

MARCO CANDELA, MARINA SIMONCELLI, FRANCO PESARESI

Orientamenti organizzativi per le Degenze post-acuzie ospedaliere (Cod.60 e Cod. 56c)

19.10.2026

Articolo pubblicato su I luoghi della cura n. 4/2026
<https://www.luoghicura.it/>

Marco Candela¹, Marina Simoncelli², Franco Pesaresi³,

Abstract

Il presente lavoro, alla luce della più recente evoluzione normativa, si propone di caratterizzare, nell'ambito delle unità operative ospedaliere di post-acuzie, due distinti modelli organizzativi: la "Lungodegenza post-acuzie" (Cod. 60) e le "Attività ospedaliere di riabilitazione estensiva" (Cod. 56c). Le nuove disposizioni normative consentono di superare la precedente ambiguità terminologica che, in passato, ha portato a ricondurre indistintamente sotto la denominazione di Lungodegenza post-acuzie (Cod. 60) sia strutture con prevalente vocazione internistico-assistenziale sia unità con orientamento prioritariamente riabilitativo. Tale sovrapposizione semantica ha nel tempo generato rilevanti incertezze interpretative, sia in relazione alla mission assistenziale delle singole strutture sia rispetto alla definizione appropriata della tipologia di pazienti eleggibili.

Infine, allo scopo di delineare più chiaramente gli elementi fondamentali caratterizzanti questi due diversi setting ospedalieri di cura, vengono forniti orientamenti riguardanti le modalità assistenziali ed organizzative, con riferimento alla letteratura scientifica ed alle esperienze in atto.

¹ Direzione Sanitaria/Direzione Generale AST 2 Ancona

² Direttore UO Riabilitazione ospedaliera Pesaro-Fano, AST PU

³ Direttore Azienda Servizi alla Persona ASP Ambito 9 Jesi (AN)

INDICE

- 1. La cronistoria normativa**
- 2. Orientamenti organizzativi per la lungodegenza post-acuzie (cod. 60)**
 - 2.1. Denominazione dell'unità operativa
 - 2.2. Mission e tipologia dei pazienti
 - 2.3. Nuclei dedicati ai pazienti complessi
 - 2.4. L'organizzazione della Degenza post-acuzie
- 3. Orientamenti organizzativi per l'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva (cod. 56c)**
 - 3.1. Mission e tipologia dei pazienti
 - 3.2. Il personale impiegato nell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva
 - 3.3. L'organizzazione dell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva
 - 3.4. La collocazione dell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva

1. La cronistoria normativa

Negli ultimi decenni, le unità operative ospedaliere di post-acuzie hanno attraversato significativi processi di rimodulazione della rete ospedaliera, caratterizzati dalla progressiva riduzione dei posti letto per acuti, dalla diminuzione della durata media delle degenze, dalla crescente diversificazione specialistica dei posti letto destinati alle funzioni di base e dall'introduzione di modelli di finanziamento delle aziende ospedaliere basati sui DRG. In tale contesto i cambiamenti delle unità ospedaliere di post-acuzie sono stati finalizzati a garantire il completamento delle cure e la tutela del paziente lungo il percorso di continuità assistenziale.

Si può affermare che, soprattutto fra il 1988 e il 1998, sono state emanate numerose norme nazionali ed indicazioni ministeriali che hanno tentato di definire il ruolo e l'organizzazione della lungodegenza post-acuzie (Cfr. Tab.1) caratterizzandone le funzioni operative.

Tab. 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 ab. 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	Pazienti, soprattutto anziani, con forme croniche stabilizzate bisognevoli di trattamenti protratti di conservazione.	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).
	DM 13/9/1988	Pazienti che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale, limitatamente alla fase della convalescenza.	
	DMS 13/9/88	Pazienti in fase terminale.	
	LG Ri-ab.7/5/98	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.	
	LG Ri-ab.7/5/98	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.	

