

volume 6  
ISSUE 4

2018 luglio-agosto



SOCIETÀ  
SCIENTIFICA  
DI MEDICINA  
INTERNA

**FADOI**

FEDERAZIONE  
DELLE ASSOCIAZIONI  
DEI DIRIGENTI  
OSPEDALIERI  
INTERNISTI

# QUADERNI

## dell'Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital  
and Internal Medicine*

The official journal of the Federation of Associations  
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

Editor in Chief  
Paola Gnerre

Supervisor Editor  
Roberto Nardi

### La lungodegenza post-acuzie in Italia

Guest Editors: F. Pesaresi, M. Simoncelli, M. Candela

Società Scientifica FADOI - Organigramma

**PRESIDENTE NAZIONALE**

*Andrea Fontanella, Napoli, Italy*

**PRESIDENTE ELETTO**

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

**PAST PRESIDENT**

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

**SEGRETARIO**

Micaela La Regina, *La Spezia, Italy*

**SEGRETARIO VICARIO**

Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*

**STAFF DI SEGRETERIA**

*Comunicazione* Paola Gnerre, *Savona, Italy*  
*Ricerca* Roberta Re, *Novara, Italy*  
*Formazione* Maurizia Gambacorta, *Todi (PG), Italy*

**TESORIERE**

David Terracina, *Roma, Italy*

**STAFF DI TESORERIA**

Francesco D'Amore, *Roma, Italy*

**PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI**

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

**COORDINATORE**

Giuseppe Augello, *Canicattì (AG), Italy*

**DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA  
"CENTRO STUDI FADOI"**

*Direttore* Francesco Dentali, *Varese, Italy*  
*Supervisor per la Ricerca* Giancarlo Agnelli, *Perugia, Italy*

**DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE  
E AGGIORNAMENTO**

*Direttore* Mauro Silingardi, *Bologna, Italy*

**COORDINAMENTO FORMAZIONE  
AREA CENTRO-NORD**

Francesco Orlandini, *La Spezia, Italy*

**COORDINAMENTO FORMAZIONE  
AREA CENTRO-SUD**

Generoso Uomo, *Napoli, Italy*

**COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI**

Flavio Tangianu, *Oristano, Italy*

**MEMBRO FISM E RESPONSABILE  
PER L'INNOVAZIONE IN MEDICINA INTERNA**

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

**ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE**

*Editor in Chief* Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

**RESPONSABILE DEI  
QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE**

Paola Gnerre, *Savona, Italy*

**SUPERVISOR EDITOR DEI  
QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE**

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

**DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANIZATION  
E CONSULTA CARDIOVASCOLARE**

Michele Stornello, *Siracusa, Italy*

**RAPPORTI CON EFIM**

Antonio Luca Brucato, *Bergamo, Italy*  
Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*  
Ombretta Para, *Firenze, Italy*  
Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

**RESPONSABILE SITO NAZIONALE  
E COMUNICAZIONE**

Salvatore Lenti, *Arezzo, Italy*

**RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ**

Franco Berti, *Roma, Italy*

**RESPONSABILE CLINICAL COMPETENCE**

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

**RESPONSABILE AREA ECOGRAFIA**

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*  
Marcello Romano, *Catania, Italy*

**RESPONSABILE MEDICINA DI GENERE**

Cecilia Politi, *Isernia, Italy*

**RESPONSABILE AREA NUTRIZIONE**

Roberto Risicato, *Siracusa, Italy*  
Luciano Tramontano, *Praia a Mare (CS), Italy*

**RESPONSABILE AREA DI CLINICAL GOVERNANCE**

Giovanni Iosa, *Cesenatico (FC), Italy*  
Stefano De Carli, *Udine, Italy*

# Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital  
and Internal Medicine*



## Fondazione FADOI - Organigramma

### PRESIDENTE FONDAZIONE

*Mauro Campanini, Novara, Italy*

### COORDINATORE

*Giuseppe Augello, Canicatti (AG), Italy*

### DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA CENTRO STUDI FADOI

*Direttore* Francesco Dentali, Varese, Italy  
*Supervisor per la Ricerca* Giancarlo Agnelli, Perugia, Italy

### SEGRETERIA

*Grazia Panigada, Pescia (PT), Italy*

### RESPONSABILE AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

*Paolo Verdecchia, Assisi (PG), Italy*

### STAFF AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

*Cecilia Becattini, Perugia, Italy*  
*Pierpaolo Di Micco, Napoli, Italy*  
*Fernando Gallucci, Napoli, Italy*  
*Alessandro Squizzato, Varese, Italy*

### RESPONSABILE AREA MALATTIE INFETTIVE

*Ercole Concia, Verona, Italy*

### STAFF AREA MALATTIE INFETTIVE

*Anna Maria Azzini, Verona, Italy*  
*Gianluca Giuri, Castelnuovo ne' Monti (RE), Italy*  
*Matteo Giorgi Pierfranceschi, Piacenza, Italy*  
*Carlo Tascini, Pisa, Italy*

### RESPONSABILE AREA MALATTIE RESPIRATORIE

*Leonardo Fabbri, Reggio Emilia, Italy*

### STAFF AREA MALATTIE RESPIRATORIE

*Bianca Beghè, Reggio Emilia, Italy*  
*Piera Boschetto, Ferrara, Italy*  
*Gaetano Cabibbo, Modica (RG), Italy*  
*Francesco Corradi, Firenze, Italy*  
*Francesco Ventrella, Cerignola (FG), Italy*

### RESPONSABILE AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

*Carlo Salvarani, Reggio Emilia, Italy*

### STAFF AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

*Laura Morbidoni, Senigallia (AN), Italy*  
*Nicolò Pipitone, Reggio Emilia, Italy*  
*Tito D'Errico, Napoli, Italy*

### RESPONSABILE AREA MALATTIE METABOLICHE

*Roberto Vettor, Padova, Italy*

### STAFF AREA MALATTIE METABOLICHE

*Tiziana Attardo, Agrigento, Italy*  
*Giovanni Gulli, Savigliano (CN), Italy*  
*Ada Maffettone, Napoli, Italy*  
*Maurizio Nizzoli, Forlì, Italy*

### RESPONSABILE AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

*Antonio Greco, San Giovanni Rotondo (FG), Italy*

### STAFF AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

*Marco Candela, Jesi (AN), Italy*  
*Giovanni Mathieu, Pinerolo (TO), Italy*  
*Valentino Moretti, San Daniele del Friuli (UD), Italy*  
*Filomena Pietrantonio, Brescia, Italy*  
*Elisa Romano, La Spezia, Italy*

### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

*Mauro Silingardi, Bologna, Italy*

### COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-NORD

*Francesco Orlandini, La Spezia, Italy*

### COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-SUD

*Generoso Uomo, Napoli, Italy*

### STAFF DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

*Roberto Frediani, Chieri (TO), Italy*  
*Marco Grandi, Sassuolo (MO), Italy*

### SEGRETERIA DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

*Luigi Magnani, Voghera (PV), Italy*

### BOARD SCIENTIFICO

*Clelia Canale, Reggio Calabria, Italy*  
*Fabrizio Colombo, Milano, Italy*  
*Giuseppe De Matthaeis, Città Sant'Angelo (PE), Italy*  
*Massimo Giusti, Torino, Italy*  
*Luca Masotti, Cecina (LI), Italy*  
*Nicola Mumoli, Livorno, Italy*  
*Maurizio Ongari, Porretta Terme (BO), Italy*  
*Ruggero Pastorelli, Collesferro (RM), Italy*  
*Fulvio Pomeroy, Savigliano (CN), Italy*  
*Roberto Risicato, Siracusa, Italy*  
*Antonio Sacchetta, Conegliano (TV), Italy*  
*Giancarlo Tintori, Pisa, Italy*

### COMMISSIONE TECNICHE E METODICHE INNOVATIVE DI FORMAZIONE E VERIFICA

*Responsabile dell'Innovazione  
in Medicina Interna* Antonino Mazzone, Legnano (MI), Italy

### STAFF

*Francesco Dentali, Varese, Italy*  
*Andrea Montagnani, Grosseto, Italy*  
*Filippo Pieralli, Firenze, Italy*

### DIRETTORE SCIENTIFICO FONDAZIONE FADOI

*Gualberto Gussoni, Milano, Italy*

### REFERENTI SLOW MEDICINE

*Roberto Frediani, Chieri (TO), Italy*  
*Luigi Lusiani, Castelfranco Veneto (TV), Italy*

### RESPONSABILI AREA DOLORE

*Domenico Panuccio, Bologna, Italy*  
*Giuseppe Civardi, Piacenza, Italy*

### AREA CRITICA IN MEDICINA INTERNA

*Carlo Nozzoli, Firenze, Italy*

# QUADERNI - Italian Journal of Medicine

## LA LUNGODEGENZA POST-ACUZIE IN ITALIA

Guest Editors: F. Pesaresi, M. Simoncelli, M. Candela

### RASSEGNE

<b>Le norme nazionali sulla lungodegenza post-acuzie</b> . . . . .	1
<i>La normativa nazionale</i> . . . . .	1
<i>Le indicazioni dell'Agenas</i> . . . . .	4
<b>Presenza e attività della lungodegenza post-acuzie</b> . . . . .	6
<i>I posti letto e l'attività svolta</i> . . . . .	6
<i>I ricoveri di lungodegenza post-acuzie</i> . . . . .	7
<b>L'organizzazione della lungodegenza nelle regioni italiane</b> . . . . .	15
<i>Le previsioni dei posti letto</i> . . . . .	15
<i>Le tipologie di lungodegenza</i> . . . . .	15
<i>L'utenza e il mandato</i> . . . . .	18
<i>La durata della degenza</i> . . . . .	22
<i>La collocazione e le dimensioni</i> . . . . .	23
<i>I collegamenti funzionali</i> . . . . .	25
<i>Modalità assistenziali ed organizzative</i> . . . . .	25
<i>Il personale</i> . . . . .	27
<i>I requisiti strutturali e tecnologici</i> . . . . .	29
<i>Indicatori di efficacia ed efficienza</i> . . . . .	30
<i>Le tariffe ospedaliere</i> . . . . .	33
<b>Conclusioni</b> . . . . .	34
<b>Bibliografia</b> . . . . .	36
<i>Norme nazionali di riferimento</i> . . . . .	37
<i>Normativa regionale</i> . . . . .	37

## La lungodegenza post-acuzie in Italia

Franco Pesaresi,<sup>1</sup> Marina Simoncelli,<sup>2</sup> Marco Candela<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direttore ASP “Ambito 9” Jesi (AN); <sup>2</sup>Direttore Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”, Pesaro-Fano (PU); <sup>3</sup>Direttore Dipartimento Medicina Area Vasta 2, ASUR Marche, Italia

### Introduzione

La rete ospedaliera è attraversata da costanti processi di modificazione, si pensi alla diminuzione della durata media di degenza nelle unità operative per acuti ed alla tendenza alla riduzione ed alla progressiva diversificazione specialistica dei posti letto per acuti. In questo panorama, le unità operative di lungodegenza post-acuzie costituiscono il complemento di tali cambiamenti ed una delle possibili opzioni per garantire che le cure siano portate a termine e che i pazienti sia accompagnati nel percorso di continuità assistenziale.

### Le norme nazionali sulla lungodegenza post-acuzie

#### La normativa nazionale

##### *Il Decreto Donat-Cattin del 1988*

La lungodegenza ospedaliera è stata trattata diffusamente per la prima volta nel 1988 nel “Decreto Donat-Cattin” sulla determinazione degli standard del personale ospedaliero (DMS 13/9/1988).

In tale decreto sono affrontate anche tematiche riguardanti le caratteristiche assistenziali della lungodegenza; specificamente, vengono individuate le sue funzioni peculiari e la tipologia dei pazienti afferenti, che risultano distinti in:

- pazienti con forme croniche stabilizzate, o anziani ultrasessantacinquenni bisognosi di trattamenti protratti di conservazione, impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell’insufficiente approntamento di forme alternative di ospedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata;
- che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale, limitatamente alla fase della convalescenza;
- pazienti in fase terminale.

Nel decreto, per la lungodegenza sono previsti moduli organizzativi di 32 posti letto. La dimensione indicata, viene detto, costituisce la soglia minima al di sotto della quale la gestione dell’unità operativa diviene antieconomica.

Gli spazi destinati alla funzione di lungodegenza possono essere localizzati attigualmente agli spazi destinati alla funzione assistenziale per acuti cui affrisce la patologia principale stabilizzata, oppure essere concentrati in un’apposita unità operativa polifunzionale. Nel primo caso i posti letto della funzione di lungodegenza fanno capo al responsabile della divisione per acuti, dispongono di un organico distinto, e danno luogo a flussi informativi differenziati da quelli dell’unità operativa assistenziale per acuti. Invece, nel secondo caso, fanno riferimento ad un responsabile espressamente destinato.

Ancora, nel decreto viene sottolineato che, nel caso di unità operative specificatamente dedicate alla lungodegenza deve essere posta particolare attenzione alla qualità della vita dei degenti. A questo fine risulta opportuno potenziare il lavoro di gruppo, coinvolgendo nell’attività assistenziale e di socializzazione figure professionali quali lo psicologo, l’assistente sociale, l’assistente religioso; inoltre, deve essere favorito l’apporto del volontariato e vanno promosse iniziative per accrescere l’area di interscambio personale tra i degenti e tra questi e le famiglie.

Come è noto, il decreto prevede poi a determinare gli standard di personale delle varie unità operative ospedaliere. Per un modulo tipo di 32 posti letto di lungodegenza viene previsto il seguente personale:

Corrispondente: Franco Pesaresi, Direttore ASP Ambito 9, Jesi (AN), Italia.  
Tel.: +39.0731.236970.  
E-mail: franco.pesaresi@gmail.com

Parole chiave: lungodegenza post-acuzie; organizzazione ospedaliera.

Conflitto di interessi: nessuno.

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright F. Pesaresi et al., 2018  
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(4):1-41

- unità di personale medico: 3;
- unità di personale infermieristico: 13;
- unità di personale di riabilitazione: 4;
- ausiliari socio-sanitari: 0,25 per posto letto;
- unità di personale per le attività di socializzazione: secondo la tipologia ad accesso dalla USL o con integrazioni di organico.

Quindi, per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- unità di personale medico: 2;
- unità di personale infermieristico: 13;
- unità di personale di riabilitazione: 4;
- ausiliari socio-sanitari: 0,25 per posto letto.

Per ogni unità operativa viene inoltre prevista la figura del caposala per il coordinamento dell'attività del personale infermieristico, tecnico e ausiliario.

Lo standard di personale da assegnare agli eventuali sottomultipli di modulo deve essere stabilito applicando ai posti letto del sottomultiplo di modulo stesso lo standard relativo ai "moduli successivi" dell'unità operativa interessata proporzionalmente ridotto con arrotondamenti in difetto, data la minore economicità del sottomultiplo stesso.

#### **La normativa nazionale 1991-1998**

La lungodegenza assume vera dignità ospedaliera solo con la legge finanziaria del 1992 che prevede per l'Italia, una «dotazione complessiva di 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie» (L 412/1991). Successivamente, con la Finanziaria del 1994 (L 537/1993) la dotazione viene fissata in 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'uno per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie.

Quindi, con le linee-guida ministeriali n.1/1995 sulle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, la funzione della lungodegenza post-acuzie viene definita ulteriormente, collocandola all'interno di un progetto assistenziale ospedaliero legato all'introduzione del nuovo sistema tariffario basato sui *Diagnosis Related Groups* (Drg). Le linee-guida si sono preoccupate innanzitutto di invitare le Regioni alla differenziazione della rete ospedaliera nelle due grandi categorie operative: acuti da una parte e riabilitazione e lungodegenza post-acuzie dall'altra. Infatti, le linee guida sostengono che la realizzazione dell'area della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie sia indispensabile per garantire la continuità assistenziale. A tale proposito è necessario, infatti, tenere ben presente che, il valore soglia specifico per Drg potrebbe provocare forti ripercussioni sulla funzionalità e sul finanziamento degli ospedali, con fenomeni sia sul fronte delle dimissioni anticipate sia sul fronte del prolungamento inappropriato della degenza in un reparto per acuti, ove non fosse presente l'area della post-acuzie. La continuità assistenziale può dunque

essere garantita attraverso l'integrazione delle unità operative di degenza per acuti, dove avviene la fase iniziale ed intensiva di diagnosi e di trattamento, con le unità di degenza per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, dove sono assicurati i successivi interventi di recupero e riabilitazione funzionale, unitamente alle necessarie misure di sorveglianza e di trattamento medico.

Le prestazioni di lungodegenza riabilitativa post-acuzie possono essere erogate o nell'ambito dell'ospedale per acuti oppure in presidi indipendenti con specifica caratterizzazione ospedaliera.

In tali linee guida viene anche indicata la durata massima del ricovero in lungodegenza pari a 60 giorni, periodo oltre il quale, previa verifica di particolari condizioni che ne rendano ammissibile la deroga, viene riconosciuta alla struttura una tariffa giornaliera abbattuta del 40%. Peraltro, durante la degenza andranno effettuati periodici controlli (indicativamente almeno ogni 20 giorni) per attestare, sulla base della documentazione clinica, le ragioni che richiedono il perdurare del trattamento in regime di lungodegenza riabilitativa post-acuzie.

Al termine del periodo di assistenza ricevuto presso le unità di lungodegenza riabilitativa post-acuzie, alcuni pazienti faranno ritorno al domicilio senza alcun ulteriore provvedimento; per altri sarà necessario prevedere interventi domiciliari a cura dell'ospedale o dei servizi sanitari e sociali di base; infine, alcuni pazienti, in relazione alle loro condizioni cliniche e/o sociali, necessiteranno di un trasferimento in strutture residenziali extra-ospedaliere, come le residenze sanitarie assistenziali (RSA), presso le quali potranno disporre anche di servizi ed attività di supporto a carattere sociale, a cura degli organismi competenti.

Occorre rilevare che nelle linee guida si usano quasi indifferentemente due terminologie a proposito della lungodegenza; nella prima parte si parla di *lungodegenza post-acuzie*, mentre nella seconda parte di *lungodegenza riabilitativa post-acuzie*, definizione quest'ultima che poi non ricomparirà in altri atti normativi nazionali. A queste definizioni si aggiunge quella del decreto ministeriale 19/3/1988, che assegna i codici (per la raccolta dei dati) alle singole discipline, che invece la definisce "*lungodegenti*" (codice 60). La lettura delle linee guida lascia comprendere che si tratta sempre della stessa disciplina, ciononostante qualche confusione rimane, soprattutto relativamente al peso dell'attività riabilitativa nelle lungodegenze post-acuzie, poiché nella stessa area funzionale è presente la disciplina di *recupero e riabilitazione funzionale*. Dubbi che forse erano sorti anche al Ministero della Sanità visto che le linee guida si chiudevano (per questa parte) annunciando che successivamente sarebbero state emanate specifiche

linee guida - mai realizzate - contenenti più analitiche informazioni ed indicazioni metodologiche per la riorganizzazione della lungodegenza riabilitativa post-acuzie.

Diverse regioni (un terzo circa) hanno visto nelle citate linee guida la previsione di due diversi modelli di lungodegenza post-acuzie, uno dei quali ad orientamento medico, e l'altro ad orientamento riabilitativo, ed in questo senso si sono mosse.

*Nelle linee guida nazionali per le attività di riabilitazione del 1998* le strutture ospedaliere di lungodegenza vengono collocate tra quelle che erogano anche attività di riabilitazione estensiva o intermedia. L'attività di riabilitazione estensiva o intermedia è caratterizzata da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere. In generale, secondo le linee guida sulla riabilitazione, le strutture ospedaliere di lungodegenza assistono in regime di ricovero pazienti, provenienti abitualmente dalle diverse aree assistenziali mediche e chirurgiche, non autosufficienti affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, bisognevoli di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di nursing infermieristico non erogabile in forme alternative. Le strutture ospedaliere di lungodegenza assistono altresì soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore, per i quali è da prevedersi un progetto riabilitativo individuale. La fase di assistenza post-acuzie è resa in unità o aree di degenza specificatamente organizzate per garantire la continuità terapeutica con l'équipe che ha in carico il paziente nella fase acuta di malattia e che pertanto devono essere funzionalmente organizzate per garantire il «progetto riabilitativo di struttura».

### **Le norme più recenti**

Nel 2012 la dotazione di posti letto ospedalieri è stata fissata ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Nel 2012 è stata fissata in € 154,00 la tariffa massima delle giornate di degenza in lungodegenza post-acuzie (DMS 18/10/2012) ed è stato ribadito il valore soglia di durata della degenza. Tale valore è

pari ad un massimo di 60 giorni, oltre il quale si applica una riduzione del 40% della tariffa giornaliera piena per cui oltre il sessantesimo giorno di degenza la tariffa massima è di 92,40 euro.

Poi, il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 relativo al “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” ha stabilito la dotazione di posti letto per regione della lungodegenza post-acuzie in almeno 0,2 per mille abitanti, all'interno dello standard più complessivo di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza. Nello stesso Decreto, per dimensionare le strutture di degenza di lungodegenza post-acuzie, è stato fissato anche il bacino minimo e massimo di utenza, pari rispettivamente a 80.000 e 150.000 abitanti.

Più recentemente il DPCM 2016 sui nuovi LEA (approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 7/9/2016), all'art. 44 (Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie) ha stabilito quanto segue:

- “1. *Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in regime di ricovero ospedaliero, secondo le disposizioni vigenti, alle persone non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero, le seguenti prestazioni assistenziali nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante: a) prestazioni di riabilitazione intensiva diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento; b) prestazioni di riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore; c) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.*
2. *L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e*

*semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.”*

In sintesi, viene in tale decreto ribadita la duplice funzione della lungodegenza, “internistica” da un lato e “riabilitativa estensiva” dall’altro, da intendere come attività integrate per rendere perseguibile lo scopo finale, cioè la deospedalizzazione. A seconda poi della tipologia/necessità del singolo paziente potrà prevalere l’offerta di stabilizzazione clinica oppure quella di presa in carico riabilitativa estensiva.

Quello che può invece essere ritenuto innovativo è il ruolo dello specialista fisiatra chiamato a definire l’appropriatezza del setting anche per la lungodegenza quale garante della continuità dei percorsi attraverso la rete integrata dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

### **Le indicazioni dell’Agenas**

Nel 2011, l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha pubblicato un documento contenente le indicazioni per la riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera e sanitaria nelle regioni in piano di rientro (Agenas, 2011).

L’osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o fragilità, insite ad esempio nell’invecchiamento;
- i pazienti fragili “non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie”, sono di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri, talora con risposte incomplete e dimissioni problematiche;
- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale (RRF) di ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriata delle loro funzioni;
- l’assenza di strutture di cure intermedie ad intensità assistenziali adeguate alle necessità del paziente;
- la difficoltà nella valutazione omogenea e precoce dei bisogni multidimensionali dei pazienti e la condivisione organizzativa del progetto di cura specifico con il territorio di competenza.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbidità, con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti.

