oggi non è vigente un cut-off di ingresso dei pazienti. La degenza media è molto variabile fra le strutture.

Per quanto riguarda la classificazione MDC si evidenzia la assoluta esiguità della riabilitazione cardiologica (29 ricoveri) e pneumologica (10 ricoveri).

Si segnala che presso la struttura Salus Center sono attivi anche 36 posti letto accreditati e contrattualizzati per riabilitazione cardiologica ex art. 26.

## 2.2 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75

In Provincia Autonoma di Bolzano non sono presenti posti letto di unità spinali (codice 28). Pertanto, i pazienti mielolesi vengono trattati fuori dalla Provincia.

Per quanto riguarda il codice di disciplina 75 la situazione dei ricoveri sui 28 posti letto è la seguente:

Tabella 5 - ricoveri ordinari e diurni di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75)

Istituto di cura	2017	2018	2019
Ospedale di Bolzano	51	63	55
Ospedale di Bressanone	4	7	4
Ospedale di Brunico	24	18	2
Ospedale di Vipiteno	60	82	75
Casa di Cura Villa Melitta	19	20	18
<b>Totale</b>	<b>158</b>	<b>190</b>	<b>154</b>

Fonte: SiVAS

Come già anticipato, la Provincia Autonoma di Bolzano dispone di un numero eccessivo di posti letto in codice 75 (28 posti letto contro gli 11 posti letto previsti dalla normativa). Va ricordato che si tratta di posti letto ad alta specializzazione che richiedono un impiego di apparecchiature molto sofisticate e di un elevato impegno di risorse umane altamente specializzate. La maggiore concentrazione di tali posti letto è presso l'ospedale di Vipiteno (15) rispetto all'ospedale di Bolzano (8), dove come è noto giungono la maggior parte dei politraumi provinciali, anche per la presenza in tale sede della neurochirurgia.

Nella città di Bolzano comunque è attiva una convenzione tra l'ospedale e la casa di cura Villa Melitta per 3 posti letto codice 75.

Presso l'ospedale di Brunico risultano 2 posti letto codice 75.

Per quanto riguarda il ricovero diurno in codice 75 l'ospedale di Bolzano dispone di 2 posti letto in day hospital ed effettua 26 ricoveri in regime diurno su un totale di 55 ricoveri complessivi. Le altre strutture non ricorrono al regime diurno.

**Tabella 6 - Regime di ricovero in codice 75, anno 2019**

Istituto di cura	ordinario	diurno	totale
Ospedale di Bolzano	29	26	55
Ospedale di Bressanone	4		4
Ospedale di Brunico	2		2
Ospedale di Vipiteno	75		75
Casa di Cura Villa Melitta	18		18
<b>Totale</b>	<b>128</b>	<b>26</b>	<b>154</b>
<b>in %</b>	<b>83%</b>	<b>17%</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIVAS

## 2.3 Lungodegenza post-acuta - codice 60

**Tabella 7 - Ricoveri ordinari di lungodegenza post-acuta (codice 60)**

Istituto di cura	2017	2018	2019
Ospedale di Bressanone	313	337	274
Ospedale di Brunico	143	140	180
Ospedale di Silandro	124	148	134
Ospedale di Vipiteno	137	173	176
Ospedale di San Candido	111	114	99
Casa di Cura Villa S. Anna	351	386	466
Casa di Cura Bonvicini	794	804	737
Casa di Cura Villa Melitta	394	419	383
Casa di Cura Salus Center	322	324	305
<b>Totale</b>	<b>2.689</b>	<b>2.845</b>	<b>2.754</b>

Fonte: SIVAS

La degenza media risulta essere decisamente maggiore nelle case di cura private accreditate rispetto al pubblico (3 settimane contro circa 12 giorni nel settore pubblico), probabilmente espressione sia del prolungamento inappropriato delle degenze nei reparti ospedalieri per acuti, sia per l'inappropriatezza del ricovero in lungodegenza post acuta.

Nell'ospedale di Silandro<sup>1</sup> e nella casa di cura Salus Center si evidenziano numerosi ricoveri dell'MDC 23 "fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari", un raggruppamento di diagnosi molto generico che non consente l'identificazione del problema di salute che si intende trattare.

Si sottolinea che a livello statale il Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - dati Sdo anno 2016 del Ministero della Salute evidenzia come i ricoveri in lungodegenza post-acuta siano diminuiti complessivamente del 5,3% e le giornate di degenza del 4%.

<sup>1</sup> Nel 2019 nell'ospedale di Silandro sono stati attribuiti all'MDC 23 l'82% dei ricoveri

## 2.4 Mobilità passiva

Le seguenti tabelle evidenziano i ricoveri nei diversi codici presso strutture extraprovinciali e verso l'Austria.

Tabella 8 - ricoveri presso strutture extraprovinciali e verso l'Austria

anno 2018 Comprenditorio sanitario residenza	Reparto	numero ricoveri			valore tariffario		
		Altre Regioni d'Italia		Austria	Altre Regioni d'Italia		Austria
		170	0	170	754.032	0	754.032
Bolzano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	4	16	20	24.975	455.742	480.716
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	5	0	5	184.710	0	184.710
	Unità spinale (cod. 28)	179	16	195	963.717	455.742	1.419.459
Bolzano	Totale	26	0	26	136.672	0	136.672
Merano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	4	6	10	21.966	219.483	241.449
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	3	0	3	30.080	0	30.080
	Unità spinale (cod. 28)	33	6	39	188.718	219.483	408.200
Merano	Totale	11	0	11	43.725	0	43.725
Bressanone	Riabilitazione fisica (cod. 56)	0	8	8	0	254.610	254.610
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	11	8	19	43.725	254.610	298.335
Bressanone	Totale	13	9	22	44.700	180.412	225.112
Brunico	Riabilitazione fisica (cod. 56)	0	1	1	0	3.046	3.046
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	13	10	23	44.700	183.457	228.158
Brunico	Totale	236	40	276	1.240.860	1.113.291	2.354.151

Fonte: SIVAS

Tabella 9 - ricoveri presso strutture extraprovinciali e verso l'Austria anno 2017