Diversamente da quello che accadeva nel resto dell’ospedale, dove lo sviluppo delle discipline tradizionali e di quelle più recenti era fortemente influenzato dall’espansione delle sub-specialità e dall’introduzione di nuove tecnologie, altre trasformazioni riguardavano la diffusione della “lungodegenza post-acuzie” Infatti, in quegli anni, la sua espansione veniva esplicitamente principalmente ricondotta all’introduzione dei sistemi di remunerazione basati sui Drg ed alla conseguente necessità di aumentare la produttività dei reparti per acuti. Appunto, nelle linee guida n.1/1995 del Ministero della Sanità, relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, si affermava che la lungodegenza post-acuzie aveva il compito di garantire la continuità assistenziale. Essa era inoltre chiamata a contrastare, con la sua presenza e attività, due fenomeni entrambi negativi legati all’organizzazione

ed al sistema di remunerazione dell'ospedale: da un lato le dimissioni anticipate, favorite dalla ricerca di una maggiore produttività delle unità operative per acuti; dall'altro il prolungamento inappropriato della degenza in un reparto per acuti, più frequente laddove non fosse presente l'area post-acuzie.

Se la funzione risultava chiaramente identificata, dubbi e incertezze permanevano invece nelle indicazioni nazionali per quanto riguarda:

- la tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero;
- il peso da attribuire alle attività riabilitative all'interno della lungodegenza, per evitare sovrapposizioni con le unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere di riabilitazione;
- la compatibilità tra la tariffa giornaliera prevista per la lungodegenza e gli standard di personale ipotizzati.

Non poca confusione si era infatti generata negli anni attorno a questo setting assistenziale, a partire dall'uso quasi indifferenziato di "lungodegenza post-acuzie" e di "lungodegenza riabilitativa post-acuzie", nonché dall'assegnazione del codice 60 ai "lungodegenti" da parte del decreto ministeriale 19 marzo 1988. Questo aveva favorito un'applicazione asimmetrica del concetto di lungodegenza post-acuzie: molte regioni italiane avevano infatti previsto modelli differenti, che andavano da un orientamento prevalentemente medico, come sede di assistenza per pazienti non in grado di partecipare a un programma riabilitativo, ad un orientamento prettamente riabilitativo.

Il DPCM sui LEA del 12 gennaio 2017 ribadiva la duplice funzione della lungodegenza: da un lato quella "internistica" e, dall'altro, quella di "riabilitazione estensiva". Nel Decreto veniva infatti riaffermato che la lungodegenza era chiamata ad erogare sia prestazioni di lungodegenza post-acuzie rivolte a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e da disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, sia prestazioni di riabilitazione estensiva destinate a soggetti disabili non autosufficienti caratterizzati da un lento recupero funzionale. Tali attività dovevano essere considerate integrate tra loro, al fine di rendere perseguibile l'obiettivo finale della deospedalizzazione.

Lo stesso DPCM sottolineava, inoltre, come la funzione di lungodegenza dovesse essere realizzata in stretto collegamento funzionale e operativo con l'area delle acuzie e, preferibilmente, in contiguità logistica con essa, al fine di garantire un'adeguata assistenza anche ai pazienti ad

elevata complessità clinica, bisognosi di una gestione specialistica multidisciplinare.

Solo con le “Linee di indirizzo per l’individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” del 4 agosto 2021, alla lungodegenza post-acuzie (codice 60) viene restituita una specifica identità nel garantire la continuità assistenziale. Viene infatti identificata in tale decreto l’“attività ospedaliera di riabilitazione estensiva” (codice 56c), evidenziando così la specificità del percorso riabilitativo.

Questa distinzione, insieme al mantenimento del codice 60, attribuisce alla lungodegenza post-acuzie di tipo medico il pieno significato di struttura integrata, in grado di collaborare efficacemente con le unità operative di degenza per acuti, sia di area internistica sia chirurgica. In tale prospettiva, l’unità operativa di Lungodegenza consente il completamento del percorso assistenziale ospedaliero dei pazienti caratterizzati da un decorso clinico prolungato e frequentemente affetti da patologie a equilibrio instabile, disabilità croniche non stabilizzate o condizioni in fase avanzata o terminale.

Mentre, il nuovo codice 56c caratterizza in modo specifico le attività ospedaliere di riabilitazione estensiva, rivolte a pazienti con disabilità e con potenzialità di recupero funzionale. Tali attività si basano su interventi multiprofessionali a prevalente valenza riabilitativa e sono destinate a pazienti che non sono in grado di sostenere programmi riabilitativi intensivi. In questi casi si rende necessaria l’ospedalizzazione, in quanto i pazienti presentano condizioni di instabilità clinica che richiedono una sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore.