Pertanto, in assenza di regole precise di appropriatezza per tutte le Regioni, c’è il pericolo di un’occupazione non corretta dei posti letto (PL) per post-acuti. Le suddette criticità possono avere come conseguenza:

1. invio a strutture di post-acuzie di malati non ancora stabilizzati o affetti da comorbidità di rilievo;
2. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali con elevata valenza sanitaria [strutture classificate R2 - vedi nota paragrafo successivo];
3. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti senza rete assistenziale (anziani soli, pazienti impossibilitati a tornare al proprio domicilio, pazienti extracomunitari) che non dovrebbero essere inviati a strutture di post-acuzie ma a strutture a prevalente componente socio-assistenziale [strutture classificate R3 - vedi nota paragrafo successivo];
4. invio dei pazienti con compilazione di protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico/riabilitative dei pazienti (invio a setting “disponibili” all’accoglimento non necessariamente “appropriati”).

### **Nota**

In strutture classificate R2 di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008 per persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc.

In strutture classificate R3 di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008 per trattamenti erogati in Unità d’offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d’offerta Residenziale di Mantenimento).

### **Ridefinizione dell’area ospedaliera della post-acuzie**

Il documento fornisce una serie di indicazioni riguardo alla definizione dell’area ospedaliera della post-acuzie. L’Agenas afferma che l’ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili secondo le esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al proprio domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria e il suo fabbisogno assistenziale.

Occorre dunque il riordino della rete ospedaliera di post-acuzie che permetta di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;



- ridurre le giornate di degenza inappropriate dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia;
- contenere i tempi di degenza in ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale dei bisogni riscontrati;
- dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili, con la possibilità di indirizzare tali pazienti verso setting diversi, sia in termini di organizzazione, sia in termini di costi di risorse.

Questo presuppone:

- la modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza", con l'introduzione di letti di cure "intermedie" territoriali, quale segmento di percorsi che devono essere completati sul territorio;
- l'identificazione delle varie tipologie di setting di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale e contestuale valutazione multidimensionale dei bisogni che condizionano la scelta di percorso e caratterizzano la "presa in carico" del paziente (costruzione dei Pai -Piani di Assistenza Individuali);
- la condivisione tra Ospedale e Territorio del percorso di cura prescelto con identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari setting di cura;
- la definizione di indicatori specifici per un'analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza;
- l'organizzazione del collegamento operativo con i Distretti delle Asl, competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale;
- una maggiore omogeneità dell'assistenza residenziale e domiciliare in tutte le Asl della Regione.

Inoltre, risulta necessario identificare ulteriori parametri per una maggiore qualificazione/appropriatezza del funzionamento di questa area:

- adeguamento al 95% del tasso di utilizzo posti letto;
- ridefinizione del valore soglia della degenza in 30 giorni;
- identificazione della tipologia di pazienti trattati: pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo).

I fruitori dell'area di lungodegenza ospedaliera

sono rappresentati da pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni. Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/operativo con l'area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare (area delle cure intermedie).

#### *Posti letto e articolazione delle strutture di post-acuzie*

Per un razionale utilizzo delle risorse le varie strutture dovranno essere di almeno 20 posti letto. L'analisi dei costi evidenzia una dimensione ottimale di moduli di 30 posti letto circa.

L'adeguamento della rete dell'offerta ospedaliera al fabbisogno prevede anche la realizzazione delle funzioni extra ospedaliere in grado di offrire una continuità assistenziale a valenza sanitaria.

#### *Sintesi del quadro normativo nazionale*

In definitiva si può affermare che, soprattutto fra il 1988 e il 1998, si è andato definendo il ruolo e l'organizzazione della lungodegenza post-acuzie con una serie di norme nazionali e di indicazioni ministeriali (Tabella 1) che sono riuscite a dare un ruolo ed una caratterizzazione alla disciplina. A distanza di diversi decenni rimangono però ancora da risolvere alcuni aspetti che appaiono contraddittori, ovvero: la terminologia da usare per tale disciplina; la compatibilità fra standard di personale necessari e tariffa stabilita; il peso da dare all'attività riabilitativa, anche per le ricadute che questo determina sull'organizzazione della struttura e sulla tipologia dei suoi pazienti.

Si tratta in altre parole di meglio definire se la lungodegenza post-acuzie debba essere considerata come facente parte della rete dell'assistenza riabilitativa (come lascerebbero in parte supporre le linee guida sulla riabilitazione del 1998 ed il DPCM 2016 sui nuovi LEA), o se invece la dobbiamo considerare come struttura in cui si eroga anche attività di riabilitazione estensiva, ma che si caratterizza soprattutto per garantire la continuità assistenziale. Il suo vero significato è infatti principalmente riconducibile alla capacità di garantire l'integrazione con le unità operative di degenza per acuti (sia di area medica che chirurgica). L'unità operativa di lungodegenza rende così possibile il completamento del percorso assistenziale ospedaliero di quei pazienti, che provengono unità operative ospedaliere, aventi un lento decorso e soprattutto affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale.

Infine, la norma che stabilisce di dedicare alla lungodegenza post-acuzie almeno lo 0,2 posti letto per mille abitanti, permette una crescita ed una maggiore diffusione della disciplina rispetto alla situazione attuale.

In realtà però in questi anni la lungodegenza post-acuzie, nonostante le favorevoli indicazioni programmatiche nazionali, non si è compiutamente sviluppata, è anzi rimasta, quanto a dimensioni, molto al di sotto delle previsioni nazionali.

Pertanto di fronte alle crescenti necessità che derivano da una popolazione sempre più anziana e fragile, appare evidente che, il tentativo dei programmatori è quello di trasferire una parte significativa di tale attività dalla lungodegenza

ospedaliera alle “cure intermedie” extraospedaliere. Queste ultime potrebbero in teoria costituire luoghi di assistenza più appropriati per talune situazioni, peraltro anche a minor costo.

## Presenza e attività della lungodegenza post-acuzie

### I posti letto e l'attività svolta

In base alle norme nazionali l'aspettativa dei tecnici poteva essere quella di uno sviluppo incrementale della lungodegenza post-acuzie ed invece è stranamente accaduto il contrario. Dal 1989

**Tabella 1. Le norme e indicazioni nazionali sulla lungodegenza post-acuzie.**

Argomento	Riferimento normativo	Contenuto	Indicazioni Agenas
Denominazione	L 412/1991	Lungodegenza post-acuzie	
Posti letto	DMS n.70 del 2/4/2015	Almeno 0,2 ogni 1.000 abitanti	Tasso di utilizzo 95%
Bacino di utenza		Minimo 80.000 abitanti, massimo 150.000 abitanti per ogni struttura di degenza	
Durata degenza massima	DMS 18/10/2012	60 giorni, dopo i quali si applicano delle riduzioni tariffarie del 40%	30 giorni
Tariffe	DMS 18/10/2012	154,00 euro	
Soglia dimensionale minima	DM 13/9/1988	32 posti letto	Minima: 20 pl Ottimale: 30
Standard di personale	DM 13/9/1988	Per modulo di 32 posti letto: 3 medici ; 13 infermieri più la capo sala; 4 tecnici della riabilitazione; 8 ausiliari socio-sanitari	
Tipologia dei pazienti	DM 13/9/1988 DM 13/9/1988 DMS 13/9/88 LG Riab.7/5/98 LG Riab.7/5/98	Pazienti, soprattutto anziani, con forme croniche stabilizzate bisognevoli di trattamenti protratti di conservazione Pazienti che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale, limitatamente alla fase della convalescenza Pazienti in fase terminale Pazienti non autosufficienti affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate bisognevoli di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continua nelle 24 ore, nonché di nursing infermieristico Soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore	Pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle “grandi insufficienze d’organo” accompagnati da altre patologie)

al 2000 i posti letto pubblici e privati accreditati sono passati da 12.332 a 9.653 (-21,7%) e conseguentemente i posti letto ordinari per mille abitanti sono passati da 0,21 a 0,17, mentre orientativamente se ne dovevano attendere almeno il doppio. Nel decennio successivo i posti letto hanno continuato a ridursi seppur di sole 200 unità, ma con l'aumento della popolazione i posti sono scesi ulteriormente a 0,15 per mille abitanti.

All'opposto il numero complessivo delle giornate di degenza è aumentato fino al 2010, passando da 2.663.607 del 1989 a 3.463.597 del 2010. In seguito le giornate di degenza sono tornate a ridursi, per stabilizzarsi nel 2014 in 3.038.567.

Il numero dei posti letto è diminuito soprattutto nel privato (-44%), mentre l'attività (espressa in giornate di degenza) è cresciuta nel pubblico (+43%), sostenuta da un aumento del tasso di utilizzo dei letti. Questi interventi hanno portato ad un forte riequilibrio fra pubblico e privato nella dotazione di posti letto. Nel 1989 il privato gestiva i due terzi dei posti letto, mentre nel 2014 le dotazioni fra pubblico e privato erano quasi pari, con una leggera prevalenza del settore pubblico.

La più grande trasformazione si è avuta però nella degenza media, che dal 1989 al 2014 è stata più che dimezzata, passando 58,5 giornate a 27,7. Tale riduzione ha riguardato principalmente le strutture private che in tale periodo sono passate da 101 a 29,8 giornate (Tabella 2), con interventi che, in qualche regione come il Lazio, hanno previsto la riconversione in strutture extraospedaliere di numerose cliniche di lungodegenza.

## I ricoveri di lungodegenza post-acuzie

Le informazioni sui ricoveri di lungodegenza sono desumibili dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che costituiscono una fonte ricchissima di notizie. Dal 1999 al 2013 le dimissioni dal reparto di lungodegenza sono costantemente cresciute, per poi scendere leggermente nel 2014, ed ancora di più nel 2016. Le giornate di degenza sono cresciute dal 2000 al 2012, mentre sono gradualmente diminuite negli anni successivi fino al 2016 (Tabella 3).

La parte del leone sul fronte dei ricoveri è stata svolta dalle case di cura private accreditate, che hanno realizzato nel 2016 il 46,2% di tutte le giornate di degenza erogate in lungodegenza post-acuzie; fanno quindi seguito gli ospedali a gestione diretta delle Asl, che hanno realizzato nel 2016 il 43,2% delle giornate di degenza; mentre tutti gli altri istituti detengono delle quote di attività marginali (Tabella 4).

L'attività di ricovero in lungodegenza è fortemente concentrata in sole tre regioni dove si realizzano complessivamente il 53,8% delle giornate di ricovero. Tutte le regioni presentano un'attività di lungodegenza, ma è interessante rilevare che, nel 2000, in ben 4 le regioni l'attività era del tutto assente (Tabella 5) (Ministero salute, 2013).

I ricoveri ripetuti sono presenti, ma non costituiscono una criticità importante tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti delle lungodegenze. In Italia nel 2014 i ricoveri ripetuti in lungodegenza sono stati 12.163, pari al 10,7% del totale, laddove i ricoveri ripetuti complessivi sono stati il 13,3%. Quindi la media dei ricoveri in lungodegenza è stata di 1,2 ricoveri per

**Tabella 2. Attività di degenza delle unità di lungodegenza post-acuzie. 1989-2016.**

	1989	2000	2016	Differenza % 1989-2016
<b>Unità Operative pubbliche</b>				
Posti letto	4.088	4.050	4.808*	+17,6
Degenti	29.246	42.781	54.073	+84,0
Giornate di degenza	1.020.801	1.244.296	1.377.180	+34,9
Degenza media	34,9	29,1	25,5	-26,9
Tasso di utilizzo (%)	68,4	89,0	83,0	+21,3
<b>Unità Operative private accreditate</b>				
Posti letto	8.244	5.603	4.605*	-44,1
Degenti	16.273	30.968	50.721	+211,7
Giornate di degenza	1.642.806	1.805.381	1.513.599	-7,9
Degenza media	101,0	58,3	29,8	-70,5
Tasso di utilizzo (%)	54,6	91,7	93,6	+71,4
<b>Unità Operative pubbliche e private accreditate</b>				
Posti letto	12.332	9.653	9.413*	-23,7
Degenti	45.519	73.749	104.794	+130,2
Giornate di degenza	2.663.607	3.049.677	2.890.779	+8,5
Degenza media	58,5	41,3	27,6	-52,8
Tasso di utilizzo (%)	59,2	86,6	88,4	+49,3
Posti letto per 1.000 abitanti	0,21	0,17	0,15	-28,6

\*Dato del 2013. Fonte: nostra elaborazione su dati del Consiglio sanitario nazionale (1992), Ministero della Salute (2001, 2011, 2013, 2015, 2017).

**Tabella 3. Schede di dimissione ospedaliera anni 1999-2014. Dimessi e giornate di ricovero in lungodegenza.**

Anno	Numero dimissioni			Numero giornate		
	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale
1999	40.958	41.417	82.375	1.237.649	2.776.013	4.013.662
2000	44.689	29.549	74.238	1.271.873	1.281.797	2.553.670
2012	57.670	51.227	108.897	1.544.924	1.586.894	3.131.818
2013	60.778	50.047	110.825	1.538.971	1.520.145	3.059.116
2014	57.015	52.839	109.854	1.464.307	1.574.260	3.038.567
2016	54.073	50.721	104.794	1.377.180	1.513.599	2.890.779

Fonte: nostra elaborazione da Ministero della Salute (2001a, 2002, 2013, 2015, 2017).

**Tabella 4. Schede di dimissione ospedaliera 2000, 2014 e 2016. Distribuzione dei ricoveri di lungodegenza per tipo di istituto e regime di ricovero.**

Tipo di istituto	Ricoveri					Giornate di degenza				
	2000	2014	% 2014	2016	% 2016	2000	2014	% 2014	2016	% 2016
Case di cura private accreditate	29.241	50.727	46,2	48.401	46,2	1.159.087	1.512.530	49,8	1.451.247	50,2
Ospedali a gestione diretta	37.315	45.264	41,2	45.260	43,2	973.353	1.167.181	38,4	1.163.503	40,2
Policlinici universitari	-	4.583	4,2	3.828	3,7	-	132.705	4,4	110.009	3,8
Aziende ospedaliere	5.094	4.886	4,4	3.713	3,5	170.618	127.033	4,2	76.669	2,7
IRCCS	276	2.282	2,1	1296	1,2	11.686	37.388	1,2	28.178	0,9
Ospedali classificati	1.153	1.199	1,1	1539	1,5	38.967	27.030	0,9	34.339	1,2
Istituti qualificati presidio Usl	809	648	0,6	308	0,3	47.889	26.310	0,9	16.360	0,6
Case di cura private (non accreditate)	98	239	0,2	449	0,4	7.758	6.993	0,2	10.474	0,4
<b>TOTALE</b>	<b>73.986</b>	<b>109.854</b>	<b>100,0</b>	<b>104.794</b>	<b>100,0</b>	<b>2.409.358</b>	<b>3.038.567</b>	<b>100,0</b>	<b>2.890.779</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostra elaborazione da Ministero della Salute (2002, 2013a, 2015, 2017).

**Tabella 5. Schede di dimissione ospedaliera 2000, 2014 e 2016 di lungodegenza. Composizione dell'attività per regione.**

Regioni	Numero ricoveri 2000	Numero ricoveri 2014	Numero ricoveri 2016	Giornate di degenza 2000	Giornate di degenza 2014	Giornate di degenza 2016
Emilia Romagna	23.718	32.963	32.708	737.485	892.447	886.588
Piemonte	10.254	11.321	10.242	423.259	393.815	361.024
Campania	3.635	8.969	9.275	157.611	317.772	309.875
Veneto	14.416	9.690	8.200	334.996	260.366	222.301
Lazio	2.474	6.488	6.473	132.261	237.124	246.729
Lombardia	2.850	5.520	5.611	74.830	151.273	151.038
Marche	2.014	6.949	6.115	61.629	137.262	137.242
Provincia autonoma di Trento	3.684	3.157	3.255	103.557	91.273	92.262
Toscana	2.305	3.018	2023	99.119	71.918	50.571
Sicilia	1.684	3.292	3.023	28.933	77.846	72.547
Friuli Venezia Giulia	334	3.004	1.833	8.362	71.249	46.535
Calabria	1.713	2.076	1.925	134.547	56.370	49.219
Sardegna	562	1.873	1.773	45.979	47.815	41.555
Puglia	1.986	2.393	1.812	36.801	45.852	34.672
Liguria	0	2.444	3.741	0	42.674	71.220
Provincia autonoma di Bolzano	180	1.917	1.873	5.554	40.717	39.253
Basilicata	164	1.385	134	4.407	40.408	4.544
Abruzzo	723	2.119	2.612	12.480	37.059	44.542
Molise	0	571	533	0	12.623	11.627
Umbria	0	496	1.401	242	7.021	14.622
Valle d'Aosta	0	209	232	0	5.683	5.525
<b>Italia</b>	<b>72.696</b>	<b>109.854</b>	<b>104.794</b>	<b>2.401.810</b>	<b>3.038.567</b>	<b>2.893.491</b>

Fonte: Ministero della Sanità (2002, 2013a, 2015, 2017).

persona già ricoverata nell'anno, mentre per tutte i livelli di cura ospedalieri è stata di 1,4.

Il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza ospedaliera fra il 2000 e il 2014 è cresciuto da 1,28 a 1,80 per 1.000 abitanti, per poi diminuire lievemente fra il 2014 ed il 2016 passando a 1,70. Ancora una volta emerge una straordinaria variabilità fra le regioni, fortemente influenzata dalla disponibilità delle unità di lungodegenza post-acuzie nei vari territori regionali. Effettivamente, i tassi di ospedalizzazione di gran lunga più elevati si registrano proprio in quelle regioni che hanno la maggior dotazione di letti di lungodegenza (Emilia Romagna, Marche, Bolzano e Trento), e per contro i tassi più bassi compaiono laddove la presenza della lungodegenza è molto modesta (Lombardia, Toscana, Puglia, Umbria e Sicilia) (Tabella 6).

L'andamento del tasso di ospedalizzazione per fasce

di età dimostra che, esso diventa significativo solamente negli ultrasessantacinquenni, che costituiscono nel 2016 quasi l'80% di tutti i ricoveri. La lungodegenza si conferma dunque, come previsto, una struttura essenzialmente rivolta agli anziani (Tabella 7).

Per quanto attiene alla degenza media, prendendo in esame il periodo compreso tra il 2000 ed il 2016, si assiste ad un sua continua diminuzione, essendo passata negli istituti pubblici da 28,5 a 25,5 giornate. Sono ben 8 le regioni che hanno una degenza media pari o sotto le 20 giornate, mentre tre sole regioni superano la degenza media di 30 giornate.

Stessa tendenza si registra anche nel settore privato. Nello stesso periodo la degenza media è passata da 40,6 a 30,5 giornate. In questo caso però ci sono solo due regioni che registrano una degenza media sotto le 20 giornate, mentre sono 3 le regioni

**Tabella 6. Schede di dimissione ospedaliera 2000-2014-2016. Tasso di ospedalizzazione per regione e sesso in lungodegenza post-acuzie.**

Regione	Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti							
	Maschi 2000	Femmine 2000	Maschi 2014	Femmine 2014	Totale 2014	Maschi 2016	Femmine 2016	Totale 2016
Piemonte	1,72	2,78	2,24	2,65	2,45	2,03	2,40	2,21
Valle d'Aosta	0,13	0,10	1,35	1,93	1,65	1,66	1,98	1,82
Lombardia	0,43	0,70	0,47	0,91	0,70	0,48	0,92	0,7
Provincia autonoma di Bolzano	0,31	0,55	2,82	4,40	3,62	2,93	4,10	3,51
Provincia autonoma di Trento	2,96	5,09	2,75	4,45	3,62	2,59	4,41	3,5
Veneto	2,81	3,76	1,68	2,34	2,02	1,52	1,94	1,73
Friuli Venezia Giulia	0,35	0,42	2,19	2,63	2,42	1,31	1,62	1,46
Liguria	0,07	0,14	1,32	1,81	1,58	2,07	2,70	2,38
Emilia Romagna	4,59	7,07	5,71	8,26	7,03	5,77	8,02	6,98
Toscana	0,41	0,84	0,77	1,00	0,89	0,57	0,66	0,61
Umbria	0,08	0,13	0,62	0,62	0,62	1,30	1,76	1,53
Marche	1,21	1,39	4,11	4,74	4,43	3,54	4,31	3,92
Lazio	0,41	0,60	0,93	1,31	1,13	0,93	1,34	1,13
Abruzzo	0,50	0,86	1,40	1,78	1,59	1,89	1,99	1,94
Molise	0,18	0,13	1,50	1,85	1,68	1,49	1,89	1,69
Campania	0,49	0,80	1,65	1,46	1,55	1,66	1,55	1,60
Puglia	0,51	0,57	0,60	0,69	0,65	0,44	0,56	0,5
Basilicata	0,33	0,31	1,87	2,82	2,35	0,30	0,39	0,34
Calabria	0,95	0,80	0,97	1,35	1,16	0,93	1,18	1,05
Sicilia	0,35	0,36	0,58	0,77	0,68	0,52	0,74	0,63
Sardegna	0,25	0,48	1,08	1,20	1,14	1,08	1,10	1,09
<b>Italia</b>	<b>1,04</b>	<b>1,52</b>	<b>1,54</b>	<b>2,04</b>	<b>1,80</b>	<b>1,48</b>	<b>1,93</b>	<b>1,70</b>

Da rilevare che il numero di diagnosi per scheda nel 2012 erano 2,5 nei ricoveri per acuti e 3,2 nei ricoveri in riabilitazione. Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute (2002, 2013, 2015, 2017).

con una degenza media che supera le 30 giornate (Tabella 8).

Nel settore della lungodegenza la mobilità ospedaliera fra regioni è piuttosto bassa. Infatti, da un

lato abbiamo i pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario dai reparti di assistenza per acuti, in cui la quota di casi trattati in istituti di cura esterni, rispetto alla regione di residenza, risulta pari al 7,8%; invece

**Tabella 7. Schede di dimissione ospedaliera 2000-2014-2016. Ricoveri di lungodegenza. Tassi di ospedalizzazione per fasce di età (per 1.000 abitanti).**

Fasce di età	Regime ordinario 2000	Regime ordinario 2014	Regime ordinario 2016
Meno di 1 anno	0,03	0,02	0,01
1-4 anni	-	-	-
5-14 anni	-	0,00	0,00
15-24 anni	0,03	0,07	0,07
25-44 anni	0,12	0,20	0,18
45-64 anni	0,59	0,70	0,65
65-74 anni	2,53	2,58	2,35
75 anni e oltre	10,72	11,79	10,84
<b>Totale</b>	<b>1,28</b>	<b>1,80</b>	<b>1,71</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute (2002, 2013, 2015, 2017).