Compendio sanitario residenza	Reparto	numero ricoveri			valore tariffario		
		Altre Regioni d'Italia	Austria	complessivo	Altre Regioni d'Italia €	Austria €	complessivo €
Bolzano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	162	10	172	694.013	371.487	1.065.500
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	7	7	14	23.648	155.062	178.710
	Unità spinale (cod. 28)	1	0	1	72.380	0	72.380
<b>Bolzano</b>	<b>Totale</b>	<b>170</b>	<b>17</b>	<b>187</b>	<b>790.041</b>	<b>526.549</b>	<b>1.316.590</b>
Merano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	36	0	36	150.216	0	150.216
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	3	7	10	15.040	88.131	103.171
	Unità spinale (cod. 28)	1	0	1	182.830	0	182.830
<b>Merano</b>	<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>47</b>	<b>348.086</b>	<b>88.131</b>	<b>436.218</b>
Bressanone	Riabilitazione fisica (cod. 56)	5	0	5	22.545	0	22.545
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	6	12	18	8.178	140.111	148.290
	<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>30.724</b>	<b>140.111</b>	<b>170.835</b>
Brunico	Riabilitazione fisica (cod. 56)	17	9	26	66.174	123.309	189.483
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	0	5	5	0	26.378	26.378
	<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>66.174</b>	<b>149.687</b>	<b>215.861</b>
<b>Totale</b>		<b>238</b>	<b>50</b>	<b>288</b>	<b>1.235.025</b>	<b>904.478</b>	<b>2.139.503</b>

Fonte: SIVAS

Va sottolineato che la tariffa media per i ricoveri austriaci è generalmente molto elevata, essendo in vigore un diverso sistema di codifica e remunerazione.

Si osserva che in base alle informazioni disponibili nessun ricovero in codice 28 risulta inviato all'estero.

## 2.5 Attività ambulatoriali

Tabella 10 – prestazioni riabilitative ambulatoriali

Comprensorio sanitario di erogazione	2018	2019	su residenti 2019
Bolzano	286.344	276.428	1,17
Merano	170.974	182.851	1,31
Bressanone	96.569	98.606	1,26
Brunico	127.777	132.637	1,66
<b>Totale</b>	<b>681.664</b>	<b>690.522</b>	<b>1,29</b>

Fonte: SiVAS

Da questa tabella si evince che l'offerta fra i Comprensori sanitari è diversificata.

Secondo la delibera della Giunta provinciale 1544/2015 per la riabilitazione ambulatoriale è previsto un parametro di riferimento di 1,4 prestazioni per abitante. Attualmente l'offerta risulta complessivamente sottodimensionata (1,29 prestazioni per abitante).

## 2.6 Le principali sfide

Alla luce della situazione presentata si identificano i seguenti ambiti di intervento:

- incentivare soluzioni territoriali alternative all'ospedale per limitare i ricoveri evitabili, garantire maggiore integrazione fra ospedale e territorio e assicurare la continuità delle cure;
- dedicare più posti letto al regime diurno (day hospital) in riabilitazione codice 56;
- incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali da 1,29 prestazioni per abitante a 1,4 come previsto da disposizioni provinciali;
- attivare posti letto di cure intermedie per la gestione di casi meno complessi;
- indirizzare i casi non appropriati in lungodegenza post-acuzie codice 60 alle cure intermedie o al codice 56;
- definire criteri di appropriatezza dei ricoveri di valutazione;
- definire criteri di appropriatezza dei ricoveri diurni in neuroriabilitazione;
- incrementare l'offerta di prestazioni di riabilitazione cardiologica e di altra natura (p.es. del pavimento pelvico, urologica, digestiva...);
- garantire una corretta allocazione della riabilitazione pneumologica ed eventualmente potenziarla;
- migliorare la codifica dei codici 60 utilizzando l'MDC 23 solo come categoria residuale;
- prevedere un cut off all'ingresso per la riabilitazione codice 56;
- ripartire i posti letto fra codici 56 e 75 presso l'ospedale di Vipiteno in maniera definita;
- incentivare le attività domiciliari di riabilitazione;
- garantire attività periodiche di formazione e aggiornamento;
- valutare l'appropriatezza delle attività di riabilitazione domiciliare;
- ottimizzare la durata media dei ricoveri per acuti negli ospedali della Provincia.

### 3. Descrizione del Piano: come diventerà la rete riabilitativa

Il presente Piano provinciale della rete riabilitativa richiama essenzialmente il piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dall'accordo Stato Regioni e Province Autonome dell'11 febbraio 2011, il Patto per la Salute 2014-2016 e le indicazioni del Piano sanitario provinciale 2016-2020.

Sono descritti i diversi setting assistenziali, i valori soglia delle degenze, i criteri e gli strumenti di accesso, e gli standard di assistenza quali-quantitativi che devono essere garantiti nelle strutture di degenza.

Ovviamente tutte le attività che saranno implementate nella nuova rete dovranno essere sostenute da un sistema informativo/informatico adeguato, che consenta la condivisione dei dati, la raccolta di informazioni utili al continuo aggiornamento della rete, nonché alla sua valutazione e al controllo sull'appropriatezza e sugli esiti dei trattamenti.

Si propone in particolare l'attivazione del Dipartimento riabilitativo integrato ospedale-territorio con la partecipazione delle strutture private accreditate e contrattualizzate.

#### Setting assistenziali

Si conferma che la rete riabilitativa è costituita da tutte le strutture pubbliche e private attualmente contrattualizzate.

Secondo il piano di indirizzo nazionale per la riabilitazione del 2011 tutte le strutture devono elaborare uno specifico progetto individualizzato di presa in carico dei pazienti – da avviare contestualmente alla fase acuta - secondo i criteri di appropriatezza prescrittiva ed erogativa individuati nel presente Piano.

A tale scopo, a integrazione dell'attuale scala di misurazione, vengono introdotti ulteriori strumenti validati a livello nazionale e internazionale che documentano l'appropriatezza e gli esiti del trattamento e sono in grado di garantire la continuità delle cure tra l'ospedale e il territorio.

Controlli periodici saranno effettuati dagli organismi competenti su tutte le strutture pubbliche e private. Si veda a tale proposito il capitolo "Sistema di controlli".

La rete delle strutture riabilitative risponde ai bisogni di riabilitazione dei cittadini attraverso attività di:

- Riabilitazione estensiva e lungodegenza post-acuzie (codice 60);
- Riabilitazione intensiva (codice 56);
- Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 28 – attualmente assente sul territorio provinciale – e codice 75).

nei seguenti regimi assistenziali:

- ricovero ordinario (codice 56, 75 e 60);
- ricovero diurno (codice 56 e 75);
- ambulatoriale/day service;
- domiciliare;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978).

## 3.1 Riabilitazione estensiva in regime di ricovero e in altri regimi (extraospedaliero, domiciliare, ambulatoriale)

### 3.1.1 Lungodegenza post-acuta - codice 60

La lungodegenza post-acuta è rivolta a pazienti post-acuti che hanno raggiunto la guarigione dell'evento acuto ma non sono ancora clinicamente stabilizzati, pertanto bisognosi di un programma di riabilitazione estensiva per facilitare il loro rientro al domicilio.