In sostanza, dal 2021 vengono identificate due diverse modalità operative per l’assistenza ospedaliera post-acuzie dei pazienti:

- ***La degenza post-acuzie (Cod 60)*** destinata alla presa in carico di pazienti che necessitano di stabilizzazione clinica, gestione di eventuali complicanze e comorbidità e completamento del percorso terapeutico, configurandosi come fase intermedia e propedeutica alla deospedalizzazione;
- ***L’attività ospedaliera di riabilitazione estensiva” (Cod 56c)*** rivolta alla presa in carico di pazienti che necessitano di un percorso riabilitativo estensivo, caratterizzato da interventi individualizzati e non erogabili in regimi assistenziali alternativi al ricovero. Tale presa in

carico può includere, ove previsto dal modello organizzativo, anche una fase di stabilizzazione clinica. Nell'ambito di questa tipologia vengono definiti sia il progetto riabilitativo di struttura sia il progetto riabilitativo individuale, finalizzati alla pianificazione e alla realizzazione del percorso riabilitativo del paziente.

Dunque, alla luce della normativa più recente e sulla base della valutazione delle esperienze sviluppate in Italia negli ultimi anni vengono delineati due diversi modelli organizzativi e funzionali di degenza post-acuzie, ciascuno orientato a rispondere a due diverse necessità assistenziali. Sono le singole Regioni, in funzione del proprio assetto organizzativo e della programmazione sanitaria territoriale, a stabilire se privilegiare l'uno o l'altro modello o se, più razionalmente, come peraltro adottato in alcune realtà, prevedere la distribuzione nel territorio regionale di ambedue i diversi modelli organizzativi e funzionali.

2. Orientamenti organizzativi per la lungodegenza post-acuzie

Nel presente capitolo si intendono delineare gli elementi fondamentali per una lungodegenza post-acuzie (cod. 60), orientata al paziente medico. Tale insostituibile setting, rappresenta una virtuosa fase all'interno di una filiera assistenziale che, in molti casi, potrà evolvere verso ulteriori percorsi di degenza residenziali o verso l'attivazione di cure domiciliari.

2.1 Denominazione dell'unità operativa

La prima questione che si pone è quella della denominazione della unità operativa in quanto si pone immediatamente il quesito relativo alla congruità dell'utilizzo del prefisso "lungo" per qualificare un regime di osservazione la cui durata dovrebbe essere determinata primariamente dal conseguimento degli obiettivi clinico-assistenziali prefissati, piuttosto che da limiti temporali predeterminati, talvolta percepiti come riconducibili a logiche di natura prevalentemente "alberghiera".

L'esperienza insegna infatti come, nella gran parte dei casi caratterizzati da un'evoluzione favorevole, siano richiesti nel paziente medico de-

genze medie di 10-15 giorni, generalmente inferiori a quelle necessarie per gli interventi di tipo riabilitativo estensivo.

La denominazione più corretta riteniamo essere: DEGENZA POST-ACUZIE, in quanto il termine di Lungodegenza non risulta più rispondente alla realtà. La degenza media è in costante riduzione e già oggi è sotto i 30 giorni a livello nazionale. Una simile denominazione, maggiormente coerente con un'osservazione clinica svolta in ambito intraospedaliero e quindi necessariamente orientata a criteri di appropriatezza e di efficienza gestionale anche sotto il profilo temporale, consentirebbe, da un lato, di chiarire la distinzione tra le principali tipologie di assistenza post-acuzie (internistica e riabilitativa) e, dall'altro, di prevenire la formazione, nel paziente e più frequentemente nei familiari, di aspettative non realistiche circa la durata della degenza, fondate su presunti limiti temporali standardizzati piuttosto che su effettive esigenze clinico- assistenziali.

2.2. Mission e tipologia dei pazienti

La **mission** della Degenza post-acuzie medica può essere ricondotta al raggiungimento della stabilizzazione clinica del paziente, alla gestione appropriata ed efficace delle comorbidità e delle complicanze ed al completamento dell'iter terapeutico. Tali obiettivi rappresentano la premessa essenziale per garantire una dimissione realmente protetta e sostenibile, anche in una successiva ottica di domiciliarizzazione.