**Tabella 8. Schede di dimissione ospedaliera 2000-2016. Ricoveri di lungodegenza. Degenza media per regione.**

Regione	Degenza media 2000		Degenza media 2016	
	Istituti pubblici	Istituti privati	Istituti pubblici	Istituti privati
Piemonte	42,3	40,6	28,6	40,0
Valle d'Aosta	-	-	23,8	-
Lombardia	28,7	23,3	28,1	26,4
Provincia autonoma di Bolzano	-	30,9	12,6	26,4
Provincia autonoma di Trento	23,2	29,2	17,2	28,7
Veneto	23,6	19,8	27,6	23,6
Friuli Venezia Giulia	26,4	17,8	25,7	15,2
Liguria	-	-	18,8	21,0
Emilia Romagna	33,6	26,6	30,4	22,5
Toscana	-	43,0	33,3	24,8
Umbria	-	-	10,4	-
Marche	26,3	35,7	20,8	29,6
Lazio	29,0	83,1	26,6	38,7
Abruzzo	17,0	47,7	15,9	25,6
Molise	-	-	21,8	-
Campania	17,2	52,5	23,6	39,5
Puglia	17,0	57,9	20,0	17,0
Basilicata	26,9	-	33,9	-
Calabria	15,8	100,3	17,1	29,9
Sicilia	17,2	-	21,6	28,1
Sardegna	-	81,8	19,6	27,1
<b>Italia</b>	<b>28,5</b>	<b>40,6</b>	<b>25,5</b>	<b>30,5</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute (2002, 2013, 2015, 2017).

dall'altro per i pazienti dimessi dalle unità operative di lungodegenza post-acuzie, tale percentuale, che era del 6,2% nel 2000, scende al 4,5% nel 2014 (Ministero salute, 2015) per poi risalire di poco al 4,9 nel 2016 (Ministero salute, 2017). Fanno eccezione da un lato la regione Lombardia e dall'altro l'Emilia Romagna e la provincia autonoma di Trento. La prima registra infatti nel 2016 una imponente mobilità passiva, con un saldo negativo di 1.487 ricoveri, derivante da una scarsa dotazione di posti letto; mentre le altre presentano un saldo positivo rispettivamente di 1.357 e 1.329 ricoveri, determinati da una elevata presenza di letti di lungodegenza. (Tabella 9).

La distribuzione delle *Major Diagnostic Categories* (MDC) dei ricoveri in lungodegenza riguarda soprattutto 6 gruppi nosologici che raccolgono il 79,5% della casistica: in primis troviamo le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (23,8% dei ricoveri nel 2016, in forte aumento rispetto

al 2000, e solo in lievissimo aumento rispetto al 2014); cui seguono, le malattie del sistema nervoso (16,7% dei ricoveri nel 2016, in forte diminuzione rispetto al 2000 ed in riduzione anche rispetto al 2014); poi, le malattie dell'apparato respiratorio (13,4% in progressivo sempre crescente aumento rispetto al 2000 ed al 2014); ancora dietro i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (11,6%, in moderata diminuzione rispetto al 2000 e lieve riduzione a confronto del 2014) e i disturbi mentali (7,5% senza significative variazioni rispetto al 2000 ed in lieve diminuzione a confronto con il 2014); da ultimo i fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (6,5%, in progressivo aumento rispetto al 2000 ed al 2014).

Parallelamente nelle varie MDC la degenza media risulta in costante riduzione dal 2000 arrivando al 2016 non superando in nessun caso le 42 giornate; degenza media che solo per Malattie dell'occhio arriva

**Tabella 9. Schede di dimissione ospedaliera 2014 e 2016. Ricoveri ordinari di lungodegenza. Mobilità ospedaliera fra regioni.**

Regione	% pazienti provenienti da altre regioni 2014	% ricoveri in altre regioni 2014	Saldo ricoveri in entrata e uscita 2014	% pazienti provenienti da altre regioni 2016	% ricoveri in altre regioni 2016	Saldo ricoveri in entrata e uscita 2016
Piemonte	5,0	1,1	439	5,8	1,5	448
Valle d'Aosta	1,4	2,8	-3	1,3	1,3	-
Lombardia	4,3	24,3	-1.458	5,1	25,1	-1.487
Provincia autonoma di Bolzano	1,8	0,9	17	1,6	0,9	14
Provincia autonoma di Trento	40,4	3,2	1.212	43,4	2,9	1.357
Veneto	1,8	4,3	-257	1,9	5,9	-350
Friuli Venezia Giulia	2,7	2,1	20	4,4	2,5	36
Liguria	2,9	6,0	-81	2,4	3,7	-51
Emilia Romagna	4,8	0,5	1.394	4,7	0,6	1.329
Toscana	2,1	11,2	-311	2,5	14,5	-284
Umbria	4,4	14,9	-61	8,5	6,9	23
Marche	2,5	1,8	+51	2,7	2,5	16
Lazio	2,5	4,5	-135	2,7	6,1	-238
Abruzzo	7,0	7,5	-10	7,0	5,8	33
Molise	15,6	8,7	+43	9,9	9,1	5
Campania	1,2	3,1	-176	1,1	2,5	-134
Puglia	1,0	10,6	-255	1,2	12,4	-232
Basilicata	6,9	5,4	21	5,2	36,5	-66
Calabria	1,6	11,4	-229	1,1	8,8	-161
Sicilia	0,6	6,1	-191	0,6	7,5	-222
Sardegna	0,6	2,2	-30	1,0	3,0	-36
<b>Italia</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>0</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>	

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute (2015 e 2017).

nel 2016 a scendere ad un minimo di 18,4 giornate, (Tabella 10).

I modelli assistenziali a cui fanno riferimento le unità operative di lungodegenza appaiono profondamente diversi da una regione all'altra. Ed anche semplicemente partendo dai dati amministrativi sulla degenza è possibile evincere tali difformità. Per esempio, in termini di mortalità, sia nel 2014 che nel 2016 nelle regioni Abruzzo, Lazio, Valle d'Aosta, Sardegna la lungodegenza viene utilizzata anche per accompagnare i pazienti nei loro ultimi giorni e dove pertanto la quota di persone che risultano decedute all'interno dell'unità operativa superano il 20% del totale. Si aggiunge poi nel 2016 anche la Toscana in cui la percentuale di deceduti raggiunge il 27,7%. Contrariamente negli stessi anni in altre regioni quali la PA Trento, Lombardia, tale percentuale non raggiunge il 4%, mentre nella PA Bolzano e in Campania non raggiunge il 7%. Altresì la media italiana risulta pari nel 2014 a 14,1% e nel 2016 a 14,3%.

Una diversificazione tra le diverse regioni emerge anche, alla dimissione dalla Lungodegenza, nella scelta del setting di prosecuzione del trattamento. Infatti, di fronte ad una percentuale media nel 2014

del 57% e nel 2016 di 55,4 (dunque leggermente ridotta) di pazienti dimessi al domicilio, sia nel 2014 che nel 2016 in Lombardia, nella PA Trento, in Molise, in Campania e in Calabria tale percentuale arriva a raggiungere il 70%, mentre nelle regioni Valle d'Aosta, Veneto, Toscana, Lazio, Sardegna il setting domiciliare riguarda una minoranza al di sotto del 50% di pazienti. Da rilevare inoltre che tra il 2014 ed il 2016 si assiste in Valle D'Aosta ad un sostanzioso aumento dei pazienti dimessi al domicilio (passati dal 15,2% al 45%), al contrario si riscontra una decisa diminuzione delle dimissioni al domicilio in Toscana (passate da 46,9% a 37%) e soprattutto in Basilicata (passate da 61,8% a 27,6%) (Tabella 11).

Analogamente le dimissioni presso RSA, che rappresentano nel 2014 solo il 10,8% e nel 2016 appena il 12% di tutti i ricoveri, avvengono in gran parte nelle regioni del nord dove si supera quasi ovunque il 10%. Fa curiosamente eccezione la Lombardia che, pur avendo la grande maggioranza di RSA disponibili in Italia, non ha favorito un percorso lungodegenza-RSA, essendo le dimissioni verso tali strutture appena pari nel 2014 al 6,0% e nel 2016 al 6,3%. In gran parte delle regioni del sud la quota delle

**Tabella 10. Schede di dimissione ospedaliera 2014 e 2016. Descrizione dell'attività per Major diagnostic categories.**

Major diagnostic categories	Dimissioni in lungodegenza				
	Numero casi 2014	% 2014	% 2000	Numero casi 2016	% 2016
1. Malattie del sistema nervoso	19.731	18,0	21,4	17.485	16,7
2. Malattie e disturbi dell'occhio	56	0,1	0,1	32	0,0
3. Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	404	0,4	0,8	443	0,4
4. Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	13.936	12,7	11,2	14.070	13,4
5. Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	13.456	12,2	16,2	12.153	11,6
6. Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.267	3,9	5,1	3.885	3,7
7. Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3.041	2,8	3,8	2.641	2,5
8. Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	24.458	22,3	16,4	24.975	23,8
9. Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	1.625	1,5	1,8	1.459	1,4
10. Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2.531	2,3	2,5	2.009	1,9
11. Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.348	3,0	2,5	3.480	3,3
12. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	298	0,3	0,6	233	0,2
13. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	284	0,3	0,5	245	0,2
14. Gravidanza, parto e puerperio	11	0,0	0,0	5	0,0
15. Malattie e disturbi del periodo neonatale	14	0,0	0,0	17	0,0
16. Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.164	1,1	1,0	1.081	1,0
17. Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.191	1,1	2,2	1.185	1,1
18. Malattie infettive e parassitarie	2.472	2,3	0,5	3.251	3,1
19. Malattie e disturbi mentali	9.595	8,7	7,2	7.861	7,5
20. Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	427	0,4	1,0	405	0,4
21. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	588	0,5	0,4	683	0,7
22. Ustioni	27	0,0	0,0	29	0,0
23. Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	6.341	5,8	4,0	6.805	6,5
24. Traumatismi multipli rilevanti	297	0,3	0,2	226	0,2
25. Infezioni da Hiv	17	0,0	0,0	21	0,0
Altri <i>Diagnosis related groups</i>	105	0,1	0,4	122	0,1
<b>Totale generale</b>	<b>109.854</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>104.971</b>	<b>100,0</b>

Continua nella pagina seguente



dimissioni presso le RSA è ridottissima, anche per la scarsa presenza di tali strutture nel territorio. Questo porta a dedurre che, in tali territori, le Lungodegenze post-acuzie siano costrette a svolgere anche le funzioni che spetterebbero alle RSA.

Inoltre, una quota assolutamente marginale, pari nel 2014 allo 0,3% e nel 2016 allo 0,4%, è rappresentata dai pazienti che alla dimissione dalle unità di Lungodegenza usufruiscono dell'ospedalizzazione domiciliare (Tabella 11).

Appare poi ulteriormente demoralizzante la quota di persone che vengono dimesse con la garanzia dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), che costituiscono nel 2014 il 4,0% e nel 2016 il 4,3% del totale delle dimissioni. In questo caso la percentuale più alta si ritrova nel 2016 in Basilicata essendo pari al 31,3, ma il dato è influenzato dal piccolo numero complessivo di ricoveri.

Infine, la quota di trasferimenti dalla lungodegenza agli istituti di riabilitazione risulta ancora più bassa, pari solamente nel 2016 al 2,5% (nel 2014 era del 2,0%). In questo contesto si discosta in parte nel 2016 l'Umbria in cui viene raggiunta una quota del 9% di passaggi in riabilitazione (Tabella 11).

In sintesi il panorama nel suo insieme fa ritenere che il lavoro da fare in questa direzione è davvero notevole.

I ricoverati che invece hanno avuto bisogno di essere ritrasferiti in un reparto per acuti sono stati nel 2016 pari al 7,5%, di cui circa un terzo nello stesso presidio ospedaliero. Ma anche qui le differenze sono notevoli e sembrano segnalare una qualche disarmonia nei modelli assistenziali. Nel 2014 i trasferimenti nei reparti per acuti in alcune regioni (Valle d'Aosta, Toscana, Lazio, Basilicata,) superavano il 13%, fino a raggiungere nel Lazio il 22,9%, mentre in altre regioni restavano sotto un fisiologico 5%. Altresì nel 2016 il ritorno nei reparti per acuti in alcune regioni (PA Bolzano, Toscana, Lazio, Basilicata) superava il 12%, arrivando in Basilicata al 19,4. Nel 2016 si registrava un generale aumento dei trasferimenti nello stesso istituto per acuti (passati da 2,6% a 2,8% rispetto al 2014) ed una parallela riduzione dei passaggi in altri istituti per acuti (da 4,9% a 4,7% nello stesso periodo) (Tabella 12).

Nel complesso, tra le persone che vengono dimesse viene garantita una continuità di cure, comprendendo strutture residenziali e cure domiciliari, pari nel 2016 al 19,2%, in miglioramento rispetto al

Tabella 10. Segue dalla pagina precedente

Giornate di degenza, degenza media e % dimissioni di un giorno, in lungodegenza						
Major diagnostic categories	Giorni	Degenza	% casi	Giorni	Degenza	% casi
	di degenza 2014	media 2014	di un giorno	di degenza 2016	media 2016	di un giorno 2016
1. Malattie del sistema nervoso	592.049	30,0	1,4	515.979	29,5	1,7
2. Malattie e disturbi dell'occhio	1.575	28,1	1,8	1.074	33,6	-
3. Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	9.604	23,8	1,7	8.153	18,4	28,2
4. Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	334.784	24,0	2,1	336.221	23,9	2,1
5. Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	339.511	25,2	2,3	309.623	25,5	2,3
6. Malattie e disturbi dell'apparato digerente	112.304	26,3	1,9	102.299	26,3	1,9
7. Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	72.855	24,0	2,4	66.520	25,2	1,2
8. Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	707.381	28,9	0,6	716.440	28,7	0,6
9. Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	44.521	27,4	0,8	40.070	27,5	1,0
10. Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	64.270	25,4	1,8	48.918	24,3	1,6
11. Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	80.515	24,0	2,0	84.743	24,4	1,6
12. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	8.325	27,9	1,7	6.234	26,8	3,4
13. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	7.417	26,1	0,7	6.541	26,7	1,2
14. Gravidanza, parto e puerperio	261	23,7	-	133	26,6	20,0
15. Malattie e disturbi del periodo neonatale	275	19,6	7,1	612	36,0	-
16. Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	24.578	21,1	1,2	23.578	21,8	1,4
17. Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	27.706	23,3	2,3	28.067	23,7	2,2
18. Malattie infettive e parassitarie	72.755	29,4	1,2	96.181	29,6	1,6
19. Malattie e disturbi mentali	314.548	32,8	2,5	281.083	35,8	3,3
20. Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	10.720	25,1	4,7	9.880	24,4	3,7
21. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	16.846	28,6	1,0	19.372	28,4	1,3
21. Ustioni	954	35,3	3,7	1.069	36,9	-
23. Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	163.963	25,9	1,7	162.703	23,9	1,9
24. Traumatismi multipli rilevanti	12.097	40,7	0,3	7.921	35,0	-
25. Infezioni da Hiv	577	33,9	-	693	33,0	4,8
Altri Diagnosis related groups	18.176	36,4	4,8	5123	42,0	-
<b>Totale generale</b>	<b>3.038.567</b>	<b>27,7</b>	<b>1,6</b>	<b>2.893.491</b>	<b>27,6</b>	<b>1,8</b>

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2017).

Tabella 11. Schede di dimissione ospedaliera 2016. Ricoveri di lungodegenza. Distribuzione delle dimissioni 2016.

Regione	Deceduto		Dimissione a domicilio		Dimissione c/o residenze sanitarie assistenziali		Ospedalizzazione domiciliare		Dimissione volontaria	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	1945	19,0	5.379	52,5	1.173	11,5	155	1,5	261	2,5
Valle d'Aosta	74	31,9	106	45,7	35	15,1	1	0,4	-	-
Lombardia	116	2,1	4.091	72,9	353	6,3	3	0,1	49	0,9
Provincia autonoma di Bolzano	128	6,8	1.088	58,1	165	8,8	3	0,2	7	0,4
Provincia autonoma di Trento	109	3,3	2.456	75,5	404	12,4	-	-	38	1,2
Veneto	1.622	19,8	3.894	47,5	1.109	13,5	60	0,7	34	0,4
Friuli Venezia Giulia	207	11,3	866	47,2	604	33,0	4	0,2	5	0,3
Liguria	424	11,3	1.815	48,5	952	25,4	58	1,6	30	0,8
Emilia Romagna	4.542	13,9	16.929	51,8	5.952	18,2	-	-	254	0,8
Toscana	560	27,7	749	37,0	409	20,2	2	0,1	17	0,8
Umbria	151	10,8	802	57,2	198	14,1	14	1,0	7	0,5
Marche	1.014	16,6	3.660	59,9	572	9,4	37	0,6	52	0,9
Lazio	1.638	25,3	3.079	47,6	-	-	-	-	606	9,4
Abruzzo	541	20,7	1.394	53,4	148	5,7	6	0,2	56	2,1
Molise	101	18,9	374	70,2	2	0,4	-	-	23	4,3
Campania	562	6,1	6.650	71,7	20	0,2	10	0,1	1.538	16,6
Puglia	329	18,2	1.089	60,1	50	2,8	1	0,1	99	5,5
Basilicata	21	15,7	37	27,6	1	0,7	-	-	5	3,7
Calabria	197	9,4	1.540	73,3	33	1,6	1	0,0	238	11,3
Sicilia	316	10,5	1.317	43,6	265	8,8	10	0,3	295	9,8
Sardegna	441	24,9	842	47,5	184	10,4	5	0,3	43	2,4
<b>Italia</b>	<b>15.038</b>	<b>14,3</b>	<b>58.157</b>	<b>55,4</b>	<b>12.629</b>	<b>12,0</b>	<b>370</b>	<b>0,4</b>	<b>3.657</b>	<b>3,5</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute (2015, 2017).

Tabella 12. Schede di dimissione ospedaliera 2016. Ricoveri di lungodegenza. Distribuzione delle dimissioni. 2016.

Regione	Trasferimento in altro istituto per acuti		Dimissione con attivazione assistenza domiciliare integrata		Altro ricovero nello stesso istituto		Trasferimento in istituto di riabilitazione		Totale
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.
Piemonte	668	6,5	246	2,4	415	4,1	-	-	10.242
Valle d'Aosta	1	0,4	-	-	15	6,5	-	-	232
Lombardia	247	4,4	290	5,2	356	6,3	106	1,9	5.611
Provincia autonoma di Bolzano	121	6,5	171	9,1	148	7,9	42	2,2	1.873
Provincia autonoma di Trento	149	4,6	12	0,4	61	1,9	26	0,8	3.255
Veneto	300	3,7	477	5,8	332	4,0	372	4,5	8.200
Friuli Venezia Giulia	38	2,1	63	3,4	23	1,3	23	1,3	1.833
Liguria	88	2,4	17	0,5	306	8,2	51	1,4	3.741
Emilia Romagna	1.078	3,3	2.309	7,1	233	0,7	1.411	4,3	32.708
Toscana	159	7,9	6	0,3	90	4,4	31	1,5	2.023
Umbria	18	1,3	17	1,2	68	4,9	126	9,0	1.401
Marche	334	5,5	85	1,4	233	3,8	128	2,1	6.115
Lazio	927	14,3	-	-	216	3,3	7	0,1	6.473
Abruzzo	91	3,5	164	6,3	79	3,0	133	5,1	2.612
Molise	12	2,3	14	2,6	7	1,3	-	-	533
Campania	368	4,0	32	0,3	80	0,9	15	0,2	9.275
Puglia	69	3,8	37	2,0	69	3,8	69	3,8	1.812
Basilicata	21	15,7	42	31,3	5	3,7	2	1,5	134
Calabria	78	3,7	6	0,3	6	0,3	3	0,1	2.102
Sicilia	130	4,3	448	14,8	189	6,3	53	1,8	3.023
Sardegna	46	2,6	113	6,4	51	2,9	48	2,7	1.773
<b>Italia</b>	<b>4.943</b>	<b>4,7</b>	<b>4.549</b>	<b>4,3</b>	<b>2.982</b>	<b>2,8</b>	<b>2.646</b>	<b>2,5</b>	<b>104.971</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute (2015, 2017).

2014. Tale percentuale appare piuttosto bassa considerato sia che i dimessi che non rientravano in ospedale costituivano nel 2016 il 78,1%, sia la prevalente condizione di fragilità e/o complessità dei ricoverati nelle unità operative di lungodegenza post-acuzie (Tabelle 11 e 12).

## L'organizzazione della lungodegenza nelle regioni italiane

### Le previsioni dei posti letto

Le regioni italiane hanno previsto di realizzare 0,20 posti letto di lungodegenza post-acuzie ogni 1.000 abitanti (Tabella 13).

Considerando che attualmente il loro numero è pari a 0,15 posti letto ogni 1.000 abitanti, è legittimo attendersi un loro significativo aumento.

Venti anni fa le regioni prevedevano di realizzare 0,31 posti letto ogni 1.000 abitanti, superiore di oltre il 50% rispetto alle previsioni attuali. La causa di tale

riduzione radicale è da ricercare nella riduzione più complessiva dei posti letto dell'area post-acuzie, che è passata dall'1 per mille a 0,7 posti letto per mille abitanti. A questo si aggiunge in questi ultimissimi anni, l'influenza prima di un documento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) del 2011, che ha individuato in 0,20 posti letto per 1.000 abitanti lo standard dimensionale per la lungodegenza post-acuzie, e poi le specifiche e conformi previsioni del D.M. Salute 70/2015. Non a caso, quasi tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta e della Lombardia, che hanno deliberato la questione dal 2011 in poi, hanno deciso di assegnare alla lungodegenza post-acuzie una dimensione pari o inferiore a 0,20 posti letto per mille abitanti (Tabella 13).

### Le tipologie di lungodegenza

Le regioni italiane non hanno previsto lo stesso modello funzionale ed organizzativo di lungodegenza post-acuzie. I modelli previsti e realizzati sono addirittura tre:

**Tabella 13. Calcolo del fabbisogno complessivo di posti letto di lungodegenza.**

Regione	Riferimento normativo	Posti letto	Fabbisogno di posti letto per 1.000 abitanti
Abruzzo	DCA 5/8/2010, n. 45	277	0,21
Basilicata	Dcr 24/7/2012 n. 317	86	0,15
Bolzano	DGP 28/1/2008, n. 247	188	0,37
Calabria	DPGR n.106/2011	381	0,20
Campania	DPGR n. 17/2012	750	0,13
Emilia Romagna			
Friuli Venezia Giulia	Dgr 606/2005	540	0,45
Lazio	DCA 17/11/2016, n. 377	940	0,16
Liguria			
Lombardia (cure sub acute)	Dgr 23/12/2015 n. 10/4662	1.300	0,13
Marche			
Molise	DCA n. 80/2011	44	0,14
Piemonte	Dgr 19/11/2014, n. 1-600	921	0,21
Puglia	Dgr 7/3/2017, n. 239	418	0,10
Sardegna	Piano riorganizzaz. 2011	328	0,20
Sicilia	Decreto ass. 14/1/2015	947	0,19
Toscana			
Trento	DGP 22/10/2004, n. 2407	196	0,40
Umbria	DGR 28/7/2004	150	0,17
Valle d'Aosta	Lr 25/10/2010, n. 34	58	0,46
Veneto			
<b>Italia</b>		<b>7.634</b>	<b>0,20</b>

Popolazione delle regioni considerate negli anni delle decisioni: 38.237.651.