I pazienti devono presentare necessità assistenziali di tipo sanitario, con potenzialità di recupero funzionale, come comprovato dalla documentazione multiprofessionale ospedaliera, ma non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e inoltre richiedono di essere ospedalizzati in quanto ancora affetti da instabilità clinica.

In tale condizione trovano anche un setting, quando non appropriato in intensiva, le patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità (PAC), che presentano situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa

È garantita la assistenza/vigilanza infermieristica nelle 24 ore.

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 1 ora giornaliera, erogato da parte del medico specialista in riabilitazione (o da medico specialista con 2 anni di esperienza in ambito riabilitativo), dai professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico e di supporto.

L'obiettivo è quello di ottenere la stabilizzazione clinica e favorire il reinserimento del paziente nel proprio ambiente sociale.

L'accesso alle strutture di ricovero in codice 60 avviene mediante richiesta di ricovero da parte del medico specialista pubblico competente per patologia, secondo percorsi assistenziali condivisi che garantiscano la presa in carico del paziente tendenzialmente entro 5 giorni e non oltre 15 giorni dalla richiesta.

La struttura di lungodegenza post-acuta opera in forte collegamento con i servizi territoriali, con cui definisce un piano di dimissione/reinserimento per assicurare la continuità delle cure.

La degenza dura indicativamente di 3-4 settimane fino a un massimo di 60 giorni (dopo i 60 giorni scatta l'abbattimento tariffario), in caso di necessità prorogabili con specifica autorizzazione dell'inviante.

Il tasso di utilizzo dei posti letto deve essere indicativamente superiore al 90%.

Alla dimissione dal reparto di acuzie e al seguente ricovero del paziente nel reparto post-acuto va compilata la scala di Barthel, che inizialmente dovrà avere un punteggio  $\leq 70$  punti.

Il paziente proviene da unità operative di degenza per acuti o da unità operative di degenza riabilitativa.

Sono esclusi dal codice 60 i pazienti che siano riconducibili PREVALENTEMENTE alle tipologie sottostanti;

- pazienti terminali che accedono alla rete delle Cure palliative
- pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero
- lungodegenti stabilizzati senza potenziale riabilitativo con fabbisogno puramente assistenziale: questi pazienti vanno trattati nei posti letto temporanei e temporanei di transito a prevalenza sociale o nei posti letto residenziali per anziani;
- pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi (codice 28.00, 56.00 e 75.00)
- pazienti psichiatrici o pazienti affetti da problemi di dipendenza che accedono ad altri percorsi;
- pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali
- pazienti affetti da malattie infettive diffuse

Per ogni paziente va compilato un programma riabilitativo e un progetto riabilitativo individuale (PRI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Il PRI va condiviso con il paziente e caregiver.

### 3.1.2 Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978)

---

Tali strutture a carattere sociosanitario erogano trattamenti riabilitativi in ambito territoriale. Ad oggi vigono i criteri di accesso definiti con deliberazione della Giunta provinciale 3300/2000.

Un apposito gruppo di lavoro si occuperà al più presto della loro collocazione appropriata al fine di una corretta integrazione nella rete riabilitativa.

### 3.1.3 Attività di riabilitazione orientate al domicilio

---

Tali attività comprendono due tipologie di prestazioni e servizi: la prima è rappresentata dall'insieme delle prestazioni riabilitative da garantire sul territorio in prossimità del domicilio (wohnnortnahe Betreuung), la seconda è rappresentata dalle attività domiciliari vere e proprie eseguite da personale specializzato.

Per dare seguito a quanto previsto nel Piano sanitario provinciale sarà avviato un primo servizio riabilitativo specialistico ambulatoriale, presso la struttura di piazza Loew Cadonna (Centro sanitario e sociale), con il compito di coordinare e seguire la riabilitazione sul territorio fornendo consulenza ai medici di medicina generale e agli infermieri che si recano per l'assistenza domiciliare a casa del paziente, ai fisioterapisti privati e ai caregiver in merito alle prestazioni da attivare domiciliarmente.

### 3.1.4 Attività ambulatoriali di riabilitazione

---

Ad oggi i dati delle prestazioni riabilitative sono riferite a specifiche codifiche del tariffario provinciale e pertanto sono prescrivibili tramite ricetta. Nel tariffario non sono riportate e quantificate le attività di consulenza, programmazione e organizzazione delle attività cliniche, nonché quelle gestionali e organizzative del lavoro.

Ciò premesso l'offerta di attività ambulatoriali risulta sottodimensionata e si evidenziano differenze fra i Comprensori sanitari. Si deve pertanto tendere al raggiungimento di 1,4 prestazioni per singolo abitante, così come previsto dalla delibera della Giunta provinciale 1544/2015. Le prestazioni devono essere distribuite sul territorio in rapporto alla popolazione residente.

Le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione si intendono rivolte alle branche della cardiologia, della pneumologia e di altre branche da definire con apposito gruppo di lavoro, che definirà anche i criteri di appropriatezza e di accesso.

Possono essere erogate in un singolo accesso o a ciclo. Più prestazioni possono essere aggregate in pacchetti previsti da specifici percorsi. La prescrizione avviene da parte di un medico del Servizio sanitario nazionale.

Laddove possibile/indicato l'attività ambulatoriale sostituisce l'attività di day hospital.

## 3.2 Riabilitazione intensiva - codice 56

---

La riabilitazione intensiva è rivolta a pazienti che necessitano di elevata *assistenza/vigilanza* infermieristica e tutela medica nell'arco delle 24 ore e persegue come obiettivi il raggiungimento della stabilizzazione clinica e il ripristino di condizioni di autonomia.



L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 3 ore al giorno erogate dal medico specialista in riabilitazione (o da medico specialista con 2 anni di esperienza in ambito riabilitativo), dai professionisti sanitari della riabilitazione e da personale infermieristico e di supporto e richiede tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate.

Per ogni paziente va compilato un programma riabilitativo e un progetto riabilitativo individuale (PRI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Il PRI va condiviso con il paziente e caregiver.

Per assicurare la continuità delle cure va definito un piano di dimissione/reinserimento con i servizi territoriali.

Le attività di riabilitazione intensiva si effettuano in regime di ricovero ordinario o diurno. Quest'ultimo deve essere alternativo al ricovero ordinario e mai al trattamento ambulatoriale e presuppone che il paziente sia clinicamente stabilizzato, ma abbia bisogno di interventi di riabilitazione intensiva multiprofessionali. Anche in regime di degenza diurna è necessaria la redazione di un progetto riabilitativo individuale. La degenza diurna deve essere in stretta correlazione temporale con la dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario o con un evento indice recente.