Nell'ambito di tale modello assistenziale, possono essere considerati appropriati i seguenti criteri di invio alla degenza post-acuzie:

- pazienti stabilizzati o non completamente stabilizzati, che necessitano di ulteriore assistenza medica continuativa e di un certo grado di tutela medica;
- pazienti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione lieve-moderata a più lenta risoluzione;
- pazienti destinati a trattamenti periodici ad alta frequenza;
- pazienti con deficit funzionali, con prognosi favorevole di recupero nel breve termine.

Pur nelle differenti posizioni assunte dalle regioni italiane in merito alla durata del ricovero, appare ormai assodata la tendenza a ridurre la degenza massima ed a favorire una più rapida rotazione dei posti letto. È pertanto ragionevole individuare, per il paziente medico, una durata

media della degenza compresa tra 12 e 17 giorni, anche alla luce del periodo già trascorso nel reparto per acuti di provenienza.

Inoltre, coerentemente con la mission di rapido turnover propria di una degenza post-acuzie medica, potrebbe essere concepito anche un ruolo assistenziale aggiuntivo a favore di quei casi non troppo eufemisticamente definibili «che nessuno vuole», ma che risultano tuttavia ben presenti nella pratica clinica. Si tratta di situazioni in cui sintomi clinici trasversali a diverse discipline, esigenze assistenziali che richiedono un approccio di tipo sistemico e comorbidità con vari livelli di severità rendono particolarmente complessa l'individuazione di una collocazione assistenziale appropriata.

È tuttavia necessario evitare con attenzione che tali strutture assumano ruoli impropri, di natura meramente “alberghiera”, in particolare nel caso di degenti con difficoltà economiche o privi di un adeguato supporto familiare o sociale.

2.3. Nuclei dedicati ai pazienti complessi

All'interno delle unità operative di Degenza post-acuzie può essere infatti previsto un **nucleo/modulo dedicato** alla gestione di specifiche tipologie di pazienti con bisogni assistenziali particolarmente complessi ed elevati, comorbidità con vari gradi di severità e richiedenti un approccio sistemico. Si tratta spesso di pazienti che iniziano il loro percorso ospedaliero nelle unità intensive o sub-intensive e che, superata la fase iperacuta, non risultano più appropriati per la permanenza in tali unità. Ciò può avvenire sia per il rischio di eventuali superinfezioni, sia perché la loro permanenza prolungata potrebbe determinare un rallentamento del turnover, con ricadute negative sull'organizzazione dell'assistenza e sui costi. Questi pazienti si trovano pertanto in una fase di attesa di stabilizzazione clinica e di una successiva allocazione extraospedaliera.

Rientrano in questa tipologia, ad esempio: soggetti in ventilazione meccanica assistita con scarse o nulle possibilità di svezzamento dal ventilatore; pazienti tracheostomizzati non completamente autonomi dal punto di vista respiratorio, che necessitano occasionalmente di ventilazione assistita e di frequenti broncoaspirazioni; oppure pazienti tracheostomizzati che, pur in respiro spontaneo, necessitano di un suppor-

to di ossigenoterapia a lungo termine con cannula tracheale in situ e di periodiche broncoaspirazioni.

A questi si aggiungono pazienti internistici complessi (ad esempio con scompenso cardiaco refrattario o insufficienza respiratoria cronica riacutizzata) o pazienti post-chirurgici che richiedono prestazioni assistenziali multiple e complesse, tra cui infusioni farmacologiche, trasfusioni, nutrizione parenterale e gestione di dispositivi quali CVC, SNG, PEG e drenaggi, in diverse combinazioni tra loro. Possono inoltre rientrare in questo gruppo anche pazienti oncologici off-therapy per la patologia di base.

Per tali categorie di pazienti, questi nuclei/moduli dedicati possono rappresentare una fase assistenziale temporanea ma estremamente utile, finalizzata alla stabilizzazione clinica e alla preparazione del successivo percorso assistenziale.

2.4. L'organizzazione della Degenza post-acuzie

Per quanto riguarda la **collocazione** di una Degenza Post-Acuzie, risulta ottimale una ubicazione intraospedaliera adiacente ai reparti per acuti. Ciò può avvenire sia in un'area organizzata ad hoc all'interno della struttura principale, sia in sedi indipendenti ma limitrofe. Questa soluzione non solo evita la duplicazione dei servizi diagnostici, ma facilita anche l'ammissione del paziente nella fase di "divezzamento" assistenziale o il trasferimento immediato al reparto per acuti in caso di aggravamento clinico.