1. *La lungodegenza post-acuzie ad orientamento internistico*; a valenza prevalentemente internistica, per soddisfare il bisogno di stabilizzazione clinica, di gestione delle eventuali complicanze e comorbidità, e di completamento dell'iter terapeutico come necessaria premessa alla deospedalizzazione.
2. *La lungodegenza riabilitativa*; per un bisogno di presa in carico riabilitativa estensiva con interventi individualizzati e non erogabili in regime alternativo al ricovero. Tale presa in carico può, ove necessario, includere anche la fase di stabilizzazione clinica. All'interno di questa tipologia viene elaborato sia il progetto riabilitativo di struttura che il progetto riabilitativo personalizzato.
3. *La lungodegenza dedicata* per pazienti ben identificati, con scarso o nullo potenziale di recupero provenienti di norma dalle rianimazioni (Basilicata) (Tabella 14) [La regione Calabria nel 2006 (DGR 332/2006) aveva previsto tre diverse tipologie di lungodegenza (lungodegenza

riabilitativa post-acuzie, lungodegenza riabilitativa di base, lungodegenza riabilitativa per obiettivi speciali) ma nel 2016 (con DCA 81/2016 che abbiamo assunto come punto di riferimento) nell'approvare i manuali di autorizzazione e accreditamento delle strutture ospedaliere ha previsto la sola tipologia della "lungodegenza".].

Quasi tutte le regioni (ad eccezione dell'Emilia Romagna, della Sardegna, dell'Umbria e della Valle d'Aosta) hanno previsto la lungodegenza post-acuzie di tipo medico, seppur variamente denominata. Sei regioni (Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Sardegna, Umbria e Veneto) hanno invece previsto la lungodegenza riabilitativa.

La sola Basilicata, ha preso in considerazione una lungodegenza dedicata a particolari tipologie di pazienti.

Il Veneto e la Campania hanno previsto sia il modello di tipo internistico che quello di tipo riabilitativo (Tabella 15).

Nella prassi, l'Emilia Romagna ha visto

**Tabella 14. Tipologie di lungodegenza nelle regioni italiane.**

Regione	Lungodegenza medica	Lungodegenza riabilitativa	Lungodegenza dedicata
Abruzzo	Lungodegenza post-acuzie		
Basilicata	Lungodegenza medica	Lungodegenza riabilitativa	Lungodegenza ad alta intensità di cura
Bolzano	Lungodegenti		
Calabria	Lungodegenza		
Campania	Lungodegenza post-acuzie	Lungodegenza riabilitativa	
Emilia Romagna		Lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva	
Friuli Venezia Giulia	Degenza post-acuta		
Lazio	Lungodegenza medica		
Liguria	Lungodegenza post-acuzie		
Lombardia	Cure sub acute		
Marche	Lungodegenza post-acuzie		
Molise	Lungodegenza post-acuzie		
Piemonte	Lungodegenza post-acuzie		
Puglia	Lungodegenza post-acuzie		
Sardegna		Lungodegenza post-acuta a valenza riabilitativa estensiva	
Sicilia	Lungodegenza post-acuzie		
Toscana	Lungodegenza post-acuzie		
Trento	Lungodegenza post-acuzie		
Umbria		Riabilitazione ospedaliera estensiva o lungodegenza riabilitativa	
Valle d'Aosta	-		
Veneto	Lungodegenza a valenza internistica	Lungodegenza a valenza riabilitativa	

l'esperienza anche di un altro modello: *l'unità operativa post-acuti a conduzione infermieristica*. Questo modello è attivo, per esempio, all'ospedale Infermi di Rimini e all'ospedale Franchini S.Arcangelo, entrambe con 20 posti letto. L'unità operativa ha la finalità di fornire interventi personalizzati a pazienti che, superata la fase acuta della malattia, necessitano di assistenza infermieristica ad alta intensità, finalizzata allo sviluppo/recupero del massimo potenziale di autonomia residua. L'UO post-acuti è diretta dal Coordinatore Infermieristico al quale è attribuita la responsabilità organizzativa e gestionale assimilabile ad un direttore medico di UO

complessa, mentre la responsabilità clinica del caso rimane di pertinenza del medico inviante dalle unità operative aziendali rientranti nel protocollo di utilizzo dei post acuti. I medici che afferiscono a discipline diverse, sono presenti fisicamente nella struttura, sulla base di percorsi predefiniti ed a seguito dei bisogni degli assistiti, identificati dagli infermieri. La composizione del team multiprofessionale che opera nell'UO è data rispettivamente da: medico inviante/referente clinico del caso, coordinatore, infermiere case manager, infermieri, operatori di supporto, fisiatra, fisioterapisti, assistente sociale, consulenti vari (Di Ruscio, Santullo, 2007).

**Tabella 15. L'utenza e il mandato delle Unità Operative di lungodegenza nelle varie regioni italiane.**

Tipologia dei pazienti	Regioni
Pazienti in fase post-acuzie stabilizzati con necessità assistenza infermieristica continua o di un intervento di riabilitazione estensiva	Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia, Veneto
Pazienti in fase post-acuzie non del tutto stabilizzati esprimono un bisogno di nursing qualificato e di un notevole grado di tutela medica	Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Veneto
Pazienti con patologie cronico-degenerative suscettibili di riacutizzazioni recidivanti che necessitano di valutazione clinica e trattamenti terapeutici periodici in regime di ricovero programmato ed elettivo	Basilicata, Marche, Puglia, Umbria, Trento, Lombardia
Pazienti in fase post-acuzie modicamente stabilizzati richiedenti un'assistenza continuativa di tipo infermieristico ed una minore tutela medica	Basilicata, Calabria, Piemonte, Puglia, Veneto, Lombardia
Soggetti con disabilità croniche non stabilizzate	Basilicata, Bolzano, Campania, Lazio, Lombardia
Pazienti in fase terminale, che abbisognano di trattamenti di prevenzione dalla sindrome da immobilizzazione o che non possono essere assistiti a domicilio	Abruzzo, Basilicata, Lazio, Puglia
Pazienti con patologia cardiologica e/o respiratoria che superata la fase acuta della malattia necessitano di interventi riabilitativi con elevata necessità di sorveglianza ed assistenza medica ed infermieristica non erogabile in altre forme	Basilicata, Calabria, Puglia
Pazienti in stato vegetativo	Basilicata, Calabria, Puglia
Pazienti portatori di pluripatologie	Campania, Bolzano
Anziani ultra sessantacinquenni bisognosi di trattamenti protratti di mantenimento e conservazione delle funzioni neuromotorie e vegetative	Basilicata, Lombardia
Pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza	Basilicata, Marche
Pazienti che presentano la compromissione di una o più funzioni e una ridotta autosufficienza fisica e/o psichica e per i quali persiste la necessità di verifica medica quotidiana e di un trattamento riabilitativo estensivo	Calabria, Puglia
Pazienti cronici con sintomatologia clinica evidente	Umbria
Pazienti con sindrome ipocinetica e da immobilizzazione protratta secondaria a patologie croniche a lenta risoluzione che necessitano di supporto nutrizionale e terapia antalgica	Basilicata
Valutazioni cliniche e trattamenti terapeutici periodici in regime di ricovero programmato ed elettivo	Basilicata
Pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine	Marche
Pazienti in fase stabilizzata cronica con evidenti disabilità multiple che richiedono assistenza infermieristica continuativa e riabilitazione estensiva o che hanno presentato complicanze che richiedono atti medici e necessitano di prevenzione da sindrome da immobilizzazione	Calabria
Pazienti le cui condizioni non evolvono nel senso di una stabilizzazione, ovvero la stabilità è vincolata all'effettuazione ripetitiva e frequente di manovre cliniche anche invasive o permane il rischio ragionevole di instabilità	Friuli Venezia Giulia

## L'utenza e il mandato

I pazienti ricoverati presso le lungodegenze post-acuzie, in genere, si differenziano dai pazienti in condizioni di acuzie o di criticità in quanto presentano: inquadramento ben definito;

- programma terapeutico ben delineato;
- quadro clinico non acuto;
- necessità di nursing dedicato di elevata valenza tecnica nell'arco delle 24 ore, con un tempo di assistenza pari a 140-160 minuti giornalieri;
- necessità di assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore, con caratteristiche diverse da quelle per acuti;
- patologie e/o loro sequele la cui complessità sia compatibile con il quadro di risposta e di sicurezza del paziente che la struttura è in grado di assicurare;
- disabilità necessitanti di interventi di riabilitazione estensiva;
- patologia progressiva che richieda adeguata assistenza e terapia di supporto;
- patologie gravemente disabilitanti non in grado di sostenere un intervento riabilitativo intensivo.

Alle funzioni di lungodegenza post-acuzie non sono ammissibili di norma (con alcune eccezioni regionali): i soggetti dipendenti da sistemi di ventilazione meccanica e/o da sistemi di monitoraggio continuativo dei parametri vitali ed i soggetti che possano essere seguiti in maniera alternativa al ricovero ospedaliero.

Alla Lungodegenza spetta il compito di prendere in carico i pazienti ospedalizzato che, superata la fase acuta di malattia, presentano ancora problematiche di salute, e/o ambientali, e/o sociali, che non ne consentono un adeguato e sicuro reinserimento in ambiente extraospedaliero e quindi la dimissione.

Ed appunto, gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in tali strutture sono:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbidità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia (Veneto, DGR 839/2008).

Le diverse regioni (come rilevato in particolare dalla Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Marche, Piemonte, Umbria, Lombardia e dalla provincia autonoma di Trento) si trovano d'accordo sul fatto che alle unità operative di lungodegenza post-acuzie

devono afferire pazienti che, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora, per un periodo protratto di tempo, di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica.

Emerge inoltre che, nonostante un'enfasi ed una terminologia diversificata ed in qualche caso anche confusa, esiste una sostanziale convergenza delle regioni (Veneto, Emilia Romagna, Basilicata, Piemonte, Campania e Bolzano, Lombardia), sulla tipologia dei pazienti da affidare alle lungodegenze. La maggior parte delle Regioni identifica infatti quali utenti emblematici della lungodegenza: il paziente non del tutto stabilizzato spesso con pluripatologie, oppure il paziente moderatamente stabilizzato portatore di patologie cronico-recidivanti, spesso con limitazioni dell'autosufficienza, necessitanti di assistenza infermieristica e sorveglianza medica. In tal senso potremmo dire che il paziente lungodegente è per eccellenza un "paziente internistico", necessitante di un'assistenza post-acuzie, ovvero di proseguire le cure ricevute nelle unità per acuti.

Alcune regioni (Veneto, Emilia Romagna, Basilicata, Sardegna, Calabria, Campania, Umbria) hanno assegnato alla lungodegenza anche una "vocazione riabilitativa" a carattere estensivo. La qual cosa significa che, una volta esclusi i casi in cui è previsto un "progetto riabilitativo individuale", in tutti gli altri casi nella lungodegenza devono essere attuati programmi di "riattivazione", che comprendono tutte le funzioni volte a mantenere e promuovere le abilità presenti, anche attraverso il supporto assistenziale e l'educazione/informazione per l'autogestione delle proprie necessità assistenziali.

Praticamente, risulta molto difficile fare una sintesi dei singoli documenti regionali che identificano le tipologie di pazienti da affidare alle Lungodegenze post-acuzie per la grande varietà di linguaggio e di dettaglio, più che di reale contenuto. La Tabella 15, da questo punto di vista tenta solo di presentare un quadro indicativo e non certo esaustivo del panorama nazionale.

Dalla sopraindicata tabella si evince che nel primo gruppo delle Lungodegenze post-acuzie ad orientamento internistico va collocata anche la lungodegenza riabilitativa post-acuzie della Calabria. In questi reparti vengono accolti pazienti affetti da patologie acute e sub-acute, suscettibili di variazioni cliniche e funzionali, non trattabili a domicilio o ambulatorialmente. Si tratta di pazienti già completamente inquadrati dal punto di vista diagnostico, con programma terapeutico compiutamente definito, con quadro clinico sufficientemente ma non completamente stabilizzato, ovvero pazienti convalescenti non ancora del tutto stabilizzati che provengono da diverse discipline specialistiche presenti nell'ospedale (es. ortopedia, cardiologia, cardiologia, neurologia, medicina interna,

geriatria, chirurgia). Possiamo dunque trovare nella lungodegenza della Calabria due principali categorie di pazienti: coloro che, pur avendo superato la fase acuta di malattia, necessitano ancora, per un periodo protratto di tempo, di sorveglianza medica, assistenza infermieristica intensiva e trattamento riabilitativo estensivo» (motorio, cardiologico, respiratorio o altro); oppure quelli che, a seguito di una malattia acuta, presentano la compromissione di una o più funzioni e una ridotta autosufficienza fisica e/o psichica. Per questi ultimi persiste la necessità di verifica medica quotidiana per l'adattamento della terapia ed il recupero, in tempi contenuti, dell'autonomia, essendo i deficit funzionali emendabili attraverso un trattamento riabilitativo estensivo (motorio, cardiologico, respiratorio o altro).

In tema di utenza e di mandato delle UU.OO. di lungodegenza si caratterizza la Regione Friuli Venezia Giulia, che prevede due tipologie di pazienti, una delle quali può permanere anche oltre l'anno. Parliamo di pazienti le cui condizioni non evolvono nel senso di una stabilizzazione, ovvero la stabilità è vincolata all'effettuazione ripetitiva e frequente di manovre cliniche anche invasive oppure alla permanenza del rischio ragionevole di instabilità. La durata della degenza, che può anche superare l'anno, è in questo caso determinata dal perdurare del quadro di instabilità o da eventuali risoluzioni.

Dal canto suo la regione Lombardia ha fortemente caratterizzato tale settore di intervento. Nel 2011, ha istituito le *Cure sub acute* - UCSA, unità operative con caratteristiche simili alla lungodegenza post-acuzie. Esse sono rivolte a pazienti che non necessitano più di permanenza in un reparto per acuti, ma richiedono controllo clinico e/o follow-up stretto anche mediante eventuali esami strumentali, eccetto quelli ad alta tecnologia (es. RMN) o invasivi (es. EGDS), e/o richiedono terapie definite di media complessità, ovvero terapie mediche di tipo non interventistico o rianimatorio.

I principali obiettivi del regime sub-acuto si possono così riassumere:

- garantire il completamento del processo di guarigione;
- gestire le comorbidità;
- ripristinare le normali attività quotidiane (nella maggior parte dei casi durante la degenza in UO per acuti il paziente è stato allettato);
- evitare le ricadute ed evitare, soprattutto in caso di patologie croniche, precoci riacutizzazioni e quindi precoci e ulteriori ospedalizzazioni o accessi al PS;
- permettere un sicuro rientro al domicilio con un programma di follow-up definito (domiciliare o ambulatoriale);
- fornire al paziente ed al caregiver gli strumenti per la gestione della cronicità a domicilio.

Le cure subacute sono considerate necessarie dal punto di vista medico per soggetti che rientrano nei seguenti criteri.

#### **Criteri di arruolamento**

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità;
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio;
3. Anche se clinicamente stabile il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti;
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico.

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi a:

- pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario;
- pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici caratterizzati da una tendenza alla instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

#### **Criteri di accesso alle cure sub acute**

I criteri di accesso sono così identificati:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- programma di trattamento individuale predisposto;
- consenso informato (solo se avviene il cambio dell'Ente di ricovero) del paziente che deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali;
- necessità di proseguire cure in fase sub-acuta con esigenza di stretto follow-up e completamento del processo di guarigione o anche per una fase di instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica.

#### **Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in strutture di cure sub-acute**

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di

instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie “minacciose” o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);

- Respiro autonomo da >48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO<sub>2</sub> >95%, PO<sub>2</sub> >60 mmHg, CO<sub>2</sub> <45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO<sub>2</sub> >90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP);
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano;
- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
  - temperatura corporea >38°C o <36°C;
  - frequenza cardiaca >90;
  - frequenza respiratoria >20 atti/min o PCO<sub>2</sub> <32 mmHg;
  - globuli bianchi >12.000/mm<sup>3</sup>, o <4.000/mm<sup>3</sup> o >10% di cellule immature;
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG);
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici.

A questo riguardo è assolutamente necessario che i protocolli di gestione dei pazienti presso queste strutture sub-acute, considerando la natura sanitaria delle stesse, prevedano la sola presa in carico di pazienti con problemi di tipo sanitario (residua instabilità clinica non gestibile al domicilio) e che non si cerchi di supplire con questo tipo di struttura a problematiche di natura familiare e sociale non sanitaria che comporterebbero una impropria ed inappropriata completa messa a carico del servizio sanitario nazionale.

### Criteri di esclusione

In merito ai criteri di esclusione, si definisce inoltre che, in assenza di disturbi del comportamento o wandering, il decadimento cognitivo non preclude necessariamente la gestione del paziente in cure sub-acute (es. demente con polmonite o con scompenso cardiaco), purché il decadimento cognitivo stesso non sia il motivo del trasferimento, esistendo per queste problematiche ambiti assistenziali differenti. È fondamentale comunque che il decadimento sia individuato e quantificato prima del trasferimento al fine di permetterne una corretta gestione.

La necessità del ricovero non è dunque legata ad un aspetto custodialistico-sociale, quanto alla necessità di garantire una prosecuzione delle cure a malati potenzialmente ancora instabili, sia per il recente evento acuto sia per la fragilità legata alle patologie croniche (Boffelli S. *et al.*, 2014).

Parimenti, il modello della lungodegenza riabilitativa viene invece ampiamente sviluppato dalla regione Emilia Romagna. Infatti, l'*Emilia Romagna* disegna in modo particolare la sua lungodegenza post-acuzie prevedendo al suo interno anche la funzione della riabilitazione estensiva. Per comprendere adeguatamente tale indirizzo è necessario tener conto del fatto che, nella normativa dell'Emilia Romagna, l'assistenza post-acuzie e la riabilitazione estensiva (funzioni concettualmente distinte ma aventi in comune la possibilità di una durata di degenza protratta) sono assegnate entrambe alla lungodegenza riabilitativa (cod. 60).

Entrambe le due forme di assistenza sono orientate a soggetti non autosufficienti che presentano generalmente una degenza protratta, ma si differenziano tra di loro sia per gli obiettivi da perseguire, sia per la tipologia di pazienti da assistere, sia per i servizi prestati.

Infatti, l'assistenza post-acuzie è rivolta principalmente a soggetti con patologie ad equilibrio instabile o con disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che necessitano di assistenza clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa nelle 24 ore, pur con un'intensità di cure inferiore a quella dei reparti per acuti. L'assistenza post-acuzie è quindi una fase di assistenza comune a molti settori dell'assistenza ospedaliera, che opera in stretto collegamento funzionale ed operativo (di norma in forma dipartimentale) con l'area dell'assistenza per acuti.

La riabilitazione estensiva comprende interventi di moderato ma protratto impegno terapeutico, di norma diretti: o alla prevenzione di possibili aggravamenti in disabili ed in soggetti clinicamente stabili, affetti da disabilità croniche evolutive; oppure a soggetti con disabilità a lento recupero che, pur necessitandone, non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo. L'intervento riabilitativo estensivo si caratterizza per:

- la relativamente bassa complessità e intensità (di norma superiore a 1 ora/die ma inferiore a 3 ore/die);
- la degenza protratta;
- l'alto livello di supporto assistenziale infermieristico;
- l'inferiore necessità di sorveglianza medica (non continuativa nelle 24 ore).

La riabilitazione estensiva si differenzia pertanto sia dall'assistenza post-acuzie sia dalla riabilitazione intensiva (che richiede almeno tre ore di trattamento



specifico al giorno) per obiettivi, momento di intervento e intensità dell'assistenza.

Proprio per questo la regione Emilia Romagna identifica due gruppi di pazienti, che fanno esplicito riferimento alle due funzioni della lungodegenza, di seguito elencati secondo la decrescente complessità assistenziale.

1. *Pazienti in fase post-acuzie non completamente stabilizzati*: pazienti che a seguito della fase acuta della malattia, presentano la compromissione di una o più funzioni, e sono caratterizzati da una ridotta autosufficienza dal punto di vista fisico. Essi provengono dalle diverse discipline mediche e chirurgiche presenti nell'ospedale, per cui la fase di assistenza post-acuzie dovrà essere resa in unità di degenza specifiche in contiguità/continuità assistenziale con l'équipe che ha avuto in carico i pazienti nella fase acuta dell'episodio di malattia e comunque in aree funzionalmente separate ed opportunamente identificate rispetto all'unità per acuti di provenienza. Sostanzialmente tali pazienti in fase post-acuzie possono essere ricondotti a due principali categorie:

- a) pazienti che a seguito della fase acuta di definizione diagnostica e trattamento della patologia responsabile del ricovero, in via di regressione, *presentano tuttavia pluripatologie e/o instabilità clinica* tali da rendere necessario un ulteriore periodo di sorveglianza medica e, soprattutto, di assidua assistenza infermieristica, al fine di recuperare un buon compenso clinico e/o di un'assistenza riabilitativa con aspettative di recupero;
  - b) pazienti che a seguito della fase di definizione diagnostica e trattamento della patologia per cui è stato effettuato il ricovero hanno recuperato un buon compenso clinico, ma *nei quali persistono limitazioni nelle condizioni di autosufficienza* che richiedono un periodo di riabilitazione estensiva (generalmente non superiore a 30 giorni) con finalità di recupero, anche attraverso un progetto riabilitativo individualizzato.
2. *Pazienti in fase post-acuzie stabilizzati*, generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico che richiedono assistenza continuativa di tipo infermieristico e eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo con l'obiettivo principale di mantenere i livelli residui di autosufficienza. Tale categoria comprende ad esempio:
- a) pazienti con recenti fratture e/o con apparecchi gessati che comunque necessitano di un lungo riposo a domicilio, in carenza di sostegno familiare adeguato;
  - b) cardiopatici a bassa gravità clinica e non

complicati, con quadro clinico acuto a rapida risoluzione (ad es. cardiomiopatia ischemica cronica riacutizzata, edema polmonare acuto recidivante in cardiomiopatia cronica); diabetici in scompenso lieve, etc., per cui persiste la necessità di trattamento sanitario di ridotta intensità;

- c) pazienti reduci da malattie acute che, non potendo presumibilmente recuperare un'autonomia completa, sono in attesa di essere accolti presso strutture residenziali extraospedaliere;
- d) broncopneuropatici cronici con lieve/media insufficienza respiratoria, il cui l'iter diagnostico in fase acuta è già concluso, ma sono considerati bisognosi di sorveglianza medica;
- e) sindromi ipocinetiche secondarie a patologie comunque stabilizzate (Emilia Romagna).