La riabilitazione intensiva può essere rivolta in una prima fase ai seguenti MDC:

- 01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso
- 04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
- 05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio
- 08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- 10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici
- 11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie
- 24 - Traumatismi multipli rilevanti

Per altri MDC sarà fatta una valutazione caso per caso sull'appropriatezza.

Prevalentemente è indirizzata a pazienti con disabilità derivanti da patologie del sistema nervoso o dell'apparato locomotore, respiratorio e cardiovascolare.

L'invio in strutture di ricovero di riabilitazione intensiva avviene tramite medico specialista pubblico competente per patologia.

Il paziente proviene da unità operative di degenza per acuti o da unità operative di degenza riabilitativa, può anche provenire dal domicilio o da strutture territoriali.

Per accedere alla riabilitazione intensiva è previsto un cut-off <91 punti FIM all'ingresso. La compilazione della scala FIM deve avvenire entro 72 ore dall'ingresso del paziente ed entro 72 ore prima della dimissione del paziente.

Inoltre, alla dimissione dal reparto di acuzie e al seguente ricovero del paziente nel reparto post-acuto, va compilata la scala di Barthel, che inizialmente dovrà avere un punteggio <=70 punti.

Il tasso di utilizzo dei posti letto deve essere indicativamente superiore al 90%, calcolato 7 giorni su 7.

Per la durata della degenza vale quanto segue:

<b>Ricoveri di riabilitazione ortopedica - Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) regime ordinario</b>	<b>Durata massima del ricovero riabilitativo - eventuale proroga</b>
Protesi all'anca e al ginocchio in elezione Inizio riabilitazione dopo 3 - 7 giorni dall'intervento chirurgico	Paziente con meno di 70 anni: 14 giorni Paziente con più di 70 anni: 21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni
I Reparti di Ortopedia e Chirurgia generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige applicano il concetto della Chirurgia a Rapido Recupero (Enhanced recovery after surgery - ERAS) a selezionati pazienti candidati ad interventi di artroprotesi dell'anca o ginocchio con l'obiettivo di minimizzare l'impatto dell'intervento chirurgico sull'organismo e di riportare il paziente al proprio livello di autonomia il prima possibile. Elementi fondamentali sono il ridotto impiego di sondini e drenaggi, il pieno controllo del dolore postoperatorio, la precoce ripresa dell'alimentazione orale e della mobilizzazione. Per la sua piena realizzazione è necessario il coinvolgimento di un'équipe multiprofessionale comprendente ortopedici, chirurghi, anestesisti, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione,	

<i>infermieri, dietisti, internisti e geriatri. I benefici consistono in una riduzione della morbilità postoperatoria e della degenza postoperatoria.</i>	
<i>Protesi della spalla Inizio riabilitazione dopo 3 – 7 giorni dall'intervento chirurgico</i>	<i>21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Esiti di intervento per ernia discale Inizio riabilitazione dopo 3 – 7 giorni dall'intervento chirurgico</i>	<i>21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di osteoartrosi</i>	<i>6-20 giorni nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 20 giorni*</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di complicazioni di dispositivi, impianti e innesti</i>	<i>11-30 giorni nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di altri principali ACC</i>	<i>11-25 giorni nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>Frattura traumatologica del collo del femore (se ricovero in codice 56.003)</i>	<i>Paziente con meno di 70 anni: 21 giorni Paziente con più di 70 anni: 30 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di fratture arti inferiori</i>	<i>11-25 giorni Nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 25 giorni*</i>
<i>Altre patologie ortopediche (eccetto patologie osteoarticolari degenerative)</i>	<i>21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Fratture alla colonna e al bacino (se ricovero in codice 56.00)</i>	<i>30 giorni Prolungamento massimo: non previsto</i>
<b><i>Ricoveri di riabilitazione ortopedica (cod. 56) regime diurno</i></b>	<b><i>È stata identificata una soglia di minima di accessi pari a 12</i></b>
<b><i>Ricoveri di riabilitazione neurologica - (cod. 56) regime ordinario</i></b>	<b><i>Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga</i></b>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di ictus ischemico, ictus mal definito oppure altri ictus (diverso da ischemico, emorragico e mal definito)</i>	<i>21-60 giorni; prolungamento massimo: 30 giorni nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 60 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di ictus emorragico</i>	<i>degenza appropriata: 26-65 giorni; nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 65 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di traumatismo intracranico</i>	<i>21-60 giorni; nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 60 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di altri disturbi del sistema nervoso</i>	<i>21-60 giorni; nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" ed a pazienti con diagnosi di "cauda equina" risulta appropriata anche una degenza superiore a 60 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da altri eventi acuti (altri ACC):</i>	<i>16-45 giorni nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 45 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali e altri disturbi del dorso</i>	<i>11-30 giorni nei ricoveri riferiti ai "pazienti complessi" risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>

<b>Ricoveri di riabilitazione neurologica (cod. 56) regime diurno</b>	<b>soglia di minima di accessi pari a 12, al di sotto della quale i ricoveri sono da considerarsi ad alto rischio di inappropriata organizzativa</b>
<b>Ricoveri di riabilitazione pneumologica (cod. 56) regime ordinario</b>	<b>Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga</b>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di insufficienza respiratoria, arresto respiratorio (adulti)</i>	<i>11-40 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 40 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di malattie polmonari croniche ostruttive e bronchiectasie</i>	<i>11-30 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)</i>	<i>11-30 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di insufficienza cardiaca congestizia non da ipertensione</i>	<i>11-30 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<b>Ricoveri di riabilitazione pneumologica (cod. 56) regime diurno</b>	<b>È stato identificato un “range” di durata della degenza appropriata di 6-15 accessi.</b>
<b>Ricoveri di riabilitazione cardiologica (cod. 56) regime ordinario e diurno</b>	<b>Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga</b>
<i>ricoveri con intervento cardiocirurgico</i>	<i>8-30 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>ricoveri con intervento vascolare</i>	<i>6-30 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>ricoveri senza intervento con sindrome coronarica acuta</i>	<i>6-25 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 25 giorni*</i>
<i>ricoveri senza intervento con insufficienza cardiaca</i>	<i>6-30 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>altri ricoveri senza intervento con ACC cardiologici</i>	<i>6-25 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 25 giorni*</i>
<b>Ricoveri di riabilitazione per altre condizioni (postumi stabilizzati) (cod. 56) regime ordinario</b>	<b>Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga</b>
<i>malattie cerebrali degenerative (es. Parkinson), malattie demielinizzanti (ad esempio sclerosi multipla), terapia di mantenimento per lesioni cerebrali e spinali, esiti di poliomielite Ingresso per peggioramento e perdita funzioni Presenza di potenziale riabilitativo Manca di trattamento alternativo</i>	<i>3 settimane, al massimo 1 ricovero all’anno, se indicazione clinica presente</i>

\* nello schema di decreto relativo alla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera” del 3 luglio 2019, il Ministero della Salute definisce una serie di diagnosi/procedure

tramite elenco di codici ICD9-CM che rendono il ricovero complesso. Se sussistono tali condizioni, la degenza del ricovero può essere maggiore delle soglie indicate.