È altresì necessario che la Degenza Post-Acuzie sia logisticamente e funzionalmente distinta dall'area di degenza ordinaria per acuti, a conferma della diversa missione delle due strutture e dei differenti carichi di lavoro svolti dalle componenti medica e infermieristica. Occorre pertanto evitare modifiche semplicistiche e pericolose dei "testa-letto" da acuto a post-acuto, che spesso derivano da logiche burocratico-amministrative piuttosto che da reali necessità assistenziali.

L'istituzione di Degenze Post-Acuzie annesse all'area medica appare preferibile, in quanto comporta un basso rischio di ghettizzazione, riduce l'intasamento dei reparti per acuti, garantisce una maggiore congruenza tra bisogni assistenziali dei pazienti ed organizzazione del reparto, e riconosce l'indiscussa centralità delle unità operative di Medi-

cina Interna o di Geriatria nella gestione della risposta assistenziale agli anziani.

Le **dimensioni** delle unità operative di Degenza Post-Acuzie a orientamento medico possono variare in funzione della grandezza degli ospedali in cui sono inserite. Negli ospedali fino a 250-300 posti letto, le strutture di Post-Acuzie possono contare su 10-15 posti letto, mentre nei nosocomi di grandi dimensioni è possibile prevedere unità operative fino a 30 posti letto.

Circa la **Responsabilità clinico-gestionale**, una Degenza Post-Acuzie medica, collocata in sede intraospedaliera e con dimensioni di 10-15 posti letto, può essere posta sotto la diretta responsabilità del Direttore dell'Unità Operativa di Medicina Interna o di Geriatria dello stesso presidio ospedaliero, oppure organizzata come Unità Operativa Semplice affidata a una figura professionale delle stesse discipline.

Le strutture di Post-Acuzie con 30 posti letto o più, presenti in ospedali di grandi dimensioni, possono prevedere direzioni mediche di II livello con qualificazione internistico-geriatrica. Questa scelta è in ragione del fatto che la maggior parte dei pazienti ricoverati è costituita da persone in età avanzata, portatrici di pluripatologie e con problemi clinico-assistenziali complessi, che richiedono una sorveglianza medica di matrice olistica, oltre che una costante assistenza infermieristica.

In merito all'assistenza infermieristica e sociosanitaria, l'**organico in dotazione** può essere incluso nell'Unità Operativa di riferimento oppure strutturato in modo autonomo, con una specifica figura di coordinamento dedicata.

Considerata l'imprescindibile necessità di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale a questa tipologia di pazienti, le competenze fisiatriche e riabilitative devono essere integrate nel team assistenziale dedicato, o in forma di accessi calendarizzati o come componenti stabili dell'organico.

La Degenza Post-Acuzie è chiamata ad accogliere **pazienti provenienti** da tutti i reparti ospedalieri per acuti, sia dell'area medica che di quella chirurgica (in quest'ultimo caso, solo se prevalenti le problematiche assistenziali di natura medica). I rischi inevitabili di sovraffollamento impediscono, invece, l'ammissione di pazienti provenienti dal domicilio. Ogni trasferimento deve essere attivato dal reparto di provenienza ed in seguito condiviso ed autorizzato dal personale medico in organico alla struttura.

Le **dimissioni** dalla Degenza Post-Acuzie sono stabilite e gestite dal proprio Responsabile nel momento in cui si esaurisce la necessità di un controllo medico continuativo, oppure quando si verifica una complicanza medica o chirurgica potenzialmente reversibile, ma non gestibile con le risorse locali.

Nella dimissione ordinaria, il paziente può rientrare al proprio domicilio, essere avviato al programma di assistenza domiciliare integrata, oppure trasferito in strutture di residenzialità assistita.

Qualora emerga un'ulteriore necessità di riabilitazione dopo la dimissione, il paziente deve essere indirizzato alla riabilitazione domiciliare o ambulatoriale.