Anche i reparti di lungodegenza riabilitativa di base previsti dalla regione Calabria sono dedicati alla riabilitazione estensiva di pazienti già completamente inquadri dal punto di vista diagnostico, con programma terapeutico definito, con quadro clinico stabilizzato, necessità di procedure riabilitative di complessità moderata, con sufficienti capacità cognitive. Ovvero pazienti riconducibili alle seguenti tipologie:

- a. convalescenti stabilizzati con un quadro di polipatologia cronica in buon compenso clinico, che richiedono assistenza infermieristica continuativa e un trattamento riabilitativo estensivo per riattivare l'autosufficienza, ad esempio: esiti di fratture con docce gessate; cardiopatici a bassa gravità clinica e non complicati; diabetici in scompenso lieve-moderato; bronco-pneuropatici cronici con moderata insufficienza respiratoria; sindromi ipocinetiche secondarie;
- b. in fase stabilizzata cronica con evidenti disabilità multiple che richiedono assistenza infermieristica continuativa e riabilitazione estensiva per il mantenimento o riattivazione delle abilità residue o che hanno presentato complicanze che richiedono atti medici (interventi chirurgici e ortopedici, polmoniti, insufficienza ventilatoria, scompenso cardiaco, nefropatie, malnutrizione/disidratazione, infezioni, ecc.) e necessitano di prevenzione da sindrome da immobilizzazione.

E' fondamentale durante il ricovero educare e coinvolgere attivamente nel processo di cura tali pazienti ed anche la famiglia, condividendo con loro il piano di assistenza, aumentando le loro conoscenze e la capacità di gestione delle malattie croniche, con lo scopo finale di accompagnarli alla domiciliazione indipendente o assistita.

Da ultimo, il terzo modello di *lungodegenza* è quello *dedicato* a particolari tipologie di pazienti, come viene esplicitamente previsto dalla Basilicata.

In Basilicata tale unità operativa assume la denominazione di *lungodegenza ad alta intensità di cura (LAIC)*.

La lungodegenza post-acuzie medica ad alta intensità di cura si caratterizza per il ricovero di pazienti con scarso o nullo potenziale di recupero, con inquadramento diagnostico già esaurito, ma con quadro clinico non completamente stabilizzato. Di norma, tali pazienti provenienti dalle rianimazioni e/o dalle terapie intensive, una volta superata la fase iperacuta, non risultano più appropriati per una degenza in tali unità assistenziali, sia perché a rischio di eventuali super infezioni, sia perché in grado di determinare il blocco del turn-over dei ricoveri, con gravi ricadute sull'assistenza e sui costi.

Si tratta di soggetti compromessi da un punto di vista emodinamico e respiratorio in quanto:

1. Tracheostomizzati che, sebbene in respiro spontaneo, necessitano sia di un supporto di ossigenoterapia nel lungo termine con cannula tracheale *in situ*, che di periodica broncoaspirazione; essi possono beneficiare di supporto riabilitativo prevalentemente indirizzato alla componente respiratoria e motoria per la prevenzione di un ulteriore degrado funzionale;
2. Tracheostomizzati, non del tutto autonomi da un punto di vista respiratorio, necessitanti occasionalmente di ventilazione assistita, e di frequente broncoaspirazione;
3. In ventilazione meccanica assistita con scarse o nulle possibilità di svezamento dal ventilatore, vista la precedente permanenza pari di almeno 40 giorni in ambiente intensivo rianimatorio.

### La durata della degenza

Le posizioni delle varie regioni in merito alla durata del ricovero nelle unità operative di lungodegenza ospedaliera, sono molto diverse. Infatti, si passa dalla definizione di una degenza massima di 21 giorni (Friuli Venezia Giulia), ad una degenza massima che può superare anche l'anno (sempre il Friuli Venezia Giulia per tipologie particolari di pazienti).

Appena 10 anni fa la maggior parte delle regioni prevedeva, in linea peraltro con le disposizioni legislative nazionali e con le linee guida del 1995 sul sistema tariffario, una degenza massima di 60 giorni, mentre oggi circa un quinto delle regioni (Umbria, Friuli VG, Piemonte, Puglia) fissano una degenza massima di 30 giorni ed altre tre (Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna) fissano tale soglia a 40 e a 50 giorni. Tredici regioni (Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Calabria, Campania, Lombardia, Lazio, Marche,

Molise, Sicilia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta) si sono attenute alle indicazioni nazionali ed hanno stabilito tale limite in 60 giorni. Attualmente solamente tre regioni prevedono una degenza più lunga e non definita per tipologie particolari di pazienti (Tabella 16).

Nel complesso comunque quasi tutte le regioni, se si escludono tipologie particolari di pazienti (stati vegetativi, ecc.), contengono la durata massima della degenza in 60 giorni. Ma la novità è data dal fatto che c'è una tendenza di diverse regioni a ridurre tale degenza massima ed a rendere più veloce la rotazione nei posti letto.

In un recente studio è stato affrontato il fenomeno delle dimissioni ospedaliere "ritardate" nella regione Emilia Romagna, con riferimento all'anno 2011, ponendo l'attenzione anche su 64 unità operative di lungodegenza post-acuzie (per un totale di 1.316 posti letto).

Da precisare che la definizione operativa adottata è quella del Department of Health dello UK National Health Service, secondo cui le dimissioni ritardate sono quelle situazioni in cui il paziente occupa un posto letto in degenza ordinaria anche se, secondo l'opinione di un team multidisciplinare, è clinicamente dimissibile o trasferibile da quel posto letto (Bryan K., 2006).

Dalla rilevazione emerge che in quasi la metà dei pazienti la dimissione ritardata dalla lungodegenza post-acuzie è riconducibile all'attesa di un posto letto in struttura residenziale (43%). Altre motivazioni della dimissione ritardata sono rappresentate da: carenza di una rete familiare/famiglia che non accetta la dimissione (22,6); domicilio inadeguato/domicilio fuori regione (8,4%); attesa disponibilità presa in carico ADI/mancata disponibilità di presidi, dispositivi medici, attrezzature sanitarie/difficoltà di presa in carico del servizio sociale/difficoltà organizzative della programmazione e dimissione protetta/altro (8,4%); attesa disponibilità presa in carico ADI/mancata disponibilità di presidi, dispositivi medici, attrezzature sanitarie (7,9%); attesa p.l. acuto/Cod 56 (7,4). Per quanto riguarda poi la caratterizzazione dei pazienti con dimissione ritardata dalla lungodegenza, lo studio riporta che si tratta per gran parte di pazienti con esiti di fratture di femore o spalla in diagnosi principale o secondaria, in circa la metà dei casi sottoposti ad un intervento terapeutico maggiore, di cui quasi un terzo ha transitato in terapia intensiva.

Inoltre, nello stesso studio, un'altra più numerosa categoria di pazienti, costituita mediamente da soggetti più anziani, con storia di comorbilità di tipo cardiovascolare, ammessi spesso in urgenza nei reparti di Medicina Interna e Geriatria, presenta una dimissione ritardata da questi reparti per lo più in attesa del trasferimento in lungodegenza (Mongardi M. *et al.*, 2013).

Tutto questo a documentare che, per entrambi i gruppi di pazienti, la durata di degenza nei reparti di lungodegenza rappresenta una possibile criticità all'interno degli ospedali.

### La collocazione e le dimensioni

In considerazione della provenienza dei pazienti in Post-Acuzie, nei “Quaderni del Ministero della Salute” (2010) viene auspicata una collocazione della struttura vicino ai reparti per acuti. Questo allo scopo non solo per evitare la duplicazione dei Servizi generali ospedalieri (Radiologia, Laboratorio di analisi cliniche ecc.), ma soprattutto per rendere più facile e immediato il trasferimento del paziente al reparto per acuti in caso di aggravamento.

D'altra parte, è anche necessario che la Post-Acuzie sia logisticamente e funzionalmente separata dall'area della degenza ordinaria per acuti, a conferma della diversa mission delle due strutture.

Generalmente, possiamo trovare le unità operative di lungodegenza post-acuzie in tutti gli ospedali. Solo due regioni dettano disposizioni sulle caratteristiche dell'ospedale che può ospitare la lungodegenza.

Per la Lombardia le strutture nelle quali possono

essere attivati i posti letto sono ospedali di tipo medio/piccolo, non inseriti nella rete dell'emergenza urgenza, che dispongono solo di alcune specialità di base (DGR 9-937/2010). Le cure subacute possono essere effettuate o in una struttura indipendente rispetto alle strutture di ricovero e cura per acuti, o in un'area organizzata ad hoc situata all'interno della struttura per acuti stessa. Queste attività di natura subacuta non hanno la necessità di essere effettuate in strutture che abbiano le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ospedali per acuti e non devono neppure diventare una copia in miniatura degli stessi (DGR 1479/2011). Viceversa, per la Puglia lo stabilimento ospedaliero in cui prevedere una struttura di lungodegenza deve essere dotato almeno di radiodiagnostica e di patologia clinica.

Più numerose sono invece le disposizioni sull'autonomia e la collocazione delle unità operative di Lungodegenza. Le regioni Campania e Piemonte non ritengono opportuno, qualora la degenza post-acuzie sia inserita in ospedali per acuti, che questa venga effettuata all'interno dello stesso reparto per acuti, in posti letto o in stanze a ciò dedicate. Secondo queste regioni, codesta situazione non garantirebbe

**Tabella 16. L'utenza e il mandato delle Unità Operative di lungodegenza nelle varie regioni italiane.**

Regione	Degenza	Note
Friuli Venezia Giulia	Massima 21	Degenti post acuti a breve termine
Piemonte	Massima 30	
Lombardia	Massima 40	Minima 7/10
Veneto	Massima 40	
Emilia Romagna	Massima 40 o 50	In relazione alle <i>Major Diagnostic Categories</i> di appartenenza
Puglia	Massima 60 esclusa la lungodegenza riabilitativa	30 giorni nella lungodegenza riabilitativa
Abruzzo	Massima 60	
Marche	Massima 60	
Lazio	Massima 60	Ad eccezione per i pazienti con stato vegetativo o stato di minima coscienza permanente
Calabria	Massima 60	Lungodegenza riabilitativa di base
Basilicata	Massima 60	
Bolzano	Massima 60	
Campania	Massima 60	
Molise	Massima 60	
Trento	Massima 60	Media 25
Sicilia	Massima 60	
Umbria	Massima 60	
Valle d'Aosta	Massima 60	
Friuli Venezia Giulia	Può anche superare l'anno	Degenti post acuti a durata non programmabile

Fonte: Bibliografia

infatti né le condizioni logistiche (spazi adeguati di movimento, assenza di barriere architettoniche ecc.), né l'organizzazione funzionale. Sulla stessa linea si colloca la regione Basilicata che ritiene che la fase dell'assistenza post-acuzie debba essere resa in unità di degenza autonome e funzionalmente specifiche, che operano in stretto collegamento funzionale ed operativo (di norma in forma dipartimentale) con l'area dell'assistenza medica.

Sul versante opposto troviamo l'Umbria, la provincia di Trento, l'Emilia Romagna, la Puglia e il Friuli Venezia Giulia che collocano di norma l'area della lungodegenza all'interno di reparti internistici, talora con relativa autonomia, o in moduli a valenza dipartimentale.

Di fronte a tre possibili soluzioni di dislocazione della lungodegenza: un'unica ed autonoma unità operativa, oppure letti di appoggio presso ogni area di degenza per acuti, oppure una sezione annessa all'area di degenza internistica, l'Umbria, nel determinare la soluzione organizzativa ottimale, opta per la terza soluzione che sembra non presentare svantaggi e presenta il maggior numero di vantaggi. Infatti, secondo questa regione l'attivazione di posti letto di lungodegenza annessi alla u.o. internistica si accompagna a: scarso rischio di ghettizzazione; scarso rischio di intasamento dei reparti per acuti; maggiore congruenza tra bisogni assistenziali dei pazienti ed assetto organizzativo del reparto; ipotizzata centralità per le unità operative di Medicina Interna o di Geriatria nella regolazione della risposta assistenziale agli anziani. Dal canto suo la provincia di Trento ritiene che i posti letto di lungodegenza riabilitativa possono essere affidati sia alle unità operative dell'area funzionale medica, sia alle unità operative di recupero e riabilitazione funzionale.

Sostanzialmente in linea anche le regioni Friuli Venezia Giulia e Puglia che affermano che la lungodegenza non costituisce da sola struttura complessa e fa capo all'unità operativa di Medicina Interna del presidio ospedaliero il cui Responsabile ha la responsabilità clinica dei pazienti post-acuti.

In Emilia Romagna, la necessità di una chiara separazione strutturale tra le unità di lungodegenza ed i reparti per acuti viene garantita con la costituzione del modulo organizzativo (struttura semplice) a valenza dipartimentale, che rappresenta un'articolazione funzionalmente trasversale ai diversi settori di produzione dell'assistenza. All'interno della lungodegenza, un effettivo decentramento delle responsabilità organizzative, anche tramite il conferimento di incarichi di responsabilità a carattere organizzativo-gestionale al personale infermieristico di livello dirigenziale, dovrebbe permettere di perseguire una migliore efficienza operativa, migliori economie di gestione ed un aumento della qualità delle

prestazioni assistenziali. Si deve andare dunque verso la costituzione di moduli dipartimentali di lungodegenza al fine di garantire:

- trasparenza e chiarezza, anche organizzativa, in termini amministrativi e di responsabilizzazione assistenziale;
- efficacia ed efficienza della gestione, dal momento che la tipologia di pazienti individuati richiede una diversa complessità ed intensità assistenziale rispetto alle strutture per acuti.

Anche al fine di perseguire obiettivi di efficienza gestionale, la regione Emilia Romagna afferma che, a seconda delle dimensioni del presidio e delle tipologie di pazienti, tali unità strutturali potranno essere previste:

- nell'ambito di un dipartimento, in cui per ciascun paziente viene comunque mantenuta la continuità con l'unità per acuti di provenienza anche per facilitare la necessaria consulenza medica;
- come unica unità strutturale di lungodegenza del presidio, con un proprio referente medico, che assume la responsabilità clinica dei pazienti, anche in stabilimenti diversi da quello ove sono collocate le unità per acuti di provenienza dei pazienti.

Si ribadisce che in tutti i casi l'équipe infermieristica non può essere la stessa della unità di provenienza, ma deve rappresentare un'unità funzionale appositamente dedicata ed autonoma.

Nel caso poi di unità di lungodegenza ubicate in strutture ospedaliere di piccole dimensioni, sempre la regione Emilia Romagna sostiene che di norma deve essere presente una funzione di degenza per acuti di Medicina Interna per la necessaria garanzia di assistenza medica al bisogno dei pazienti ricoverati in lungodegenza.

In una posizione intermedia, rispetto ai due precedenti gruppi di regioni, troviamo l'Abruzzo che ritiene che la funzione di lungodegenza possa essere svolta, sia in un'apposita unità operativa polifunzionale (soluzione considerata ottimale), sia in spazi funzionalmente aggregati a quelli per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata.

In aggiunta, l'accordo fra le regioni non c'è nemmeno sulla tipologia di dipartimento a cui affidare le unità operative di Lungodegenza. Il Veneto ritiene opportuno l'inserimento della funzione di lungodegenza in un Dipartimento Strutturale/Funzionale di Riabilitazione, insieme con le strutture che compongono l'offerta riabilitativa di un determinato territorio, ((DGR 839/2008). Invece, la Calabria e Friuli Venezia Giulia (DGR 606/2005) ritengono appropriato collocare le unità operative di lungodegenza all'interno del Dipartimento Medico o di Medicina Interna.

Infine, grandi differenze si registrano anche nelle dimensioni minime o ottimali da riservare alla Lungodegenza. Accanto a regioni come la Puglia che

ritengono accettabili unità operative con almeno 12 posti letto (ma solo nel pubblico), troviamo altre regioni come la Calabria che prevedono una dimensione minima di 30 posti letto (Tabella 17).

### I collegamenti funzionali

Per garantire una buona riuscita del progetto di lungodegenza è necessaria l'attivazione di un'efficace rete di collegamenti interni ed esterni. Come correttamente ribadito dalle regioni Emilia Romagna, Lazio, Puglia e Lombardia è infatti fondamentale, per il miglioramento della qualità dei servizi, che l'organizzazione di tale unità sia orientata alla massima facilitazione del percorso del degente all'interno della struttura ospedaliera. Risulta inoltre fondamentale la esatta definizione di procedure nei difficili momenti di passaggio da questa alle strutture territoriali.

I collegamenti funzionali intra-ospedalieri dei moduli di lungodegenza, sia di quelli strutturalmente aggregati alla divisione per acuti che di quelli concentrati in distinte unità operative, devono avvenire principalmente con i reparti ospedalieri per acuti (Emilia Romagna, Piemonte, Umbria, Lombardia) e/o con le unità operative di Geriatria e Medicina Interna (Abruzzo, Emilia Romagna, Marche) anche attraverso procedure formalizzate per l'accesso da tali unità operative (Lazio).

Qualora poi alla dimissione non sia possibile un rientro al proprio domicilio del paziente o persistano problematiche assistenziali o socio-assistenziali, risultano invece fondamentali i collegamenti funzionali della u.o. di lungodegenza con l'esterno, ovvero con le strutture territoriali competenti (residenze sanitarie assistenziali, assistenza domiciliare integrata ecc.), al fine di garantire la continuità assistenziale (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Veneto).

Garantire la continuità assistenziale e quindi una

corretta e rispettosa transizione tra ospedale e territorio è esigenza ormai imprescindibile, rappresentando talvolta una vera e propria emergenza sanitaria e sociale (Quaderni del Ministero della Salute, 2010).

Nel caso in cui si tratti di un paziente anziano non autosufficiente, l'interlocutore più idoneo per il passaggio in cura nella rete dei servizi territoriali è sicuramente l'unità di valutazione geriatrica, come suggerito dalla regione Emilia Romagna, che dovrà prendere in carico il paziente sin dalle ultime giornate della degenza per prepararne e programmare la dimissione (Friuli Venezia Giulia). La regione Basilicata ritiene invece auspicabile che la predisposizione e gli interventi di ospedalizzazione domiciliare, inseriti all'interno dei programmi dell'ADI, siano resi dal personale delle strutture di lungodegenza post-acuzie; ciò in virtù delle specifiche caratteristiche transmurale che queste strutture avrebbero in rapporto alle tipologie dei pazienti che trattano.

### Modalità assistenziali ed organizzative

#### *Accesso al ricovero in lungodegenza post-acuzie*

Le diverse regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Umbria, Veneto, Lombardia) sono d'accordo nel ritenere che tale unità sia chiamata ad accogliere pazienti provenienti da tutti i reparti ospedalieri per acuti provenienti sia dall'area medica che chirurgica; o anche dalla riabilitazione intensiva (come previsto solo dalla Campania e dal Veneto). Di norma non sono autorizzati i ricoveri in lungodegenza di pazienti provenienti dal domicilio. In questo caso il Veneto ha previsto come eccezione i casi di pazienti nei quali non è possibile effettuare un trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in U.O. per acuti (es.: pazienti con patologia ortopedica ai quali non è concesso un carico immediato).

Invece la Lombardia, nell'ottica di favorire una de-ospedalizzazione dal regime per acuti nei casi in cui ne ricorrano le condizioni cliniche, non pone restrizione a che l'accesso al regime di cure sub-acute avvenga anche dal territorio o da un precedente ricovero riabilitativo, purché esistano dei percorsi preventivamente definiti con le Asl di appartenenza degli erogatori coinvolti.

Ad ogni buon conto, per favorire l'appropriatezza nell'utilizzo della nuova funzione ospedaliera di lungodegenza, la regione Emilia Romagna afferma la necessità per ogni azienda sanitaria di sviluppare specifiche linee guida che definiscano i criteri di ammissione del paziente in queste unità, oltre che il percorso nella struttura ospedaliera e le dimissioni.

Addirittura, su questo stesso fronte la regione

**Tabella 17. Dimensioni minime delle unità operative di lungodegenza.**

Regione	Posti letto del modulo (Unità Operativa)
Puglia	12 modulo minimo Unità Operative pubbliche 32 modulo tipo
Marche	15 modulo minimo 32 modulo minimo per unità complessa
Lombardia	20 preferibilmente
Abruzzo	20 modulo minimo
Piemonte	20 modulo minimo
Umbria	20 modulo ottimale
Sicilia	24 modulo standard
Calabria	30 modulo minimo

Puglia prevede che, ogni nuovo ricovero in Lungodegenza, deve essere autorizzato dal direttore medico del presidio.

### **Modalità assistenziali**

Le regioni Campania, Calabria, Lombardia, Puglia e Veneto prevedono l'elaborazione di un "programma assistenziale individualizzato" (Campania) o di un "progetto riabilitativo individualizzato" (Calabria, Veneto) per ogni paziente ammesso in Lungodegenza.

Per la Lombardia, le cure subacute richiedono per ogni paziente la formulazione di un piano di trattamento che porti a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti. Le cure sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale, con predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato. Tale piano comprende una valutazione clinica all'ingresso, in cui sono definite durata, terapie, trattamenti e l'individuazione dei risultati attesi, che vengono poi alla fine del percorso terapeutico messi a confronto con i risultati realmente ottenuti.

La Valutazione Multidimensionale è una "valutazione multidisciplinare nella quale:

1. sono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi di un individuo anziano;
2. sono definite le sue capacità funzionali;
3. viene stabilita la necessità di servizi assistenziali;
4. viene sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi siano commisurati ai bisogni ed ai problemi" (sito WEB: [www.americangeriatrics.org](http://www.americangeriatrics.org)).

La procedura di VMD, esplora le seguenti aree: salute fisica, stato cognitivo, stato psico-emozionale; stato funzionale; condizione socio-economica; ambiente di vita. Essa dovrebbe aumentare l'accuratezza diagnostica e la messa in opera di interventi capaci di rallentare il declino funzionale, ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita di anziani fragili. L'uso della VMD dovrebbe permettere anche una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse, una riduzione dei costi ed un miglioramento dell'organizzazione e della qualità assistenziale (Ferrucci L. *et al.* 2011).

Sulla stessa lunghezza d'onda si colloca il Veneto che prevede la realizzazione di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente, una disponibilità ed una organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutico-assistenziali, permetta:

- lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre, spazi per logopedia, rieducazione funzionale e terapia occupazionale);
- una adeguata integrazione del team curante e informazione e addestramento dei famigliari e di quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti

nella assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione (ambiente per riunioni con i familiari e del team);

- la organizzazione della giornata in modo da favorire autonomia e socializzazione.