Eventuali proroghe vengono autorizzate dal medico inviante.

Il ricovero in riabilitazione intensiva presuppone che ci sia stato un ricovero acuto precedente. In caso contrario deve essere rispettato un criterio di congruenza diagnostica, ovvero deve esserci coerenza tra la diagnosi di dimissione del ricovero di riabilitazione e i codici ICD9-CM indicati nello Schema di decreto del Ministero della salute relativo alla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera” del 3 luglio 2019.

Il ricovero di valutazione ed il ricovero di mantenimento devono essere ridefiniti dal Dipartimento di riabilitazione in maniera uniforme per tutto il territorio provinciale. Si suggerisce la sostituzione dei ricoveri di valutazione con sedute di valutazione.

### 3.3 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75

In tale categoria si comprendono pazienti afferenti all’MDC 1, affetti da esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) di qualunque natura, o da esiti di altre gravi patologie neurologiche acute, tali da determinare all’esordio e/o nell’evoluzione clinica una condizione di grave alterazione dello stato di coscienza (punteggio alla Glasgow Coma Scale inferiore o uguale a 8 per almeno 24 ore), inclusa la sedazione farmacologica resa necessaria dal ricovero in ambiente intensivo. In ogni caso, l’evento acuto deve aver determinato lesioni neurologiche che comportino disabilità grave ed elevata complessità assistenziale

L’obiettivo è il raggiungimento della stabilizzazione clinica e il ripristino di condizioni di autonomia o la riduzione della dipendenza funzionale.

I pazienti necessitano di elevata assistenza/vigilanza infermieristica e tutela medica nell’arco delle 24 ore. Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono erogate da professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico e di supporto e dal medico specialista in riabilitazione (o da medico specialista con 2 anni di esperienza in ambito riabilitativo) e richiede tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate.

I pazienti possono provenire da unità operative di degenza per acuti (principalmente da rianimazione, terapia intensiva, neurologia, stroke unit, neurochirurgia) o da unità operative di degenza riabilitativa.

L’invio in strutture di ricovero di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione avviene tramite medico specialista pubblico (di rianimazione, neurochirurgia, riabilitazione, altre unità operative per acuti).

Per tenere conto di fattori aggravanti la complessità (p.es. tracheotomia) e per misurare l’efficienza della riabilitazione nei pazienti più complessi (p.es. svezamento dalla cannula tracheale) si introduce il Frühreha-Barthel-Index.

Per i pazienti ricoverati in neuroriabilitazione vanno dunque compilate le scale di valutazione Frühreha-Barthel-Index e FIM, laddove nel Frühreha-Barthel-Index il punteggio da -76 a -365 punti identifica pazienti di classe A e il punteggio da -75 fino a +30 punti i pazienti di classe B.

La compilazione della scala FIM deve avvenire entro 72 ore dall’ingresso del paziente ed entro 72 ore prima della dimissione del paziente.

Il reparto di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione deve garantire:

- Visita fisiatrica;
- Rieducazione neuromotoria, motoria e idrochinesiterapia;
- Terapia fisica: elettroanalgesia, elettrostimolazione, termoterapia esogena, ultrasuonoterapia, laserterapia;
- Terapia occupazionale/ergoterapia;
- Terapia logopedica;

- Tasso d'utilizzo dei posti letto > 90% 7 giorni su 7;
- Uso di tecnologie innovative in riabilitazione come p.es la terapia robot assistita al cammino e all'uso degli arti superiori (p.es. Armeo, Lokomat, Gangtrainer, ...);
- Terapia della spasticità con iniezioni di tossina botulinica e pompe ad infusione intratecale di Baclofen;
- Disponibilità di terapia neurofarmacologica complessa;
- Disponibilità di valutazione neuropsicologica (studio disfunzioni neuro-psichiche);
- Disponibilità di valutazione neurofisiologica complessa (EEG, EMG Potenziali evocati);
- Disponibilità di monitoraggio (ECG, pO2, PAO);
- Attività scientifica;
- Disponibilità di alimentazione via sonda e di alimentazione parenterale;
- Disponibilità management cannule tracheali e, ove necessario, terapia respiratoria assistita;
- Valutazione urodinamica, disponibilità di valutazione neuro-urologica e gestione della vescica e alvo neurologici;
- Disponibilità valutazione della disfagia.

Eventuali prestazioni e servizi:

- Consulenza per informazione, valutazione, prescrizione di protesi ed ausili;
- Prestazioni del servizio di psicologia;
- Prestazioni del servizio di assistenza sociale.

Ulteriori servizi, prestazioni ed attività saranno valutati dal Dipartimento di Riabilitazione.

Per la durata della degenza vale quanto segue:

<b><i>Ricoveri di riabilitazione neurologica - Neuroriabilitazione (cod. 75) regime ordinario</i></b>	<b><i>Durata massima del ricovero riabilitativo - eventuale proroga</i></b>
<i>Trauma cranioencefalico in remissione</i>	<i>8 mesi</i>
<i>Coma vigile post-trauma cranioencefalico</i>	<i>6 mesi</i>
<i>Coma vigile dopo ipossia</i>	<i>6 mesi</i>
<i>Deficit neurologici complessi dopo ictus o interventi neurochirurgici</i>	<i>6 mesi</i>
<i>Pazienti spinali</i>	<i>4 mesi per paraplegia 6 mesi per tetraplegia</i>
<b><i>Ricoveri di riabilitazione neurologica - Neuroriabilitazione (cod. 75) regime diurno</i></b>	<b><i>È stata identificata una soglia di minima di 12 accessi, al di sotto della quale i ricoveri sono da considerarsi ad alto rischio di inappropriata organizzativa</i></b>

Eventuali proroghe vengono autorizzate dal medico inviante.

Per ogni paziente va compilato un programma riabilitativo e un progetto riabilitativo individuale (PRI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Il PRI va condiviso con il paziente e caregiver.

I ricoveri di Brunico faranno capo a Vipiteno quale struttura di riferimento provinciale, pertanto i posti letto di codice 75 di Brunico vanno dismessi.

## 4. Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio

Il Piano di indirizzo per la riabilitazione, approvato il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, al quale si ispira il presente documento, conferma i principi fondamentali che governano il sistema:

- La presa in carico globale della persona;
- La valutazione del bisogno riabilitativo-assistenziale;
- L'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.