Nella dimissione straordinaria, il paziente può essere ritrasferito, su richiesta del medico della lungodegenza, al reparto di provenienza, in un altro reparto specialistico o in un'unità di terapia intensiva, con procedure di precedenza rispetto ai ricoveri programmati delle singole unità operative. Tale evenienza, considerata un evento negativo ai fini della valutazione della struttura, può essere minimizzata mediante un'accurata selezione dei pazienti all'ammissione e una gestione attenta del caso.

Infine, per una DpA possono essere adottati i seguenti **indicatori di attività e di efficacia**:

- pazienti con criteri di ammissione corretti/totale pazienti ricoverati;
- pazienti con degenza di durata superiore a 20 gg./totale pazienti ricoverati;
- durata media della degenza;
- tasso di occupazione;
- pazienti ritrasferiti nel reparto ospedaliero di provenienza o in altri reparti ospedalieri/totale pazienti ricoverati;
- procedure di riconciliazione farmacologica effettuate;
- pazienti dimessi in residenzialità assistita o al domicilio sul totale dei pazienti ricoverati;
- attivazione di una dimissione protetta al domicilio;
- valutazione della variazione della performance funzionale e delle abilità residue all'ingresso e alla dimissione;
- incidenza di piaghe da decubito;
- tasso di infezioni ospedaliere;
- rilevazione delle ri-ospedalizzazioni a 30 giorni.

3. Orientamenti organizzativi per l'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva" (Cod 56c)

Le strutture ospedaliere, un tempo definite di Lungodegenza riabilitativa chiamate ad erogare attività di riabilitazione estensiva, vengono oggi correttamente ridenominate, secondo la più recente normativa, **“attività ospedaliera di riabilitazione estensiva”** (Cod 56c).

3.1. Mission e tipologia dei pazienti

L'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva si caratterizza per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa rivolti a pazienti con disabilità, con potenzialità di recupero, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo, ma che necessitano comunque di ricovero ospedaliero. Tali pazienti, infatti, presentano una condizione di instabilità clinica e richiedono una sorveglianza medico-infermieristica nelle 24 ore.

In generale, le strutture ospedaliere che forniscono l'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva assistono in regime di ricovero le seguenti tipologie di pazienti, provenienti dalle differenti aree assistenziali mediche e chirurgiche:

- Pazienti con patologie disabilitanti ortopediche (mediche e chirurgiche) nella fase immediatamente post-acuzie, **cioè in** un momento di massima modificabilità del quadro clinico-funzionale, quando le condizioni generali richiedono ancora un'assistenza medico infermieristica nell'arco delle 24 ore;
- Disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva oppure affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico, nonché una tutela medica continuativa nelle 24 ore. Pazienti per i quali è da prevedere un progetto riabilitativo individuale.

L'**accesso** a tale unità avviene, di norma, da unità di ricovero per acuti o da unità di riabilitazione intensiva ospedaliera, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minor livello di intensività. E' tuttavia importante sottolineare che la riabilitazione estensiva non si colloca necessariamente in una fase sempre suc-

cessiva alla intensiva. In alcuni casi, infatti, può rappresentare una fase preliminare e di preparazione ad un successivo trattamento intensivo, da avviare quando le condizioni cliniche del soggetto lo consentano.

3.2. Il personale impiegato nell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva

Lo **specialista fisiatra** è chiamato a definire l'appropriatezza del setting per l'accesso alle strutture riabilitative, inclusa la riabilitazione estensiva (56c). In questa prospettiva, il fisiatra assume un ruolo centrale quale garante della continuità dei percorsi di cura attraverso la rete integrata dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

L'attività ospedaliera di Riabilitazione Estensiva si caratterizza per **interventi multiprofessionali** a specifica valenza riabilitativa, erogati dal team riabilitativo, la cui composizione comprende: il medico specialista in riabilitazione, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, il tecnico ortopedico (professionisti sanitari non medici di area riabilitativa), nonché lo psicologo, l'infermiere, l'assistente sociale, il dietista (personale con specifica funzione riabilitativa nell'ambito socio-sanitario-assistenziale).

La **Responsabilità gestionale** di tali unità, di norma, deve essere affidata, a un dirigente medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa.