Dall'Emilia Romagna, che considera la lungodegenza contraddistinta da un'elevata intensità di assistenza infermieristica (24 ore su 24) a fronte di una bassa intensità di assistenza medica, viene poi fornita una modalità di completa ed esauriente descrizione dell'attività assistenziale che si svolge al suo interno.

L'obiettivo generale è di integrare lo svolgersi equilibrato di un processo terapeutico che, soprattutto in pazienti anziani, si rivela lungo e complesso e non esauribile efficacemente nelle aree di assistenza per acuti. In questo contesto al personale medico spetta: la responsabilità clinica dei pazienti, il compito di gestire i protocolli concordati con gli specialisti invianti ed eventualmente integrarli con altre prestazioni sanitarie, la decisione di dimettere il paziente; mentre la responsabilità organizzativa può essere affidata ad un infermiere dirigente. La Regione Emilia Romagna chiarisce che all'interno delle unità di lungodegenza l'organizzazione dell'assistenza infermieristica non può essere rigidamente strutturata in modo omogeneo alle funzioni mediche, ma deve essere piuttosto articolata secondo le funzioni assistenziali di nursing rese. Queste ultime sono infatti prevalenti rispetto alle cure mediche per i pazienti lungodegenti post-acuti, che richiedono una risposta ad elevata complessità di assistenza infermieristica, laddove prevalgono le procedure terapeutiche (terapie farmacologiche con intervalli inferiori alle 3-4 ore, medicazioni e sostituzioni di sonde, drenaggi, cannule, etc.) e di monitoraggio (quali ad esempio misurazioni di parametri vitali ripetuti nelle 24 ore con intervalli inferiori alle 4 ore, prelievi, ecc.).

Rilevante è inoltre l'assistenza infermieristica a supporto delle funzioni di base per la perdita della autosufficienza del paziente, che può essere erogata dall'infermiere con l'aiuto di altri operatori, quali ad esempio gli operatori tecnici addetti all'assistenza. Fondamentale infine è la componente del nursing finalizzato alla comunicazione con il paziente, i familiari, le équipe territoriali, l'unità di valutazione geriatrica, il medico di medicina generale.

Questi pazienti che hanno concluso la fase acuta del ricovero, ma abbisognano di protratti interventi finalizzati al massimo recupero possibile della salute e dell'autosufficienza, necessitano quindi di assistenza a prevalente carattere infermieristico, di supervisione medica e di eventuale trattamento riabilitativo di tipo estensivo, ivi compresi i progetti riabilitativi individuali. In questo caso la riabilitazione va considerata uno degli strumenti dell'attività

assistenziale a disposizione del curante, nell'ambito delle iniziative attuate per mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti.

In questo senso anche la Basilicata, assegnando all'instabilità clinica l'aspetto caratterizzante dei pazienti afferenti, dichiara che l'aspetto clinico assistenziale prevale su quello riabilitativo. Ciononostante tale Regione prevede comunque per tutti i pazienti un trattamento di terapia fisica di base atto a prevenire il degrado e i rischi dell'immobilizzazione protratta e, per taluni pazienti, la predisposizione di progetti riabilitativi specifici e relativi programmi attuativi curati da medici specialisti fisiatri.

In tal senso, i programmi di riabilitazione estensiva realizzati all'interno delle unità operative di Lungodegenza, fanno riferimento ad almeno 1 ora (ed inferiore a 3) di terapia specifica al giorno (fisioterapia, logopedia, ergoterapia, assistenza neuropsicologica ecc.) nelle regioni Emilia Romagna, Lazio, Umbria e Veneto e nella provincia di Bolzano. Diversamente dall'Emilia Romagna, l'Umbria prevede un significativo impegno medico internistico con copertura medica 24 ore su 24 (usufruendo del sistema della reperibilità) con un intervento medico specialistico riabilitativo strutturato in gruppo interprofessionale.

Le regioni Campania, Friuli Venezia Giulia e Puglia propongono l'uso di protocolli per la corretta gestione del paziente. In Campania e Puglia, tali protocolli devono prevedere:

- la prevenzione della sindrome da immobilizzazione (mobilizzazione attiva e passiva, massima riduzione del tempo trascorso a letto, trasferimento da letto a poltrona o carrozzella);
- la prevenzione delle piaghe da decubito (trattamento programmato della cute, uso di letti speciali, mobilizzazione);
- la prevenzione del tromboembolismo venoso;
- la prevenzione delle cadute (fornitura di ausili per la deambulazione);
- la procedure di corretta pratica assistenziale (ad esempio cateterismo vescicale);
- la gestione degli ausili visivi e delle protesi acustiche;
- l'assistenza per l'integrazione psico-sociale per il trattamento con tecniche psicologiche di rimotivazione.

### Le dimissioni

Le dimissioni dalla unità di lungodegenza a cura del suo responsabile avvengono nel momento in cui si esaurisce la necessità di un controllo medico continuativo, o se si verifica una complicanza medica o chirurgica potenzialmente reversibile, ma non gestibile con le risorse locali.

Nella dimissione ordinaria il paziente potrà essere mandato al proprio domicilio, oppure potrà essere

avviato al programma di assistenza domiciliare integrata, oppure potrà essere trasferito nella RSA.

Qualora si realizzi un'ulteriore necessità di riabilitazione dopo la dimissione, i pazienti devono essere inviati alla riabilitazione domiciliare od ambulatoriale.

Nella dimissione straordinaria il paziente può essere ritrasferito, su richiesta del medico della lungodegenza, nel reparto di provenienza, in un altro reparto specialistico, o in unità di terapia intensiva con procedure di precedenza rispetto ai ricoveri programmati delle singole unità operative.

Tale evenienza, che sarà considerata come evento negativo nella valutazione, potrà essere minima se si riuscirà a realizzare un'accurata selezione dei pazienti all'ammissione e un'attenta gestione del caso.

Nella relazione clinica per il medico curante devono essere riportati, secondo le Regioni Campania e Puglia:

- il problema o i problemi clinici che hanno portato al trasferimento nella lungodegenza;
- la terapia ed i controlli effettuati durante tale ricovero;
- le condizioni cliniche alla dimissione;
- la terapia domiciliare;
- il programma di *follow-up* concordato con lo specialista.

Secondo la Regione Puglia, analoga relazione deve essere trasmessa al reparto per acuti di provenienza unitamente alla copia della cartella clinica relativa al ricovero in lungodegenza post-acuzie.

Di diverso avviso la Regione Emilia Romagna, secondo cui la responsabilità clinica inclusa la decisione sulla dimissione del paziente, sono a carico dei medici dell'unità operativa inviante, salvo diversa disposizione del responsabile di dipartimento. La decisione sulla dimissione spetta invece al personale medico presente nel caso in cui lo stesso personale medico integra i protocolli concordati con gli specialisti inviati.

### Il personale

Per quanto concerne la responsabilità gestionale di tali unità, gli orientamenti delle varie regioni sono fortemente disomogenei, anche in relazione ai diversi obiettivi assistenziali attribuiti alla funzione lungodegenza ed ai diversi modelli organizzativi previsti.

Le Regioni Campania e Piemonte ritengono essenziale la costituzione di unità operative di lungodegenza post-acuzie che abbiano come responsabile un dirigente di secondo livello con qualificazione medico-internistica, in ragione del fatto che la parte prevalente dei pazienti ricoverati è costituita da persone in età avanzata, portatrici di pluripatologie e di problemi clinico-assistenziali che

richiedono una competente e continua sorveglianza medica, oltre che una costante assistenza infermieristica.

Il Friuli Venezia Giulia precisa che il responsabile è lo stesso della unità operativa di Medicina Interna. Il Piemonte aggiunge però che la restante dotazione organica di personale medico può essere differentemente costituita secondo la caratteristica prevalenza delle patologie trattate.

Il Veneto e l'Umbria ritengono che la dirigenza delle strutture deve afferire, di norma, a un dirigente medico fisiatra responsabile della struttura complessa e il Veneto aggiunge che si dovrà prevedere che il personale medico delle strutture sia costituito anche da dirigenti medici dell'area Geriatria e di Medicina Interna.

La Regione Emilia Romagna dal canto suo ritiene che la responsabilità organizzativa e gestionale delle lungodegenza deve essere di norma affidata al personale infermieristico con funzioni dirigenziali, ferma restando la supervisione e responsabilità clinica dei singoli medici responsabili dei degenti, individuati a seconda del reparto di provenienza o della patologia prevalente del paziente, secondo criteri stabiliti nell'ambito del dipartimento cui afferisce l'unità operativa. Nel caso in cui ad esempio le condizioni cliniche del paziente, necessitino di un progetto

riabilitativo individualizzato, il responsabile del progetto sarà un fisiatra. La gestione medica va garantita da un organico medico, con standard ridotti rispetto alla dotazione prevista di norma per le unità di Medicina Interna, con il compito prevalente di gestire i protocolli concordati con gli specialisti invianti e di integrarli con eventuali prestazioni sanitarie che si rendessero necessarie.

Invece, l'Abruzzo sostiene che si deve fare capo al responsabile della divisione per acuti qualora la funzione di lungodegenza venga svolta in spazi funzionalmente aggregati a quelli per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata, mentre nel caso in cui venga costituita un'unità operativa polifunzionale autonoma si rende necessario un apposito organico.

Anche sul fronte poi degli standard di personale le differenze fra le regioni sono straordinarie. La soluzione prevalente (Abruzzo, Piemonte, Veneto e Umbria) prevede una presenza medica 24 ore su 24. Una ipotesi ben diversa viene fatta dalle regioni Lazio e Lombardia che, per una unità operativa di 20 posti letto, prevedono rispettivamente 1,5 e 1 medico. In una posizione intermedia si colloca la regione Calabria (Tabella 18).

Quasi tutte le regioni fanno ovviamente esplicito riferimento alla possibilità di avere consulenze

**Tabella 18. Gli standard di personale della lungodegenza.**

Figure professionali	Abruzzo	Basilicata lungodegenza medica post-acuzie	Lazio 20 p.l.	Calabria 20 p.l.
Assistenza medica	Continua nelle 24 ore	Presente	1,5	4 (6 x 21-40 pl) (7 x 41-60 pl)
Infermieri	Continua nelle 24 ore	Presente	7	8 (12 x 21-40 pl) (15 x 41-60 pl)
Fisioterapisti	In numero adeguato ai pazienti	1 ogni 12 degenti	2	3 (4 x 21-40 pl) (5 x 41-60 pl)
OSS			6	2,67 (4 per 30 pl)
Psicologo e assistente sociale		Presente		
Figure	Lombardia CSA	Piemonte	Veneto	Umbria
Assistenza medica	38h ogni 20 posti	Presenza 24h/24	Presenza 24h/24	Presenza 24h/24
Infermieri	160 min/paz/die coprendo 24h	24h/24	140-160 minuti giornalieri	220 min/die/ paziente di assistenza omnicomprensiva di cui 90 min di infermieri
OSS				
Fisioterapisti				1 ogni 5 ospiti
Logopedista				1 ogni 20 ospiti

Lazio: Il Responsabile è compreso nel personale medico. Il coordinatore infermieristico (1 ogni 60 pl) è compreso nel personale infermieristico.



mediche specialistiche soprattutto, ma non solo, dal reparto di provenienza del ricoverato.

Per l'assistenza infermieristica invece non è possibile estrapolare una ipotesi prevalente. Tutte le regioni hanno previsto standard quasi sempre diversi l'uno dall'altro. Ad un capo troviamo le regioni Lombardia e Veneto che hanno previsto i livelli di assistenza infermieristica più elevati. La Lombardia ha previsto 160 minuti di assistenza infermieristica al giorno per paziente con una copertura comunque 24 ore su 24 sostanzialmente pari alla regione Veneto che ha previsto un minutaggio di 140-160 minuti.

Le altre regioni hanno preso in considerazione standard molto più bassi. La regione Umbria ha previsto 90 minuti di assistenza infermieristica al giorno, la regione Lazio un infermiere ogni 2,9 pazienti e la Calabria un infermiere ogni 2,5 pazienti. Abruzzo e Piemonte si sono limitati a stabilire una presenza infermieristica 24 ore su 24 (Tabella 18).

La regione Umbria, che ha voluto invece caratterizzare in senso riabilitativo estensivo la lungodegenza, per ciò che non viene garantito dagli infermieri propone i tecnici della riabilitazione, 1 ogni 5 pazienti (e quindi più degli infermieri), a cui si aggiunge un logopedista ogni 20 pazienti. Più bassa la presenza dei fisioterapisti in Calabria (1 ogni 6,7 pazienti), o molto più bassa in Basilicata dove sono previsti nel rapporto 1 a 12.

La presenza più significativa degli operatori socio-sanitari (OSS) è stata contemplata dalla regione Umbria con 130 minuti al giorno per paziente, mentre ad un livello inferiore si collocano le regioni Lazio e Calabria che prevedono rispettivamente 1 OSS ogni 3,3 pazienti o 1 OSS ogni 7,5 pazienti (Tabella 18).

### I requisiti strutturali e tecnologici

Nei quaderni del Ministero della Salute (2010), venivano indicate le caratteristiche strutturali della degenza post-acuzie:

- Stanze preferibilmente a 2 letti, munite di servizi igienici per disabili;
- Superficie della stanza tale da consentire l'alzata in poltrona;
- Ossigeno e aspirazione centralizzati;
- Letti articolati, munite di sponde e di materassi antidecubito;
- Sistemi di videosorveglianza, soprattutto per il controllo continuo di pazienti con deficit cognitivo;
- Dispositivi di sistemi di sollevamento e di trasporto di pazienti non autonomi;
- Palestra riabilitativa nelle adiacenze del reparto;
- Spazi di socializzazione per la fase pre-dimissione.

Nell'ambito delle disposizioni normative delle regioni italiane soltanto l'Abruzzo, l'Emilia Romagna e la Lombardia fanno specifico accenno alle

*caratteristiche ambientali e strutturali* delle unità di lungodegenza.

In particolare, in merito alla dotazione minima di ambienti, sono stati individuati i requisiti strutturali indicati di seguito.

#### a) Area destinata alla degenza:

- Camere di degenza con superficie minima per posto letto di mq 9 (se camera singola) (Abruzzo, Puglia), o di mq 7 (se camera multipla); (Abruzzo)
- Camere da 1, 2, 3, 4 letti (Abruzzo, Puglia);
- Camere da 2 letti nelle strutture di nuova realizzazione (Abruzzo, Puglia);
- Le stanze a più posti letto devono essere attrezzate per garantire la privacy del singolo paziente (Abruzzo);
- Servizi igienici in ogni stanza di degenza nelle strutture di nuova realizzazione (Abruzzo);
- Servizi igienici attrezzati in numero di almeno 1 ogni 4 posti letto (Abruzzo, Lombardia, Puglia) per portatori di handicap (Puglia);
- Ogni servizio igienico deve disporre di lavabo, vaso, bidet, piatto doccia o vasca da bagno e, comunque, almeno un servizio igienico deve disporre di vasca da bagno; (Abruzzo);
- 1 bagno per portatori di handicap (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Almeno un bagno deve essere attrezzato di specchio, mensola, irrigatore, decalcificatore e depuratore con filtro per l'acqua o disponibilità di acqua purificata, cestino porta rifiuti sigillabile per le esigenze connesse alla gestione delle stomie (Puglia);
- Ambulatorio visite e medicheria (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Stanza caposala (Afd) ed accogliimento utenti (Abruzzo, Puglia);
- Un locale per medici (Abruzzo, Puglia);
- Cucinetta (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Deposito sporco, in ogni piano di degenza, dotato di vuotatoio e lavapadelle automatico (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Deposito pulito (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Spazio o almeno degli armadi per il deposito dei farmaci e del materiale sterile (Lombardia);
- Spogliatoio per il personale (Lombardia);
- Impianto di illuminazione di emergenza (Lombardia)
- Impianto di chiamata con segnalazione acustica o luminosa (Lombardia);
- Ogni posto letto deve essere dotato di un comodino attrezzato per il consumo dei pasti, una sedia e un armadietto (Puglia);
- Almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto;
- Una palestra.

b) *Area di socializzazione:*

- Spazio attrezzato soggiorno e tempo libero (Abruzzo, Emilia Romagna, Lombardia, Puglia).

c) *Aree generali e di supporto:*

- Locali attesa e accoglienza (Abruzzo, Emilia Romagna, Puglia);
- Un locale di lavoro, per ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Servizi igienici visitatori (Abruzzo);
- Servizi igienici per il personale (Lombardia, Puglia);
- Deposito attrezzature e magazzino ortesi ed ausili vari (Abruzzo, Puglia).

Per quanto concerne invece *i requisiti minimi tecnologici* sono state giudicate indispensabili le attrezzature indicate di seguito.

a) *Attrezzature per degenza:*

- Letti degenza articolati (Abruzzo, Puglia);
- Materassi antidecubito di differenti tipologie (Abruzzo, Puglia);
- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbracature (Abruzzo, Puglia);
- 1 barella doccia per pazienti disabili (Abruzzo, Puglia);
- Carrello per la gestione delle emergenze dotato di: pallone autoespandibile con maschere di varia misura; cannule orofaringee di varie misure; sfigmomanometro con fonendoscopio; laccio, siringhe e agocannule; materiale per medicazione; farmaci salvavita; defibrillatore con pacing esterno (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Carrello per la gestione della terapia (Abruzzo, Lombardia, Puglia);
- Carrello per la gestione delle medicazioni (Abruzzo, Puglia);
- Deambulatori con appoggio ascellare (Abruzzo, Puglia);
- Saturimetri (Abruzzo);
- Pompe ad infusione (Abruzzo, Puglia);
- Pompe per alimentazione enterale/parenterale (Abruzzo, Puglia);
- Pesapersona per pazienti disabili (Abruzzo, Puglia);
- Impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa (Puglia);
- Impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno (Puglia);
- Glucometro (Puglia);
- Ossimetri (Puglia);
- Carrozze standard ed a schienale reclinabile (Puglia);
- Apparecchi per aerosolterapia (Puglia);
- Oftalmoscopio (Puglia);
- Otolaringoscopio (Puglia).

b) *Attrezzature per il trattamento:*

- 5 lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (Abruzzo, Puglia);
- Letto di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile (Abruzzo, Puglia);
- 4 standing ad altezza variabile (Abruzzo);
- Materassini per cinesiterapia (Abruzzo, Puglia);
- Parallele ad altezza variabile per la deambulazione (Abruzzo, Puglia);
- 1 scala modulare per rieducazione motoria (Abruzzo, Puglia);
- Deambulatori ad altezza regolabile (Abruzzo, Puglia);
- Tripodi regolabili (Puglia);
- 1 cicloergometro (Abruzzo, Puglia);
- Spalliera svedese (Abruzzo, Puglia);
- Cuscini antidecubito; (Abruzzo, Puglia)
- Quadro per ergoterapia (Abruzzo, Puglia);
- Presidi e sussidi per terapia occupazionale (Abruzzo, Puglia);
- Piano da statica (Puglia);
- Specchio per kinesiterapia su ruote (Puglia);
- Bastoni canadesi (Puglia);
- Bastoni in legno per kinesiterapia (Puglia);
- Sacchetti di sabbia rivestiti in pvc (Puglia);
- Pesi da 500 g. e da 1 chilo (Puglia).

**Indicatori di efficacia ed efficienza**

Pochissime regioni si sono misurate con il tema degli indicatori; di queste, tre regioni - Campania, Calabria e Puglia - per verificare l'efficacia e l'efficienza gestionale delle unità operative, mentre il Veneto e la Lombardia per verificare l'appropriatezza dei ricoveri.

Le regioni Campania e Puglia nelle loro linee guida hanno previsto una verifica continua del rispetto dei criteri di efficacia dell'intervento e di efficienza gestionale delle unità operative di lungodegenza post-acuzie. La valutazione dovrà essere effettuata con un ampio set di indicatori, che sono i seguenti:

- pazienti con criteri di ammissione corretti/totale pazienti ricoverati;
- pazienti con degenza di durata inferiori a 15 gg./totale pazienti ricoverati;
- pazienti con degenza di durata superiore a 60 gg./totale pazienti ricoverati;
- pazienti con degenza di durata superiore a 90 gg./totale pazienti ricoverati;
- durata media della degenza;
- tasso di occupazione;
- indice dei turnover;
- indice di rotazione dei posti letto;
- pazienti trasferiti in altri reparti ospedalieri/totale pazienti ricoverati;
- pazienti ritrasferiti nel reparto ospedaliero di provenienza/ totale pazienti trasferiti in altri reparti ospedalieri;
- pazienti deceduti/totale pazienti ricoverati;

- pazienti dimessi al domicilio sul totale dei pazienti ricoverati;
- rapporto pazienti riammessi a 6 mesi dalla dimissione/sul totale dei pazienti dimessi;
- valutazione della variazione della performance funzionale e delle abilità residue all'ingresso e alla dimissione;
- incidenza di piaghe da decubito;
- tasso di infezioni ospedaliere;
- pazienti "affidati" al responsabile di distretto/totale pazienti dimessi dalla lungodegenza post-acuzie.

Come risulta evidente, si tratta di un numero eccessivo di indicatori che difficilmente verranno monitorati. Contrariamente, la Calabria ne ha previsti un numero ridottissimo e poco incisivo (durata della degenza, destinazione alla dimissione, eventi avversi/decessi).

La regione Veneto invece si è concentrata sui criteri per definire (DGR 839/2008) i criteri di appropriatezza dei ricoveri effettuati presso le Unità Operative di Lungodegenza, integrando il più possibile le funzioni internistica e riabilitativa (Tabella 19).

La regione Lombardia per le cure subacute ha elaborato un indice di intensità assistenziale per

verificare l'appropriatezza del ricovero nell'unità operativa. Per il suo calcolo occorre compilare la Scheda dell'Indice di Intensità Assistenziale riportata nella Tabella 20. Essa prevede la compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico.

Viene assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'Indice di Intensità Assistenziale. Gli indici che testimoniano un appropriato invio presso la struttura sub acuta sono gli indici 2 e 3.

L'indice di intensità assistenziale (IIA) determina, con quattro indici, il grado di dipendenza del paziente:

- Indice 1: la persona è autonoma nel soddisfacimento del bisogno. Intensità assistenziale bassa;
- Indice 2: dipendenza minima della persona. Intensità assistenziale medio bassa;
- Indice 3: dipendenza elevata della persona. Intensità assistenziale medio alta;
- Indice 4: forte grado di dipendenza o dipendenza totale. Intensità assistenziale alta.