In particolare, il Piano afferma quanto segue: "In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile una organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione. Il Dipartimento di riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza".

### 4.1 Mission del Dipartimento di riabilitazione

Il modello di operatività del Dipartimento ruota intorno alla presa in carico globale del paziente attraverso percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA) che assicurano appropriatezza delle cure e continuità assistenziale sia in regime di ricovero (codice 56, 60 e 75) sia in regime ambulatoriale.

Per tali ragioni, il Dipartimento entra a pieno titolo nel Piano della cronicità (Master Plan Chronic Care) quale strumento fondamentale per la costruzione congiunta con le diverse figure professionali (medici di medicina generale, fisiatristi, infermieri, assistenti sociali) di percorsi assistenziali omogenei comprensivi dei bisogni sociali, ove rappresentati.

Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio deve assicurare la continuità delle cure, garantendo il percorso assistenziale più appropriato con il coinvolgimento delle strutture di ricovero ed ambulatoriali presenti nel territorio, non solo quelle dedicate alla riabilitazione, per un reinserimento del paziente presso il suo domicilio.

Per tali ragioni il Dipartimento garantisce:

- Rapporto con l'Azienda sanitaria per la negoziazione delle risorse umane necessarie alla gestione (budget);
- Coordinamento delle Unità operative complesse e semplici, ospedaliere e territoriali pubbliche afferenti al Dipartimento e raccordo diretto con le strutture private accreditate per la omogenea applicazione di criteri di accesso ai diversi setting assistenziali, senza che si registrino squilibri nell'erogazione delle prestazioni tra le diverse aree della provincia;
- Integrazione ospedale-territorio con la definizione di percorsi condivisi di dimissione ospedaliera protetta, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle strutture territoriali pubbliche e private di riabilitazione, con i Centri sanitari e sociali e con i servizi sociali, ove necessario;
- Formazione ed aggiornamento del personale pubblico e privato con particolare riferimento all'utilizzo dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

## 4.2 Compiti del Dipartimento

---

Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio svolge i seguenti compiti:

- Erega attraverso le strutture pubbliche e private ad esso afferenti le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali legate al fabbisogno ed assicura la loro organizzazione in percorsi di assistenza e cura per tutti i setting assistenziali in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale;
- Propone all'azienda sanitaria il Piano triennale della riabilitazione provinciale condiviso dai componenti del Dipartimento stesso sulla base del quale l'Azienda sanitaria avvierà la contrattazione con le strutture private;
- Predisporre il codice di comportamento etico per tutelare i casi più gravi e per la gestione delle criticità che dovrà essere sottoposto al Comitato etico provinciale per l'approvazione;
- Controlla la corretta erogazione delle prestazioni sulla base di una serie di indicatori condivisi e *stabilisce* i criteri di distribuzione tra pubblico e privato dei pazienti più complessi in codice 75;
- Predisporre percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali PDTA anche per i pazienti afferenti alle Unità spinali (cod. 28) definendo le modalità di presa in carico in Provincia;
- Quantifica correttamente il fabbisogno di ricoveri di riabilitazione ospedaliera in base a criteri e parametri di appropriatezza ed efficienza;
- Elabora le linee di attività dei centri specialistici riabilitativi territoriali per lo sviluppo dell'assistenza riabilitativa domiciliare;
- Elabora le linee guida per il day hospital sia in codice 56, sia in codice 75;
- Elabora le linee guida per i ricoveri di valutazione e di mantenimento;
- Monitora la mobilità passiva verso altre Regioni e verso l'estero e verifica la correttezza delle codifiche.

## 4.3 Strutture afferenti al Dipartimento

---

Afferiscono al Dipartimento le seguenti strutture pubbliche e private:

- Unità di neuro riabilitazione per l'età adulta e per l'età evolutiva (cod.75);
- Unità operative di riabilitazione intensiva (cod. 56);
- Unità operative di lungodegenza post acuta (cod.60);
- Riabilitazione cardiologica e pneumologica;
- Presidi privati;
- Strutture ambulatoriali.

## 4.4 Composizione del Dipartimento

---

Il Dipartimento è articolato in due livelli:

- Il Direttore del Dipartimento;
- Il Comitato di Dipartimento.

Entrambi i livelli garantiscono il collegamento funzionale tra tutte le strutture pubbliche e private afferenti per garantire i livelli assistenziali di cura su tutto l'ambito provinciale.

## 4.5 Direttore del Dipartimento

Il Direttore nominato dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria tra i Direttori di struttura complessa di medicina fisica e riabilitazione è responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati a livello aziendale individuati di intesa con la stessa sulla base del fabbisogno.

In particolare, il Direttore:

- negozia il budget,
- verifica qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private;
- vigila sulla corretta applicazione delle modalità di accesso dei pazienti alle strutture secondo i PDTA condivisi.

## 4.6 Comitato di Dipartimento

Rappresenta l'organismo di direzione e coordinamento del Dipartimento ed è presieduto dal Direttore del Dipartimento.

È composto da:

- i direttori delle strutture complesse di riabilitazione pubbliche del Dipartimento;
- 1 direttore di Unità operativa complessa UOC in rappresentanza di tutti i direttori delle UO con le quali si interfaccia il dipartimento (ortopedia, pneumologia, cardiologia, ...);
- 2 referenti scelti tra i 26 referenti delle Aggregazioni funzionali territoriali AFT costituite dai medici di medicina generale;
- 1 direttore di distretto e 1 dirigente tecnico-assistenziale del territorio con compiti di organizzazione delle attività di assistenza primaria;
- 1 dirigente tecnico-assistenziale che dirige le professioni riabilitative, coadiuvato da 4 coordinatori (1 infermiere, 1 fisioterapista, 1 terapeuta occupazionale ed 1 logopedista);
- 2 rappresentanti delle strutture private accreditate.

Il Comitato si riunisce due volte l'anno con i seguenti compiti:

- proposta del piano triennale della riabilitazione sulla base delle linee guida provinciali e relativo piano su base annuale;
- proposta di regolamento di funzionamento del dipartimento;
- adozione dei modelli organizzativi più idonei per la migliore collocazione dei pazienti all'interno della rete delle strutture;
- coordinamento delle attività cliniche, di formazione, di studio e ricerca e verifica della qualità delle prestazioni;
- aggiornamento o revisione dei criteri di accesso per i diversi regimi assistenziali;
- proposta all'Azienda sanitaria di attivazione di linee di ricerca clinica e traslazionale.

Le attività di ricerca clinica sono orientate alla prevenzione, diagnosi e cura di malattie neurologiche come ictus, traumi cranici, lesioni del midollo spinale, sclerosi multipla, SLA, morbo di Parkinson e le più frequenti cause di disabilità grave attraverso lo studio dei principi di funzionamento, rigenerazione e recupero del sistema nervoso, per sviluppare terapie innovative con il supporto delle tecnologie più avanzate.