3.3. L'organizzazione dell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva

Il trasferimento del paziente viene attivato mediante la compilazione di una scheda da parte del reparto di provenienza, nella quale devono essere descritte in modo dettagliato le problematiche clinico-funzionali del paziente, comprensive della eventuale terapia farmacologica in atto. Una volta effettuato il trasferimento, spetta al medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa predisporre il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**, definendo gli obiettivi, le modalità e i tempi previsti per il completamento del trattamento.

Qualora emergano valutazioni difformi tra il reparto inviante e la struttura di accoglienza in merito all'intensità del trattamento riabilitativo ritenuto più appropriato, la struttura che accoglie il paziente procede

comunque all'attivazione del percorso terapeutico ritenuto più adeguato, provvedendo a formalizzare e documentare le motivazioni cliniche alla base della scelta.

In coerenza con le caratteristiche dei pazienti che accedono alla Riabilitazione estensiva, gli **obiettivi** principali della presa in carico devono essere:

- orientati al un miglioramento funzionale (riduzione del grado di disabilità);
- realistici;
- raggiungibili in tempi definiti.

E tali da:

- prevenire o limitare le complicanze secondarie e favorire la espressione dell'autonomia residua;
- intervenire, ove possibile, per ridurre la disabilità conseguente alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia consentito (Linee di indirizzo per percorsi in riabilitazione, 4/8/2021);
- contribuire alla creazione di condizioni ambientali adeguate per il reinserimento del paziente in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello possibile di attività, autonomia e partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili per affrontare e gestire le conseguenze della malattia, attraverso la condivisione del piano di assistenza ed il potenziamento delle loro conoscenze, con l'obiettivo finale di accompagnare il paziente verso la domiciliazione indipendente o assistita.

La **degenza massima** nell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva" (Cod 56c), inserita negli ospedali per acuti, può essere fissata a 60 giorni. Tuttavia, è auspicabile una degenza più breve, in maniera da rendere più veloce la rotazione nei posti letto.

Per quanto riguarda le **dimensioni minime** dell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva", si ritiene accettabile un'organizzazione con almeno 12 posti letto, mentre una dotazione più elevata fino a 30 posti letto può essere considerata ottimale per garantire una gestione efficace e sostenibile dell'attività riabilitativa.

Gli interventi riabilitativi devono prevedere, di norma, 1 ora giornaliera per 6 giorni su 7 alla settimana, con un impegno complessivo di almeno 6 ore settimanali. L'intervento si svolge in un rapporto tra paziente e

professionista della riabilitazione preferibilmente di 1 a 1, e comunque in coerenza con il PRI ed i relativi programmi rieducativi attuativi. L'assistente sociale, lo psicologo ed altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto. In particolare, l'assistente sociale, ed ove necessario, lo psicologo supportano l'intervento riabilitativo e collaborano alla definizione e realizzazione del piano di dimissione e reinserimento in tempi congrui.

Alla **dimissione** del paziente deve essere stabilito un collegamento funzionale formalizzato con le strutture sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali, quelle sociosanitarie distrettuali e con l'area della residenzialità extraospedaliera. Questo raccordo ha l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale, assicurando l'attuazione dei PDTA riabilitativi e l'effettiva realizzabilità dei percorsi di reinserimento del paziente nella comunità o nel domicilio.

Da ultimo, per quanto attiene gli **indicatori di efficacia ed efficienza**, si applicano oltre a quelli già previsti per la Degenza post-acuzie medica, anche gli indicatori specifici per monitorare attività riabilitativa. Tra questi, si possono considerare, a titolo esemplificativo:

- Presenza in cartella clinica del progetto riabilitativo individuale sul totale dei pazienti accolti, che, come evidenziato in precedenza, rappresenta un prerequisito per l'ammissione;
- Numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati verso un reparto per acuti.

Questi indicatori consentono di monitorare sia la qualità della presa in carico riabilitativa sia l'appropriatezza e la sicurezza dei percorsi assistenziali.

3.4. La collocazione dell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva

La **collocazione** ottimale dell'"attività ospedaliera di riabilitazione estensiva" (Cod. 56c) è preferibilmente all'interno di un modulo/nucleo annesso alle unità operative di Riabilitazione Intensiva a più o meno maggiore complessità (Cod 56a e Cod 56b), oppure, comunque, in area ad esse attigua. Tale organizzazione consente una maggiore integrazione tra i diversi livelli di intensità e permette di modulare, al proprio in-

terno, la dotazione di posti letto in funzione del bisogno espresso dalle strutture per acuti del territorio di riferimento.