In un recente studio, condotto sull'attività di un reparto di Cure Sub-acuzie sito in Lombardia (UCSA), avente una popolazione tipicamente geriatrica,

**Tabella 19. Regione Veneto: criteri di appropriatezza del ricovero ordinario in lungodegenza.**

Unità Operativa Lungodegenza	Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario
Criteri clinici generali ed eziologici	Pazienti in fase di post - acuzie a diversi livelli di stabilizzazione clinica ma con prospettiva di raggiungimento della stessa nel breve termine, esprimenti un bisogno di nursing qualificato e di tutela medica di livello variabile; Pazienti affetti da disabilità dovuta a singola menomazione, che necessitano di programmi riabilitativi a bassa complessità, e/o non siano in grado di trarre giovamento da interventi riabilitativi di tipo intensivo; Pazienti che abbiano ultimato un percorso di riabilitazione intensiva e che necessitano di prosecuzione ad un minore livello di intensività, in preparazione al reinserimento; Pazienti provenienti dalle Unità per acuti in attesa di essere accolti presso unità di riabilitazione intensiva
Criteri temporali per esiti di eventi acuti	Trasferimento da reparto per acuti; Trasferimento da reparti codice 28.00, 28.01, 56, 75; Trasferimento da Unità Operativa cod. 60 di altra AUSL per avvicinamento territoriale
Criteri di struttura ed organizzativi orientati ai seguenti obiettivi:	Favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è già stata raggiunta; Collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero; Limitare le complicanze secondarie, e ridurre la disabilità conseguente alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale (progetto riabilitativo individuale) consentito, attraverso interventi riabilitativi specifici (di rieducazione delle funzioni sensomotorie, cognitive), attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa e una organizzazione dell'intera giornata che favorisca la autonomia del paziente e la sua socializzazione (progetto riabilitativo di struttura); Informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i caregivers
Criteri di processo rilevabili dalla cartella clinica	Presenza in cartella clinica del Progetto riabilitativo individuale e/o del Piano assistenziale individuale; Documentazione della presenza di instabilità clinica correlata all'evento acuto; Documentazione della eventuale presenza di situazioni di comorbilità di grado tale da condizionare l'evoluzione; Documentazione della necessità di completamento dell'iter riabilitativo e/o di riattivazione motoria; Documentazione della presenza di bisogni di nursing qualificato
Criteri di impegno assistenziale e di complessità clinica	Possibile presenza di tracheostomia, sondino nasogastrico o gastrostomia endoscopica percutanea; Non sono ammissibili pazienti dipendenti da sistemi di ventilazione meccanica e/o monitoraggio continuativo dei parametri vitali

Tabella 20. Regione Lombardia: indice di intensità assistenziale.

Bisogno assistenziale	Punteggio	Bisogno assistenziale	Punteggio
<b>1) Funzione cardiocircolatoria</b>		<b>7) Movimento</b>	
- Senza aiuto/sorveglianza	1	- Senza aiuto/sorveglianza	1
- Parametri <3 rilevazioni die	2	- Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
- Parametri >3 rilevazioni die	3	- Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
- Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	- Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
- Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	- Necessità di utilizzare il sollevatore	4
- Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	- Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
- Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3		
- Quantità urine	2	<b>8) Riposo e sonno</b>	
<b>2) Funzione respiratoria</b>		- Senza aiuto/sorveglianza	1
- Senza aiuto/sorveglianza	1	- Sonno indotto con farmaci	2
- Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	- Disturbi del sonno	3
- Dispnea da sforzo grave	3	- Agitazione notturna costante	4
- Dispnea a riposo	4	<b>9) Sensorio e comunicazione</b>	
- Secrezioni abbondanti da bronco aspirare	4	- Senza aiuto/sorveglianza	1
- Tosse acuta/cronica	3	- Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
- Parametri <3 rilevazioni die	2	- Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
- Parametri >3 rilevazioni die	3	- Deficit cognitivo lieve	2
- Ossigenoterapia	3	- Deficit cognitivo moderato	3
- Necessità di ventilo terapia notturna	3	- Deficit cognitivo grave	4
- Presenza di tracheotomia	4	- Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
- Terapia con nebulizzazioni	3	<b>10) Ambiente sicuro/situazione sociale</b>	
<b>3) Medicazioni</b>		- Senza aiuto/sorveglianza	1
- Assenza di medicazioni	1	- Apparecchi medicali a domicilio	2
- Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	- Rischio di caduta medio-alto	4
- Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	- Uso di mezzi di protezione	4
- Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	- Attivazione assistente sociale	3
- Ferita chirurgica non complicata	2	<b>11) Bisogno assistenziale</b>	
- Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	- Educazione sanitaria del care-giver	2
- Moncone di amputazione da medicare	3	- Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
- Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<b>12) Terapie</b>	
- Stomia recente da medicare	3	- Assenza di terapia	1
- Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	- Terapia solo orale 1 o 2 volta al giorno	2
<b>4) Alimentazione e idratazione</b>		- Terapia più di 2 volte die	3
- Senza aiuto/sorveglianza	1	- Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) 1 v/die	2
- Prescrizione dietetica	2	- Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
- Necessità di aiuto per azioni complesse	2	- Antibiotico in infusione continua	3
- Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	- Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
- Presenza di disfagia lieve	3	- Nutrizione parenterale totale	3
- Presenza di disfagia moderata-severa	4	<b>13) Altri bisogni clinici</b>	
- Nutrizione enterale (sondino nasogastrico o gastrostomia endoscopica percutanea recente)	3	- Assenza di altri bisogni clinici	1
<b>5) Eliminazione</b>		- Monitoraggio settimanale ematochimici	2
- Senza aiuto/sorveglianza	1	- Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
- Monitoraggio alvo	2	- Necessità di consulenze specialistiche	3
- Necessità di clisma	3	- Necessità di follow-up strumentale	3
- Necessità di essere accompagnato al WC	3	- Necessità di fisioterapia di gruppo	2
- Gestione della stomia	3	- Necessità di fisioterapia individuale	3
- Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	- Comorbilità lieve (CIRS-C<3)	2
- Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3	- Comorbilità severa (CIRS-C>3)	3
- Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3	- Necessità di educazione sanitaria del paziente	2
<b>6) Igiene e abbigliamento</b>			
- Senza aiuto/sorveglianza	1		
- Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2		
- Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3		
- Totale dipendenza/assenza collaborazione	4		

Fonte: Lombardia DGR 1185/2013.

vengono posti quali outcome di efficacia: a) la guarigione clinica dell'evento acuto o la stabilizzazione della patologia cronica riacutizzata che hanno determinato l'ospedalizzazione, nonché la riconsiderazione delle altre patologie croniche; b) la valutazione dello stato cognitivo e psicologico, onde trattare i sintomi cognitivi e comportamentali eventualmente insorti in acuzie (delirium) o i sintomi depressivi; c) la realizzazione di un programma di riattivazione funzionale finalizzato al recupero dello stato funzionale premorboso; d) la riconciliazione farmacologica, ovvero la revisione della terapia domiciliare e di quella instaurata in acuzie; e) l'attivazione di una dimissione protetta al domicilio, oppure la prosecuzione delle cure in un reparto riabilitativo, quando si evidenzia una necessità di maggiore intensità riabilitativa, una volta raggiunta la stabilizzazione clinica. Pertanto la UCSA si pone anche l'obiettivo di ridurre le ri-ospedalizzazioni, programmando una continuità medico-infermieristica-assistenziale al domicilio, garanzia di maggiore

controllo clinico e minor rischio di riacutizzazione clinica (Boffelli S. *et al.*, 2014).

### Le tariffe ospedaliere

Le tariffe giornaliere regionali per la lungodegenza post-acuzie sono estremamente differenziate: si va dai 137,89 euro della Liguria e della Sardegna, ai 235,40 euro della provincia autonoma di Bolzano (dieci anni or sono il valore massimo era 183,34 euro sempre della provincia di Bolzano), nell'ambito di una media che si attesta attorno a 163 euro (dieci anni prima era di € 133) (Tabella 21). La maggior parte delle Regioni ha però approvato la tariffa fissata dal Ministero della Salute in 154 euro a giornata di degenza. La maggior parte delle regioni, precisamente 15, presentano una tariffa unica; mentre 6 regioni hanno approvato più tariffe, alcune delle quali in relazione alla tipologia dell'erogatore delle prestazioni. In questi casi la tariffa è più alta nelle aziende ospedaliere e negli ospedali pubblici che svolgono le funzioni dell'emergenza sanitaria (con la

**Tabella 21. Le tariffe ospedaliere della lungodegenza post-acuzie.**

Regione	Anno dgr	Tariffa in €	Abbattimento tariffe
Abruzzo	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Basilicata	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Bolzano	2010	235,40	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Calabria	2015	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Campania	2013	154,00 ospedali pubblici 146,30 ospedali privati	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Emilia Romagna	2014	154 130 (per gli ospedali che hanno solo medicina generale e lungodegenza)	Dopo il 40° o 50° giorno di degenza vanno a 122 € (-20% o 30%)
Friuli Venezia Giulia	2009	184 x ospedali pubblici 157 x ospedali privati	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Lazio	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Liguria	2009	137,89	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Lombardia	2011	150,00-190,00 Per gli indici 2 e 3	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Marche	2014	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Molise	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Piemonte	2013	154,00 fascia A 141,60 fascia B 130,90 fascia C	Del 40% dopo il 30° giorno di degenza
Puglia	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Sardegna	2009	137,89	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Sicilia	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Toscana	2008	156,00 (primi 60 gg) (132,00 in caso di proroga)	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Trento	2015	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Umbria	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Valle d'Aosta	2013	154,00 classe A 149,4 classe B	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Veneto	2014	157,58	Del 52% dopo il 40° giorno di degenza

Abruzzo Dca 13/2013; Basilicata Dgr 463/2013; Bolzano Dgp 3173/2010; Calabria DPGR 58/2015; Campania DPGR 23/2013; Emilia Romagna Dgr 1673/2014; Friuli-Venezia Giulia Dgr 1535/2009; Lazio DCA 310/2013; Liguria Dgr 1970/2009; Lombardia Dgr 1479/2011; Marche Dgr 709/2014; Molise DCA 19/2013; Piemonte Dgr 14-6039/2013; Puglia Dgr 951/2013; Sardegna Dgr 17-3/2009; Sicilia Da 923/2013; Toscana Dgr 1184/2008; Trento Dgp 16/2015; Umbria Dgr 1599/2013; Valle d'Aosta Dgr 427/2013; Veneto Dgr 1805/2011 e Dgr 442/2013. Media: € 163,40 (4576,77/28).

disponibilità delle terapie intensive e del pronto soccorso), mentre è più bassa nelle case di cura private. Da rilevare che nella regione Lazio, tutti i ricoveri non provenienti direttamente da strutture per acuti sono da remunerare come ricoveri RSA.

Quasi tutte le regioni hanno fissato il valore soglia della degenza in 60 giorni, applicando un abbattimento delle tariffe del 40% dopo il 60° giorno di degenza. Invece, in Emilia Romagna l'abbattimento decorre dal 41° o dal 51° giorno, in relazione all'MDC di appartenenza; anche in Veneto decorre dal 41° giorno ma con un abbattimento del 52%.

Il sistema tariffario che presenta ancora variazioni significative fra una regione e l'altra, negli ultimi anni sta però registrando un lento processo di omogeneizzazione che ha ridotto le differenze ed ha aumentato il numero di tariffe regionali che replicano o si avvicinano a quelle nazionali. Sono ormai 14 le regioni che si trovano in questa ultima condizione. Rispetto a quelle nazionali, sono ben poche le differenziazioni tariffarie regionali giustificate dall'elaborazione ed attuazione di un originale modello organizzativo e assistenziale di lungodegenza post-acuzie.

## Conclusioni

Tra il 1988 e il 1998, la necessità di riorganizzare gli ospedali e l'avvento del Drg come modalità di remunerazione dell'ospedale, ha portato il legislatore italiano ad identificare le caratteristiche della "lungodegenza post-acuzie" con tratti in parte nuovi rispetto ai tradizionali reparti per "lungodegenti" degli ospedali. La novità di quegli anni consisteva nel fatto che, diversamente da quello che accadeva nel resto dell'ospedale, dove lo sviluppo delle vecchie e nuove discipline veniva fortemente influenzato dalla grande diffusione delle sub-specialità e delle nuove tecnologie, in questo caso lo sviluppo e la diffusione della "lungodegenza post-acuzie" veniva esplicitamente legato soprattutto all'introduzione della remunerazione basata sui Drg ed alla ricerca di una maggiore produttività dei reparti per acuti. Infatti, si legge nelle linee guida n.1/1995 del Ministero della Sanità (relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera) che il compito della lungodegenza post-acuzie è di garantire la continuità assistenziale. La funzione della lungodegenza post-acuzie è di contrastare con la sua presenza e attività due fenomeni entrambi negativi legati all'attuale organizzazione e remunerazione dell'ospedale: da una parte le dimissioni anticipate (sollecitate dalla ricerca di una maggiore produttività delle unità operative per acuti), e dall'altra il prolungamento inappropriato della degenza in un reparto per acuti (che si verifica con maggiore frequenza laddove non è presente l'area post-acuzie). Ma se la funzione viene identificata, dubbi o incertezze permangono invece nelle indicazioni nazionali per quanto riguarda:

- la tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero;

- il peso da assegnare alle attività riabilitative all'interno della lungodegenza per evitare le duplicazioni con le unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere di riabilitazione;
- la compatibilità fra la tariffa giornaliera stabilita per la lungodegenza e gli standard di personale ipotizzati.

Le Regioni italiane hanno dato un'applicazione parziale e disomogenea alle previsioni nazionali sulla lungodegenza post-acuzie, anche se non sono mancate riorganizzazioni significative. Infatti, nonostante le indicazioni normative nazionali, la lungodegenza post-acuzie ha visto ridurre la propria presenza in termini di quota di posti letto, anche se la sua attività espressa in giornate di degenza è aumentata. Questo vuol dire che è significativamente migliorata l'efficienza di queste strutture che hanno aumentato i tassi di utilizzo raggiungendo l'88%, ed hanno ridotto la degenza media in modo incisivo fino a raggiungere performance quasi ottimali.

Inoltre, negli anni più recenti, si è registrato un significativo riequilibrio fra dotazioni pubbliche e private di posti letto anche a seguito di significative riconversioni di strutture private.

Relativamente agli anni passati, c'è da chiedersi come mai la lungodegenza post-acuzie, nonostante abbia avuto più di tutte le altre discipline ospedaliere la possibilità di svilupparsi (si rammenti la permanenza per molti anni dello standard di 0,5 posti letto per mille abitanti), non sia riuscita a farlo. L'impressione è che le Regioni – pur con lodevoli eccezioni – nella rincorsa generalizzata alle "eccellenze", abbiano continuato a ritenere "residuale" la disciplina, senza riuscire a definirne il ruolo e a comprenderne la strategicità nell'organizzazione ospedaliera, per la garanzia della continuità assistenziale.

Questa nuova configurazione della lungodegenza post-acuzie stenta ad affermarsi nelle Regioni italiane che dal punto di vista organizzativo dimostrano di avere concezioni diverse o, in qualche caso, di non averne proprio. A tutt'oggi le previsioni circa il dimensionamento della lungodegenza sono differenziate fra una regione e l'altra, anche se le previsioni complessive delle regioni sono pari a 0,20 posti letto per mille abitanti, in linea con le indicazioni nazionali.

Attualmente, i modelli organizzativi ed assistenziali regionali sono abbastanza diversi. Le varie Regioni prevedono tre diverse tipologie di lungodegenza che fanno riferimento a target di pazienti differenziati. Una di queste, la lungodegenza "dedicata" appare addirittura inappropriata dato che i pazienti di riferimento potrebbero essere meglio assistiti in setting extraospedalieri.

Ma le difformità fra le regioni non finiscono qui, coinvolgendo numerosi altri aspetti che vanno dall'organizzazione della lungodegenza all'interno dell'ospedale, alle responsabilità della struttura, agli standard di personale, sino alla varietà di tariffe ospedaliere.

Una delle funzioni fondamentali della lungodegenza post-acuzie, ovvero quella relativa alla continuità assistenziale, viene svolta solo parzialmente garantendo la componente in entrata fra reparto ospedaliero per acuti e unità operativa di lungodegenza, mentre la parte in uscita, che dovrebbe vedere un percorso protetto e condiviso fra lungodegenza e assistenza residenziale o domiciliare, risulta assolutamente insufficiente. In sostanza, le unità operative di lungodegenza, pur conoscendo approfonditamente le problematiche dei pazienti fragili, ripropongono le stesse problematiche dei reparti per acuti, non riuscendo a garantire completamente l'accompagnamento continuo del paziente anche a causa dell'organizzazione dei servizi territoriali sociosanitari.

Infine, un nuovo scenario si apre con l'introduzione delle strutture per le cure intermedie (SCI) chiamate ad agire praticamente nello stesso ambito di intervento delle lungodegenze. Infatti, queste strutture accolgono la stessa tipologia di utenza, ma con costi più bassi, garantendo una rete di strutture extra-ospedaliere che a regime dovrebbe essere doppia di quella delle lungodegenze.

L'istituzione delle cure intermedie costituisce verosimilmente la risposta da un lato ad errori del passato, e dall'altro all'esplosione di nuove necessità. In realtà a livello nazionale ed in molte regioni italiane, sebbene con grande ritardo, è sorta la consapevolezza dell'incompletezza organizzativa preposta all'assistenza post-acuzie. Problema quest'ultimo da imputare all'elevato e sempre crescente numero di persone "temporaneamente" bisognose di completare, alla dimissione dalle unità operative per acuti, il percorso assistenziale in un ambiente che garantisca una tutela sanitaria 24/24 ore. Di fronte a tale esigenza, la scelta attuale sembra quella di cambiare rotta, e di puntare sulle strutture per le cure intermedie tenuto conto, delle importanti difficoltà finanziarie che investono il Servizio sanitario nazionale, e della insufficienza quantitativa delle unità operative di lungodegenza post-acuzie.

Queste strutture extraospedaliere vanno a collocarsi fra la lungodegenza post-acuzie e le RSA, sovrapponendosi per taluni aspetti all'una e all'altra tipologia di struttura. Questo tentativo di collocarsi ad un livello "intermedio" emerge con chiarezza nella Tabella 22; andando poi ad approfondire, è possibile

**Tabella 22. Confronto fra LDPA, cure intermedie e residenze sanitarie assistenziali.**

	<b>LDPA</b>	<b>Strutture per cure intermedie</b>	<b>Residenze sanitarie assistenziali</b>
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	Struttura residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 ogni 1.000 abitanti	Obiettivo: 0,4 ogni 1.000 abitanti	Attivi 1,5 ogni 1.000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Massimo 60 giorni prorogabile a 90 Degenza media 25 giorni	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro Nessuna quota di partecipazione dell'assistito	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture Residenziali Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente	Media 103 euro Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 pl Ottimale: 30	30 posti letto	20 posti letto
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 posti letto: 13 infermieri più la capo sala; 4 tecnici della riabilitazione; 8 ausiliari socio-sanitari (1988)	1 coordinatore infermieristico; 1 terapeuta/logopedista ogni 20 pazienti; 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari per esempio a: un infermiere ogni 8 ospiti; un O.S.S. ogni 2 ospiti	Orientamento prevalente delle regioni: ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno; ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno; OSS 100-135 minuti al giorno
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore	Garantita dalla presenza di un medico curante. Assicurate le principali consulenze specialistiche "on-site". La continuità assistenziale è assicurata dalla convenzione con i medici del servizio di Continuità Assistenziale	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e definito per tutti i pazienti il Piano di Assistenza individualizzato	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e definito per tutti i pazienti il Piano di Assistenza individualizzato

Nostra elaborazione su dati Agenas (2011) per cure intermedie, Pesaresi (2013) e Chiatti *et al.* (2013) per residenze sanitarie assistenziali e bibliografia per lungodegenza post-acuzie.

rilevare che, l'essenza delle differenze fra la lungodegenza e le strutture per le cure intermedie, sta in una minore assistenza infermieristica erogata da quest'ultima struttura.

Da ultimo c'è da chiedersi se nel tempo le strutture per le cure intermedie, soppianderanno del tutto le lungodegenze ospedaliere o se si affiancheranno ad esse. Rimane la convinzione della necessità di unità ospedaliere di lungodegenza post-acuzie per le situazioni più instabili, che hanno bisogno di accedere tempestivamente ad una pluralità di servizi ospedalieri, da quelli diagnostici a quelli delle cure specialistiche.

Il rischio è che, con l'avvento delle strutture per le cure intermedie, le unità operative di lungodegenza post-acuzie, possano essere considerate superate ancor prima di essersi mai davvero pienamente affermate.

In conclusione è possibile affermare che, molte delle regioni italiane, non hanno ancora una percezione compiuta e condivisa del ruolo e dell'organizzazione della lungodegenza. Le diverse scelte effettuate in questo campo, solo qualche volta sono l'espressione di un'autonomia nata da una compiuta riflessione; mentre più spesso rappresentano scelte frammentate, rinvenibili in una pluralità di atti, che non riescono ancora a collocare adeguatamente la lungodegenza post-acuzie in una rete organica di servizi atti a garantire la continuità assistenziale.