Accanto alle linee di attività di ricerca clinica possono essere sviluppate attività di ricerca traslazionale sulle seguenti linee tematiche:

- medicina occupazionale, ergonomica e disabilità (studi biomeccanici tridimensionali del movimento e della postura);
- patologie croniche disabilitanti;
- medicina riabilitativa neuromotoria;
- cardiologia e pneumologia riabilitativa.



Gli obiettivi sono lo sviluppo di protocolli riabilitativi innovativi ed efficaci attraverso l'utilizzo di tecnologie verificate.

Possono essere anche avviate attività di neurobiologia per la medicina traslazionale collezionando dati dei pazienti. In questo caso il laboratorio deve essere attrezzato per analisi biochimiche (western blot, immunoprecipitazioni, bioinformatica, immunoistochimica e spettrometria di massa e genetiche).

## 4.7 Proposta per l'ospedale di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione di Vipiteno

Uno degli obiettivi più importanti di ottimizzazione della rete riabilitativa provinciale è rappresentato dalla introduzione di modelli organizzativi innovativi che nel caso specifico sono rappresentati, oltre che dalla istituzione del Dipartimento funzionale ospedale-territorio, anche dal potenziamento e la specializzazione dell'ospedale di Vipiteno.

Ad oggi la struttura è dotata delle seguenti discipline e specialità, che saranno garantite:

Reperti di degenza:

- chirurgia
- medicina
- ginecologia
- pediatria
- neuro riabilitazione
- lungodegenza post-acuta
- riabilitazione e recupero funzionale

e dai seguenti servizi:

- pronto soccorso
- radiologia
- laboratorio
- neurologia
- anestesia
- servizio farmaceutico
- servizio psicologico ospedaliero
- servizio riabilitativo in età evolutiva
- servizio riabilitativo per adulti

Con il presente Piano si afferma il ruolo strategico dell'ospedale di Vipiteno quale centro provinciale di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione e polo di riferimento per le attività scientifiche e formative.

L'ospedale così caratterizzato è parte della rete riabilitativa provinciale ed inserito nel contesto del Dipartimento funzionale ospedale-territorio.

Esso garantisce, oltre alle altre attività in essere, le seguenti funzioni:

- Degenza di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (cod. 75)
- Degenza di riabilitazione intensiva (cod. 56) per MDC1 (condizioni neurologiche) e MDC8 (condizioni motorie)
- Riabilitazione ambulatoriale e in regime di day hospital
- Centro di riferimento provinciale per la riabilitazione pediatrica
- Centro di riferimento provinciale per le disfunzioni vescico-sfinteriali in neurologia
- Centro provinciale per la riabilitazione del pavimento pelvico
- Centro di riferimento per il coordinamento dei rapporti con le strutture nazionali ed internazionali che ospitano pazienti in Unità spinali (codice 28), in neuroriabilitazione (codice 75) e riabilitazione intensiva (codice 56).

Inoltre, è sede del Centro di coordinamento delle attività di ricerca condotte sia in sede che nelle altre strutture del Dipartimento con particolare riferimento alla ricerca clinica e traslazionale. Per tali funzioni l'ospedale si dovrà dotare di Laboratori specifici potenziando le attuali collaborazioni con strutture nazionali ed internazionali. Ulteriori funzioni potranno essere individuate dall'Azienda sanitaria anche su proposta del Dipartimento, come ad esempio la valutazione dell'attivazione di un'unità spinale presso l'ospedale di Vipiteno.

## ATTIVITÀ DI RICERCA

Le attività di ricerca clinica sono orientate alla prevenzione, diagnosi e cura di malattie neurologiche come ictus, traumi cranici, lesioni del midollo spinale, sclerosi multipla, SLA, morbo di Parkinson e le più frequenti cause di disabilità grave attraverso lo studio dei principi di funzionamento, rigenerazione e recupero del sistema nervoso, per sviluppare terapie innovative con il supporto delle tecnologie più avanzate.

Accanto alle linee di attività di ricerca clinica possono essere sviluppate attività di ricerca traslazionale sulle seguenti linee tematiche:

- medicina occupazionale, ergonomica e disabilità (studi biomeccanici tridimensionali del movimento e della postura)
- patologie croniche disabilitanti
- medicina riabilitativa neuromotoria
- cardiologia e pneumologia riabilitativa

Gli obiettivi sono lo sviluppo di protocolli riabilitativi innovativi ed efficaci attraverso l'utilizzo di tecnologie verificate.

Possono essere anche avviate attività di neurobiologia per la medicina traslazionale collezionando dati dei pazienti. In questo caso il laboratorio deve essere attrezzato per analisi biochimiche (western blot, immunoprecipitazioni, bioinformatica, immunoistochimica e spettrometria di massa e genetiche).

## 5. Sistema di controlli

---

Il fabbisogno di ricoveri di riabilitazione ospedaliera viene quantificato correttamente solo se tali ricoveri rispondono a criteri e parametri di appropriatezza ed efficienza. A tale scopo gli organismi preposti al controllo (si veda p.es. il Nucleo Aziendale di Verifica dell'Assistenza Sanitaria NUVAS) dovranno valutare periodicamente i ricoveri erogati rispetto a una potenziale inappropriata clinica e organizzativa nonché inefficienza.

A tale scopo si rimanda a titolo orientativo ai criteri individuati dal Ministero della salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale mediante lo studio "Risultati del tavolo tecnico per la definizione dei criteri-parametri di appropriatezza dei ricoveri post-acuti" – 31 ottobre 2012.

Si raccomanda inoltre di effettuare periodicamente anche controlli sulla congruità dei costi e il rispetto dei parametri del personale.

## 6. Formazione ed aggiornamento

---

Una buona formazione consente di offrire al paziente la più ampia gamma di risposte ai suoi bisogni di salute. Il futuro è certamente da ricercarsi nella promozione della formazione di gruppo, multidisciplinare, svolta sul campo, con l'obiettivo di validare e rendere operativi i migliori protocolli di inserimento/reinserimento nell'ambito familiare e sociale dei pazienti.

Un'ottima formazione è anche quella che permette di conoscere e approfondire le nuove tecniche e tecnologie da garantire ai pazienti in un'ottica di collaborazione anche con tutte le figure professionali sul territorio.

A livello di Dipartimento, e quindi anche con il coinvolgimento delle strutture private, andranno definite linee di indirizzo specifiche a riguardo.