Un'alternativa da considerare, qualora nel presidio ospedaliero non siano presenti unità operative di Riabilitazione Intensiva (cod. 56a e cod. 56b), è la collocazione della Riabilitazione Estensiva in contiguità con le unità operative per acuti di area medica e chirurgica.

In questo caso, l'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva assume una funzione trasversale, garantendo al paziente la continuità con l'unità per acuti di provenienza e, allo stesso tempo, contribuendo a ridurre l'intasamento dei reparti per acuti.

Un tale assetto organizzativo si rivela particolarmente utile, ad esempio, per il paziente anziano fragile con esiti di ictus cerebrale o frattura di femore, non in grado di sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e spesso bisognoso della consulenza specialistica da parte dell'unità di provenienza.

La tipologia ottimale di **Dipartimento** a cui affidare le unità operative semplici o complesse dell'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva è il Dipartimento Strutturale/Funzionale di Riabilitazione, in stretta integrazione con le altre strutture che compongono l'offerta riabilitativa di un determinato territorio.

Norme di riferimento

- Decreto Ministero della Sanità 13 settembre 1988: *“Determinazione degli standard del personale ospedaliero”*
- L. 30 dicembre 1991, n. 412 (art.4 comma 3): *“Disposizioni in materia di finanza pubblica”*
- Decreto Ministeriale 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”*
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 7 mag-

gio 1998: *“Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione”*

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, Accordo 10 febbraio 2011: *“Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente “Piano d'indirizzo per la riabilitazione”*
- Decreto Ministero della Salute 18 ottobre 2012: *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”*
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70: *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (17a02015)”*
- Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria accordo di collaborazione ai sensi dell’articolo 15 della legge n. 241 del 1990 tra il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, e la regione Emilia Romagna, 27 dicembre 2018: *“Approvazione dello schema di accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della l. 241/1990 tra regione Emilia-Romagna e Ministero della Salute per lo sviluppo di una metodologia per la rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione”*
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo, del 4 agosto 2021, n. 124/2021, sul documento concernente *“Linee di Indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”*
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo, del 4 agosto 2021, n. 124/2021, sul documento concernente *“Linee di*

Indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”

- Decreto Ministeriale 5 agosto 2021: *"Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri"*.

Bibliografia

- Boldrini P, *“Dai documenti ministeriali sull'appropriatezza alla SDO-R”*, Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, 2022; Vol. 38 (2):2-4
- Boldrini P et al, *“The new hospital discharge form for inpatient rehabilitation in Italy: a step forward to promote the role of rehabilitation in the healthcare system”*, Journal of physical and rehabilitation Medicine 2024 Aug 05. doi: 10.23736/s1973-9087.24.08628-3
- Brianti R, Damiani C: *“SDO-R: indicatori funzionali”*, Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, 2022; Vol. 38 (2):9-13
- Chang K-V et al, *“A multicenter study to compare the effectiveness of the inpatient post acute care program versus traditional rehabilitation for stroke survivors”*, 2022; 12(1).DOI:10.1038/s41598-022-16984-9
- Di Girolamo C et al, *“Effectiveness of community hospital post-acute care on mortality, re-admission, institutionalization, and activation of a home care programme in Emilia-Romagna region, Italy”*, Aging Clin Exp Res, 2023 Feb;35(2):367-374. doi: 10.1007/s40520-022-02298-3. Epub 2022 Nov 17.
- Gutenbrunner C et al: *“International Classification of Service Organization in Rehabilitation: An updated set of categories”*, Journal of Rehabilitation Medicine, 2019; 52(1). doi:10.2340/16501977-2627
- Pesaresi F., Simoncelli M., Candela M. *“La lungodegenza post-acuzie in Italia”*, Italian Journal of Medicine, 2018. doi: 10.4081/itjm.q.2018.4
- Pesaresi F et al: *“L'evoluzione del setting della lungodegenza post acuzie”*, I luoghi della cura, 2020 (1)

- Røe C et al: “Organization of rehabilitation services in randomized trials: what matters to functional outcome”, Arch Rehabil Res Clin Transl, 2022 Apr 13;4(2):100197. doi: 10.1016/j.arrct.2022.100197