## Bibliografia

- Baldi R., Cacciari P., Cavina A., Pieratelli M., Zucchini A. (1996), "La definizione delle piante organiche dei presidi ospedalieri", *Tecnica Ospedaliera*, n. 52.
- Boffelli S., Cassinadri A., Tironi S., Mercurio F., Rozzini R., Trabucchi M., "I servizi tra ospedale e territorio: l'esperienza delle Unità di Cura Sub acute della regione Lombardia", I luoghi della cura, Anno X-N.4-2012.
- Boffelli S., Cassinadri A., Mercurio F., R. Rozzini F., Trabucchi M. (2014), "Le cure sub acute fra ospedale e territorio: una nuova opportunità di cura geriatrica", *G Gerontol*; 62:21-28.
- Bryan K., Gage H., Gilbert K. (2006), *Delayed transfers of older people from hospital: Causes and policy implications*, *HEALTH POLICY*, 76 (2), pp. 194-201.
- Chiatti C., Barbabella F., Masera F., (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in N.N.A. (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 4° rapporto", Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).
- Consiglio Sanitario nazionale (1992), *Relazione sullo stato sanitario del Paese - 1989*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Danieli G., Di Stanislao F., Pesaresi F., Brizioli E., Cardoni V., Cipollini F., Gardini A., Maffei C., Marchigiani G., Marcosignori A., Pellegrini F. e Pomponio G. (2000), "Regione Marche: Linee guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle unità di lungodegenza ospedaliera", *Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna*, 3:14-16.
- Di Ruscio E., Santullo A., *L'unità operativa post-acuti a conduzione infermieristica*, *Salute e Territorio* n. 160/2007.
- Ferrucci L. et al., L'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi (Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità ICS 110.1 RF 98.98).
- Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione (1996), *Documento finale della Sottocommissione per la Riabilitazione Ospedaliera*, Dattiloscritto, Montescano (PV).
- Istat (1998), *Annuario statistico italiano 1998*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Istat (2011), *Struttura e attività degli istituti di cura anno 2007*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Leonardi F. (2002), *Tariffe ospedaliere e accreditamento*, Aiop, Roma.
- Ministero della Sanità dipartimento della programmazione (2000), *Attività gestionali ed economiche delle Usl e aziende ospedaliere - anno 1999*, Ministero della Sanità, Roma.
- Ministero della Salute, (2001), *Attività gestionali ed economiche delle Asl. e aziende ospedaliere - anno 2000*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Sanità (2002), *SDO 2000*, Ministero della Sanità, Roma.
- Ministero della Sanità (2002), *Attività gestionali ed economiche delle Usl e aziende ospedaliere - anno 2000*, Ministero della Sanità, Roma.
- Ministero della Salute (2010), *Quaderni del Ministero della Salute, Criteri di appropriatezza clinica tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*.
- Ministero della Salute (2010), *Quaderni del Ministero della Salute, I nodi della rete: post-acuzie e riabilitazione*.
- Ministero della Salute (2011), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - anno 2010*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute (2013), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - anno 2012*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute (2017), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2016*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute (2013), *Attività gestionali ed economiche delle Usl e aziende ospedaliere - anno 2010*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute (2013), *annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - anno 2012*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute (2015), *annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - anno 2014*, Ministero della Salute, Roma.
- Mongardi M., Lenzi J., Di Ruscio E., Rucci P., Vizioli M., Randazzo C., Toschi E., Carradori T., Fantini MP, *Il fenomeno delle dimissioni ritardate nella regione Emilia-Romagna*, *Mecosan* 73-86, 2013.
- Morandi I., *Ricoveri ospedalieri - I sistemi tariffari regionali vigenti nell'anno 2009*, Agenas, 2010.
- Pesaresi F., (2013), *RSA - Costi tariffe e compartecipazione dell'utenza*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).
- Pesaresi F., Simoncelli M. (2002), *La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Santullo A., Verdini E. (1998), "La lungodegenza post-



acuzie e riabilitazione estensiva: storia di un percorso formativo”, *Foglio Notizie*, n. 2.

Simoncelli M., Pesaresi F., (2013) “Lungodegenza post-acuzie nelle Marche”, in “Menti Attive”, n. 2/2013.

### Norme nazionali di riferimento

Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

Decreto Ministero della Salute 18 ottobre 2012 “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”.

Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135: “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”.

Legge 23 dicembre 2000, n. 388: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)”, art. 88.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, accordo 10 febbraio 2011: “Piano di indirizzo per la riabilitazione”.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 7 maggio 1998: “Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione”.

Decreto Ministero sanità 30 giugno 1997: “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994”.

Nota ministeriale del 18 aprile 1995: “Linee-guida n. 1/1995 sulle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.

Decreto Ministero della Sanità 14 dicembre 1994: “Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.

L. 24 dicembre 1993, n. 537 (art. 8 comma 18): “Interventi correttivi di finanza pubblica”.

L. 30 dicembre 1991, n. 412 (art. 4 comma 3): “Disposizioni in materia di finanza pubblica”.

Decreto Ministero della Sanità 16 giugno 1990 “Classificazione delle case di cura private convenzionate nelle fasce funzionali, A, B, C”.

Decreto Ministero della Sanità 13 settembre 1988: “Determinazione degli standard del personale ospedaliero”.

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 27 giugno 1986: “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private”.

### Normativa regionale

Abruzzo. Legge regionale 25 ottobre 1994, n. 72: “Piano sanitario 1994-1996”.

Abruzzo. Legge regionale 2 luglio 1999, n. 37: “Piano sanitario regionale – Triennio 1999-2001”.

Abruzzo. Deliberazione della Giunta regionale 1 luglio 2008, n. 591P): “Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento, nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”.

Abruzzo. Deliberazione del commissario ad Acta 5 agosto

2010, n. 45: “Programma operativo 2010 ex L. 191/2009 s ss.mm.”.

Abruzzo. Deliberazione del commissario ad Acta 20 febbraio 2013, n. 13: “Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.

Basilicata. Deliberazione del Consiglio regionale 30 dicembre 1996, n. 478: “Piano sanitario regionale 1997/1999”.

Basilicata. Deliberazione della Giunta regionale 14 gennaio 2002, n. 40: “Direttiva per l’organizzazione delle attività di lungodegenza post-acuzie”.

Basilicata. Deliberazione del Consiglio regionale 24 luglio 2012, n. 317: “Piano sanitario regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015”.

Basilicata. Deliberazione della Giunta regionale 30 aprile 2013, n. 463: “Adozione delle nuove tariffe ai sensi del Decreto 18/10/2012 per la remunerazione delle prestazioni di ricovero”.

Bolzano–Alto Adige, Provincia Autonoma. Deliberazione della Giunta provinciale 19 luglio 1999, n. 3028: “Approvazione del piano sanitario provinciale 2000-2002”.

Bolzano-Alto Adige, Provincia Autonoma. Deliberazione della Giunta provinciale 28 gennaio 2008, n. 247: “Approvazione del piano provinciale dei posti letto in ambito riabilitativo”.

Bolzano-Alto Adige, Provincia Autonoma. Deliberazione della Giunta provinciale 30 dicembre 2010, n. 3173: “Modifiche ed integrazioni della deliberazione G.P. n. 3291 dell’1/10/2007, aggiornamento del “tariffario provinciale delle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero per la riabilitazione post-acuzie e la lungodegenza post-acuzie non stabilizzata”.

Calabria. Legge regionale 3 aprile 1995, n. 9: “Piano sanitario regionale 1995/1997”.

Calabria. Delibera della Giunta regionale 6 maggio 2006, n. 332: “Centri di riabilitazione estensiva: approvazione documento programmatico”.

Calabria. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 20 ottobre 2011 n. 106: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie e post acuzie pubblici e privati”.

Calabria. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 11 febbraio 2013 n. 19: “Decreto Ministero della Salute del 18.10.2012 recante “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”.

Calabria: Decreto Commissario ad acta 10 giugno 2015, n. 58: “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”.

Calabria: Decreto Commissario ad acta 22 luglio 2016, n. 81: *Programma operativo 2016-2018. Intervento 2.3.1.1 “Autorizzazioni e accreditamento” – Approvazione nuovo regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008 approvazione dei nuovi manuali di autorizzazione e nuovi manuali di accreditamento”.*

Campania. Legge regionale 26 febbraio 1988, n. 2: “Piano

- regionale ospedaliero per il triennio 1997-1999". Campania. Delibera della Giunta regionale 28 novembre 2000 n. 5741: "Rettifica delibera n. 3098 dell'11/4/2000, avente ad oggetto D.M. 30/6/1997 n. 178. Aggiornamento tariffe ospedaliere determinate con deliberazione di Giunta regionale n. 8708/94".
- Campania. Deliberazione della Giunta Regionale 27 dicembre 2001, n. 7269: "Conversione in Euro delle vigenti tariffe relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero".
- Campania. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 2 marzo 2013 n. 17: "Linee guida attività di ricovero ospedaliero lungodegenza post-acuzie: recepimento".
- Campania. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 27 marzo 2013 n. 32: "Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni".
- Emilia-Romagna: Legge regionale 9 marzo 1990, n. 15: "Piano sanitario regionale per il triennio 1990-1992".
- Emilia-Romagna: Delibera della Giunta regionale del 17 settembre 1996, n. 2272: "Linee guida per la rimodulazione della rete ospedaliera della regione Emilia Romagna".
- Emilia Romagna: Delibera della Giunta regionale del 28 Luglio 1997, n. 1455. "Criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle aziende sanitarie della regione Emilia Romagna".
- Emilia Romagna: Delibera della Giunta regionale 1 marzo 2000, n. 556: "Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999/2001".
- Emilia Romagna: Delibera del Consiglio regionale 22 maggio 2008, n. 175: "Piano sociale e sanitario 2008-2010".
- Emilia-Romagna: Delibera della Giunta Regionale del 29 aprile 2013, n. 525: "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2013".
- Emilia Romagna: Delibera della Giunta Regionale del 20 ottobre 2014, n. 1673: "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2014".
- Friuli Venezia Giulia: Deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 1999, n. 3854: "Legge regionale 41/1993, articolo 3, comma 4. Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel triennio 2000-2002 (Piano sanitario regionale 2000-2002)".
- Friuli Venezia Giulia: Deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2002, n. 149: "Approvazione del tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera per il 2002".
- Friuli Venezia Giulia: Deliberazione della Giunta regionale 24 marzo 2005, n. 606: "Approvazione del piano regionale della riabilitazione".
- Lazio: Legge regionale 20 settembre 1993, n. 55: "Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della legge 30 dicembre 1991, n. 412".
- Lazio: Deliberazione della Giunta regionale 19 aprile 1995, n. 3250: "Riequilibrio della rete ospedaliera".
- Lazio: Deliberazione della Giunta regionale 7 marzo 2000, n. 713: "Sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l'anno 2000".
- Lazio: Deliberazione della Giunta regionale 19 dicembre 2000, n. 2954: "Finanziamento del livello ospedaliero per gli anni 2001/2002. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati".
- Lazio: Deliberazione della Giunta regionale 21 dicembre 2001, n. 2047: "Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2002. Definizione del sistema di remunerazione delle attività ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati e rideterminazione delle tariffe".
- Lazio: Deliberazione della Giunta regionale 14 luglio 2006, n. 424: "Legge regionale 3 marzo 2003, n.4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 18 dicembre 2009 n. 87: "Approvazione piano sanitario regionale 2010-2012".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 31 maggio 2010 n. 48: "Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la salute 2010-2012".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta n. 8/2011: "Modifica all'allegato 1 al decreto del commissario ad acta 90/2010 per a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60), ....Approvazione testo integrato e coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie".
- Lazio. Decreto commissario ad acta 7 giugno 2012 n. 94: "Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post-acuzie con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 4 luglio 2013 n. 310: "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera DM 18/10/2012".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 6 dicembre 2013 n. 479: "Rideterminazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie anni 2007-2011".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 31 ottobre 2014 n. 368: "Attuazione programmi operativi 2013-2015 di cui al DCA n. 247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio".
- Lazio. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta 17 novembre 2016 n. 377: "approvazione del documento "Programmazione dell'offerta di posti letto di post-acuzie riabilitativa e

- medica*". *Integrazione del DCA n. 159/2016 "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale"*.
- Liguria: Deliberazione del Consiglio regionale 27 giugno 1997, n. 40: "*Riorganizzazione della rete ospedaliera 1997-1999*".
- Liguria: Deliberazione della Giunta regionale 27 giugno 2000, n. 727: "*Criteri di riparto del fondo sanitario regionale di parte corrente*".
- Liguria: Deliberazione della Giunta regionale 23 aprile 2002, n. 379: "*Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero*".
- Lombardia: Deliberazione del Consiglio regionale 13 marzo 2002, n. 462: "*Piano socio-sanitario regionale 2002-2004*".
- Lombardia: Deliberazione della Giunta regionale 1 dicembre 2010, n. 9/937: "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*".
- Lombardia: Deliberazione della Giunta regionale 30 marzo 2011, n. 1479: "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*".
- Lombardia: Deliberazione della Giunta regionale 20 dicembre 2013, n. 1185: "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*".
- Lombardia: Deliberazione della Giunta regionale 23 dicembre 2015, n. 10-4662: "*Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018*".
- Marche: Legge regionale 20 ottobre 1998, n. 34: "*Piano sanitario regionale 1998/2000*".
- Marche: Deliberazione della Giunta regionale 31 luglio 2001, n. 1889: "*Piano sanitario regionale 1998/2000*".
- Marche: D.C.R. 30/6/2003, n. 97: "*Piano sanitario regionale 2003/2006*".
- Marche: D.C.R. 31/7/2007, n. 62: "*Piano sanitario regionale 2007/2009*".
- Marche: D.G.R. 3/12/2012, n. 1696: "*Direttiva vincolante per i Direttori generali degli enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini*".
- Marche: D.G.R. 9/6/2014, n. 709: "*Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della regione Marche*".
- Molise: Deliberazione del Consiglio regionale 30 dicembre 1996, n. 505: "*L.R. 20/2000 art.15 – determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*".
- Molise: Deliberazione del Consiglio regionale 9 luglio 2008, n. 190: "*Piano sanitario regionale – Triennio 2008-2010*".
- Molise. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta n. 80/2011: "*Programmi operativi 2011-2012*".
- Molise. Decreto presidente giunta regionale in qualità di commissario ad acta n. 27/6/2013, n. 19: "*Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di rocvero ospedaliero*".
- Piemonte: Legge regionale 23 aprile 1990, n. 37: "*Norme per la programmazione socio-sanitaria regionale e per il piano socio-sanitario regionale per il triennio 1990-92*".
- Piemonte: Legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61: "*Norme per la programmazione socio-sanitaria regionale e per il piano socio-sanitario regionale per il triennio 1997-99*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 1° marzo 2000, n. 32-29522: "*Art 8 ter D.lgs.222/99. Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 10 luglio 2000, n. 25-418: "*Attuazione DGR n. 35-29101 del 30/12/1999. Rivalutazione tariffaria giornaliera e per Drg per le prestazioni di ricovero rese dagli istituti di cura privati provvisoriamente accreditati – anno 2000*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 23 marzo 2005, n. 41-15180 "*Recepimento accordo tra regione Piemonte e Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore privato. , in merito alle modalità per la determinazione del budget delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate, nonché in merito alla definizione delle attività di ricovero in RRF 1° livello ed in lungodegenza postacuzie delle strutture private definitivamente accreditate*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 28 gennaio 2011, n. 13-1439: "*Criteri di appropriatezza, clinico-gestionale per le attività di Recupero e riabilitazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519: "*Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (P.S.S.R 2012-2015)*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 2 luglio 2013, n. 14-6039: "*Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000*".
- Piemonte: Deliberazione della Giunta regionale 19 novembre 2014, n. 1-600: "*Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale*".
- Puglia: L.R. 22 dicembre 2000, n. 28: "*Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2000*".
- Puglia: Deliberazione della Giunta regionale 27 dicembre 2001, n. 2087: "*Piano sanitario regionale 2002-2004*".
- Puglia: Deliberazione della Giunta regionale 2 agosto 2002, n. 1087: "*Piano di riordino della rete ospedaliera – Adozione definitiva a seguito di integrazioni al progetto di 1° rimodulazione del piano di cui alla Dgr 26 luglio 2002 n. 1086*".
- Puglia: regolamento regionale 13 gennaio 2005, n. 3: "*Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie*".
- Puglia: Agenzia sanitaria regionale deliberazione 11 aprile

- 2007: *“Linee guida per la lungodegenza post-acuzie”*.  
Puglia: L.R. 19 settembre 2008, n. 23: *“Piano regionale di salute 2008-2010”*.
- Puglia: Deliberazione della Giunta regionale 13 maggio 2013, n. 951: *“D.M. 18 OTTOBRE 2012 - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR - Approvazione del nuovo tariffario regionale”*.
- Puglia: Deliberazione della Giunta regionale 11 marzo 2015, n. 427: *“Criteri di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell’assistenza ospedaliera in applicazione dell’Intesa Stato-regioni 10 luglio 2014 – Patto per la salute 2014-2016”*.
- Puglia: Deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2016, n. 1933: *“D.M. n. 70/2015 e legge di stabilità 2016. Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014”*.
- Puglia: Deliberazione della Giunta regionale 28 febbraio 2017, n. 239: *“Approvazione: “Regolamento regionale: riordino ospedaliero della regione Puglia ai sensi del d.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”*.
- Sardegna: Atto approvato dal Consiglio regionale 22 luglio 1988: *“Razionalizzazione dei servizi ospedalieri della regione Sarda. Stralcio del piano sanitario regionale”*.
- Sardegna: Deliberazione della Giunta regionale 28 febbraio 2006, n. 8/16: *“Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione. Requisiti organizzativi e strutturali per l’accreditamento dei soggetti erogatori”*.
- Sardegna: Deliberazione della Giunta regionale 28 marzo 2008, n. 19/1: *“Attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione globale: riorganizzazione della rete territoriale”*.
- Sardegna: 2011 *“Piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria della regione Sardegna”*.
- Sicilia: Decreto Assessorato sanità n. 878 del 12 giugno 2002: *“Classificazione delle strutture sanitarie pubbliche e private e rideterminazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”*.
- Sicilia: Decreto Assessorato sanità n.12 del 27 gennaio 2011: *“Rideterminazione delle tariffe per le prestazioni di ricovero in UU.OO. di lungodegenza post-acuzie”*.
- Sicilia: Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011: *“Piano della salute 2011-2013”*.
- Sicilia: Decreto Assessorato sanità n. 923/2013: *“Recepimento Decreto Ministero Salute 18/10/2012 - tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera”*.
- Sicilia: Decreto Assessorato della salute 14/1/2015: *“Riquilificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della regione Sicilia”*.
- Toscana: Deliberazione del Consiglio regionale 21 dicembre 1995, n. 527: *“Piano sanitario regionale 1996-1998”*.
- Toscana: Deliberazione della Giunta regionale 17 maggio 2001, n. 492: *“Determinazione delle tariffe delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero ospedaliero. Adeguamento tariffe di cui alla deliberazione 19 febbraio 1996, n. 208. Determinazione tariffe delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture di alta specialità riabilitativa unità spinale e neuoriabilitazione. Determinazione criteri tariffari per il trattamento dei casi di “stato vegetativo persistente” nelle case di cura private accreditate”*.
- Toscana: Deliberazione della Giunta regionale 24 gennaio 2005, n. 86: *“Determinazione tariffe massime regionali delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza erogate in regime di ricovero ospedaliero. Adeguamento tariffe di cui alla deliberazione 17 maggio 2001, n. 492”*.
- Toscana: Delibera G.R. 29 dicembre 2008, n. 1184: *Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° gennaio 2009. Introduzione della versione italiana 2007 della “International Classification of Disease - 9th revision - Clinical Modification” (ICD9CM) e della versione 24^ del Group HCF A.*
- Trento: Legge provinciale 6 dicembre 1993, n. 38: *“Piano sanitario provinciale 1993-1995”*.
- Trento: Deliberazione Giunta Provinciale 22 ottobre 2004, n. 2407: *“DPGP 27/11/2000, n. 30-48/Leg., art. 7: Autorizzazione per la costruzione di nuove strutture sanitarie e per la modificazione di quelle esistenti: criteri per la verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito provinciale”*.
- Trento: Deliberazione Giunta Provinciale 12 gennaio 2015, n. 16: *“Determinazioni in ordine alle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per talune prestazioni a carattere residenziale, per l’anno 2015”*.
- Umbria: Deliberazione del consiglio regionale 1 marzo 1999, n. 647: *“Piano sanitario regionale 1999/2000”*.
- Umbria: Deliberazione della Giunta regionale 28 luglio 2004, n. 1147: *“Linee di indirizzo per la riabilitazione estensiva”*.
- Umbria: Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2013, n. 1599: *“Aggiornamento tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013.”*
- Valle D’Aosta: Legge Regionale 4 settembre 2001, n. 18: *“Piano socio-sanitario della Valle d’Aosta 2002-2004”*.
- Valle D’Aosta: Legge Regionale 25 ottobre 2010, n. 34: *“Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011-2013”*.
- Valle D’Aosta: Deliberazione della Giunta regionale 15 marzo 2013, n. 427: *“Approvazione, a decorrere dal 1° marzo 2013, del tariffario regionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero”*.
- Veneto: Deliberazione della Giunta regionale 25 giugno 1996, n. 57/cr: *“L.R. 3/2/1996, n. 5. Art. 5, art. 14. Proposta di modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993”*.
- Veneto: Deliberazione della Giunta regionale 1 febbraio 2000, n. 253: *“Atto di indirizzo e coordinamento per l’organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari. Definitiva approvazione”*.
- Veneto: Deliberazione della Giunta regionale 26 gennaio 2001, n. 178: *“Aggiornamento del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera”*.
- Veneto: Deliberazione della Giunta regionale 8 aprile 2008,

n. 839: “Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle unità operative di lungodegenza (codice 60)”.

Veneto: Deliberazione della Giunta regionale N. 1805 8 NOVEMBRE 2011: *Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.*

Veneto: Deliberazione della Giunta regionale N. 442 10 APRILE 2013: *Recepimento del DM 18 ottobre 2012 di “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica*

*ambulatoriale” del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze e aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859 del 21.6.2011.*

Veneto: Deliberazione della Giunta regionale n. 2310 del 9 dicembre 2014: *Adeguamento delle tariffe dei ricoveri ordinari per acuti con utilizzo di robot nell’atto chirurgico e con impianto di dispositivi di assistenza ventricolare (VAD). Conferma, per gli anni 2014 e 2015, delle tariffe venete di cui alla DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera.*

Non-commercial use only

## LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare **solo online** annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in lingua italiana.

I Quaderni ITJM pubblicano:

- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell'*Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell'*Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica.

### STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:

- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia* e *margini* 2,54 cm.  
*Parole totali*: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la *Rassegna (Review)*: i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, ...); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo), senza acronimi; ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredati da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (<http://www.icmje.org/#author>); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, ... o 1.0, 1.1, ...). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
  - i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
  - ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
  - iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
 Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

**NB: In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.**

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione*: nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

### BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.

Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].

Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:

- i) più di 3 autori, citare 3 autori, *et al.* Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
- ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
- iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
  - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
  - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
  - c. Medline List of Journal Titles ([ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J\\_Medline.txt](ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt));
- iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
- v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
- vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
- vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.

Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

#### *Articolo standard su Rivista*

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

#### *Proceedings*

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

#### *Articoli i cui autori sono Organizzazioni*

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

#### *Libri*

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

### MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

#### *Monografie*

Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.

Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento alla Dr.ssa Paola Gnerre (e-mail: [pgnerre@yahoo.it](mailto:pgnerre@yahoo.it)) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

La Dr.ssa Gnerre raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.

I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (già *corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

#### Traduzioni

Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: [paola.granata@pagepress.org](mailto:paola.granata@pagepress.org)

Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impagina-

zione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

#### NOTA PER GLI AUTORI

*I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (<http://www.fadoi.org/>).*

*Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM e che fossero interessati a vederli pubblicati anche sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM ([www.italjmed.org](http://www.italjmed.org)) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.*

#### STAFF EDITORIALE

Paola Granata, Journal Manager  
[paola.granata@pagepress.org](mailto:paola.granata@pagepress.org)

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

#### PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications  
via A. Cavagna Sangiuliani 5  
27100 Pavia, Italy  
T. +39.0382.464340  
F. +39.0382.34872



[www.pagepress.org](http://www.pagepress.org)  
[info@pagepress.org](mailto:info@pagepress.org)

#### QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

**Editore:** PAGEPress srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5,  
27100 Pavia, Italy  
[www.pagepress.org](http://www.pagepress.org)

Pubblicato: luglio 2018.