## 7. Qualità ed informatizzazione in riabilitazione

---

Sono presenti in riabilitazione numerosi elaborati locali con indicatori di qualità utilizzati, anche se non in tutti i servizi provinciali. Anche per quanto riguarda l'informatizzazione dei percorsi di cura e dei rapporti tra i servizi ospedalieri e territoriali esistono diversi modelli di rilevamento delle prestazioni e di integrazione. Sarà necessaria un'operazione di omogeneizzazione attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc che faccia chiarezza anche nell'ambito di quanto previsto nel Masterplan IT.

In seguito all'introduzione di nuove scale di valutazione (Früh-Reha-Barthel-Index e Barthel Index) e all'aggiornamento dei rispettivi moduli di invio si rende necessaria la revisione del flusso informativo SDO\_FIM, al fine di integrarlo con informazioni aggiuntive relative agli item delle scale di valutazioni in uso.

## 8. Distribuzione dei posti letto

La distribuzione dei posti letto fra riabilitazione, lungodegenza post-acute e neuroriabilitazione da ottenere nel periodo 2020-2025 è la seguente:

Tabella 11 - distribuzione dei posti letto (dati 2019 e nuova distribuzione)

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56 nuova distribuzione	Lungodegenz a post-acute codice 60	Lungodegenz a post-acute Nuova distribuzione	Neuro-riabilitazione codice 75	Neuro-riabilitazione codice 75 Nuova distribuzione	totale 2019	totale nuova distribuzione
Ospedale di Bolzano	6	10			8		14	
Casa di cura Bonvicini	44	44	42	42			86	
Casa di cura Villa Melitta	41	41	25	25	3		69	
Comprensorio sanitario di Bolzano	91	95	67	67	11	10	169	172
Ospedale di Merano-Silandro	12	24	4	0			16	
Casa di cura Sant'Anna			30	25			30	
Casa di cura Salus Center	28	22	18	20			46	
Comprensorio sanitario di Merano	40	46	52	45	0	0	92	91
Ospedale di Bressanone-Vipiteno	24	30	20	13	15	20	59	
Comprensorio sanitario di Bressanone	24	30	20	13	15	20	59	63
Ospedale di Brunico-San Candido	14	33	21	22	2	0	37	
Comprensorio sanitario di Brunico	14	33	21	22	2	0	37	55
<b>totale</b>	<b>169</b>	<b>204</b>	<b>160</b>	<b>147</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>357</b>	<b>381</b>

In base alla tendenza in atto a livello nazionale si è ridotta la dotazione complessiva di posti letto di lungodegenza post-acuta.

Ciò avviene a favore dell'attivazione – con provvedimento separato – di posti letto di cure intermedie in tutti i Comprensori sanitari, a cui aggiungere i 7 posti letto di Sarentino.

Si sottolinea che i letti di cure intermedie non vengono computati nel parametro dello 0,7%.

Sono stati previsti ulteriori posti letto di riabilitazione intensiva codice 56 presso gli ospedali di tutti i Comprensori sanitari. Tale potenziamento sarà garantito nell'ambito delle risorse disponibili.

Il reparto di Bolzano potrà essere ulteriormente ampliato in funzione del fabbisogno, coerentemente con quanto stabilito dal Piano sanitario provinciale.

In riabilitazione intensiva (codice 56) indicativamente il 10% dei ricoveri dovrà essere erogato in regime di day hospital.

Complessivamente si ottiene una dotazione totale di 381 posti letto con una distribuzione fra le varie discipline che rispecchia le tendenze rilevate a livello nazionale. Tale assetto rispetta il parametro statale.

Eventuali disomogeneità nella distribuzione dei posti letto fra codici riabilitativi nei Comprensori sanitari possono essere riequilibrate in funzione dei nuovi criteri di invio e in base al riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, ai sensi dell'art. 2 del DL 34 del 19 maggio 2020.

Si precisa, infine, che di tale distribuzione si dovrà tener conto nella definizione, a livello aziendale, dei nuovi accordi e relativi contratti con le strutture private accreditate, che devono avere durata triennale, al fine di garantire una maggiore continuità nella garanzia delle prestazioni concordate.

A livello di Comprensorio sanitario la situazione si riassume come segue:

*Tabella 12 – tabella riassuntiva di distribuzione dei posti letto*

	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuro-riabilitazione codice 75	totale nuova distribuzione
Comprensorio sanitario di Bolzano	95	67	10	172
Comprensorio sanitario di Merano	46	45	0	91
Comprensorio sanitario di Bressanone	30	13	20	63
Comprensorio sanitario di Brunico	33	22	0	55
<b>Totale</b>	<b>204</b>	<b>147</b>	<b>30</b>	<b>381</b>

## 9. Attivazione di una cabina di regia

---

Al fine di monitorare l'attuazione del presente Piano della rete riabilitativa provinciale viene istituita una cabina di regia fra Assessorato alla Salute e Azienda sanitaria, che verificherà periodicamente lo stato dell'arte del Piano tramite una "time table" definita, sulla cui base l'Azienda Sanitaria si occuperà dei seguenti ambiti prioritari in stretta collaborazione con l'Assessorato alla Salute:

- integrazione delle strutture di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 all'interno della rete riabilitativa provinciale;
- criteri di appropriatezza e accesso delle prestazioni ambulatoriali;
- linee di indirizzo su formazione e aggiornamento;
- omogeneizzazione di indicatori di qualità e informatizzazione dei percorsi di cura.

## 10. Disposizioni da revisionare

---

Con il presente Piano *si conferma* la revoca delle seguenti disposizioni:

- delibera della Giunta provinciale n. 247 del 28 gennaio 2008 "approvazione del piano provinciale dei posti letto in ambito riabilitativo";
- delibera della Giunta provinciale n. 3145 del 26 luglio 1999, "Istituzione di una rete di servizi che offrono prestazioni riabilitative";
- delibera della Giunta provinciale n. 1711 del 19 novembre 2012, "realizzazione dell'unità ospedaliera di degenza neuroriabilitativa presso l'ospedale di Vipiteno".

Inoltre, l'Azienda sanitaria è tenuta a revisionare tutti i procedimenti che dovessero impattare con il presente Piano, partendo dalla procedura aziendale n. 2702/16 "Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie".

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93  
über die fachliche, verwaltungsgemäße  
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93  
sulla responsabilità tecnica,  
amministrativa e contabile

Der Amtsdirektor

Il Direttore d'ufficio

Der Abteilungsdirektor

23/06/2020 12:38:21  
SCHROTT LAURA

Il Direttore di ripartizione

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a  
impegno di spesa.  
Dieser Beschluss beinhaltet keine  
Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen  
ermittelt

accertato  
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben

25/06/2020 10:47:51  
NATALE STEFANO

Il direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Einnahmen

Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift  
entspricht dem Original

Per copia  
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a

