

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 78° - Numero 30

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 5 luglio 2024

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074927-930 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074943 - INSERZIONI TEL. 091/7074935-897
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 655 del 13 giugno 2024.

Approvazione del Documento recante "Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale-riabilitativo del paziente nella fase del post-ictus".

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 655 del 13 giugno 2024.

Approvazione del Documento recante “Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale-riabilitativo del paziente nella fase del post-ictus”.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTO il decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;
- VISTO l'accordo tra lo Stato e le Regioni sancito nella Conferenza del 3 febbraio 2005 sulle linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale;
- VISTA la Legge Regionale 14 aprile 2009 n.5 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale”;
- VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- VISTO il D.A. 2186/2012 del 17/10/2012 “Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari” con il quale è stata individuata la Rete delle Stroke Unit, secondo il modello *Hub e Spoke*;
- VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” che, organizza la rete delle stroke unit su due livelli a differente complessità: Stroke unit di II livello con funzioni di Hub e Stroke unit di I livello con funzioni di Spoke;
- VISTO il Decreto Assessoriale dell’1 luglio 2015 n. 1181 di Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 2/4/2015 n. 70;
- VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 24.01.2018 - ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" - Repertorio Atti n.: 14/CSR del 24/01/2018;

VISTO il Decreto Assessoriale dell'11 gennaio 2019, n. 22 recante "Adeguamento della Rete Ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70;

VISTO il Decreto Assessoriale del 04.02.2019, n. 141 recante "Riorganizzazione della Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari – che ha: 1) individuato la Rete delle Stroke Unit operativa in Sicilia, secondo il modello *Hub e Spoke*, 2) istituito la "Commissione Regionale di Coordinamento per la rete dell'ictus" 3) revocato il D.A. 2186/2012 del 17/10/2012 "Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari" per le parti in contrasto con il citato provvedimento 141/2019;

VISTO il Decreto Assessoriale n. 1816 del 17.09.2019 recante l'approvazione del Documento Regionale - "Linee di indirizzo per la rete dell'ictus cerebrale in Sicilia" e del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente con sospetta ischemia cerebrale";

RAVVISATA la necessità, di elaborazione di un PDTA per la riabilitazione post-ictus della Regione Sicilia, attraverso la definizione di un percorso post acuto con Interventi riabilitativi appropriati per tutti i soggetti colpiti da ictus, ricoverati in strutture sanitarie della Regione, con particolare attenzione ai percorsi di continuità rispetto alla rete regionale delle *stroke units*, attraverso un sistema a rete integrata di servizi tale da consentire una tempestiva presa in carico e adeguati livelli di cura;

CONSIDERATO che la finalità degli interventi riabilitativi per il paziente colpito a Ictus, è quella di favorire il raggiungimento e mantenimento del miglior livello di autonomia e partecipazione sociale consentito dal danno cerebrale;

CONSIDERATO che il Documento sul PDTA post ictus inquadra il paziente colpito da ictus in tutto il suo percorso di presa in carico, dalla diagnosi alla terapia al follow-up secondo un albero decisionale, con particolare attenzione a tutte le fasi di approccio riabilitativo compreso il tema della disfagia, dell'Afasia e della spasticità post-ictus;

VISTO il Verbale della seduta del 9 ottobre 2023 nella quale, la “Commissione Regionale di Coordinamento per la rete dell’ictus”, ha approvato la proposta di collaborazione tra un sottogruppo della Commissione Stroke e un sottogruppo di medici Fisiatri facenti già parte del Gruppo della Riabilitazione con il compito di sviluppare le seguenti fasi:

- Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit (fase sub-acuta)
- Gestione della continuità della presa in carico riabilitativo post-stroke (fase post-acuta) e Follow up e monitoraggio (fase di mantenimento);

VISTA la nota prot. n. 56788 del 30.10.2023 a firma del Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica, con la quale è stato istituito il “ Gruppo di Lavoro per l’elaborazione del PDTA di riabilitazione post-ictus”;

PRESO ATTO dei verbali delle sedute del predetto Gruppo di lavoro che ha analizzato e discusso tutte le fasi di elaborazione del PDTA, dalle attività di presa in carico, agli attori coinvolti e le soluzioni di supporto disponibili per i clinici, nonché gli indicatori di percorso;

CONSIDERATO che nella seduta del 24 aprile 2024, conclusiva dei lavori, il predetto Gruppo di lavoro ha condiviso ed approvato il documento “Percorso diagnostico, terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente post-ictus” , con il molteplice obiettivo di garantire l’ accesso all’assistenza e al trattamento, del paziente nella fase post ictus secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, nonché coordinare le diverse figure professionali identificandone i ruoli e le relative responsabilità;

RITENUTO di dovere approvare il predetto documento “Percorso diagnostico, terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente post-ictus”;

DECRETA

Art. 1

Per quanto in premessa è approvato il Documento recante “*Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale - Riabilitativo del paziente post-ictus*”, allegato al presente decreto e parte integrante dello stesso.

Art. 2

Con successivo provvedimento, entro 120gg dall'approvazione del presente "PDTA per il paziente post-ictus", l'Assessorato provvederà ad individuare la Rete dei Centri di Riabilitazione post ictus, prevedendo per ciascuna delle 4 Macroarea della Sicilia, i presidi di riferimento, pubblici o privati accreditati, per la riabilitazione post ictus, cod. 75, 56 o 60, al fine di favorire il passaggio del paziente dalla fase acuta alla fase post acuta, creando un Network riabilitativo post stroke.

Art. 3

A tal fine il Gruppo di Lavoro Regionale sul PDTA Post-Ictus provvederà ad elaborare una Check list al fine di individuare il Network della Rete della Riabilitazione post-ictus. A tale scopo si avvierà una "Survey" trasversale, per approfondire le informazioni sui requisiti in possesso dei presidi pubblici o privati accreditati per la riabilitazione cod. 75, 56 o 60, con la finalità di garantire ai soggetti colpiti da ictus l'assistenza riabilitativa necessaria, in base alla condizione clinica e alle esigenze del singolo il paziente, che potrà continuare la fase di riabilitazione post-ictus nel setting assistenziale più adeguato.

Art. 4

Il Gruppo di Lavoro di cui sopra potrà essere integrato, ove necessario, da figure professionali specifiche, operanti nel Sistema Sanitario Regionale o in altre istituzioni e/o tavoli tecnici già operanti su materie correlate.

Art. 5

Il presente decreto sarà pubblicato sul sito internet dell'Assessorato regionale della Salute e inviato alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione ai sensi dell'art. 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21.

Palermo, 13 giugno 2024.

VOLO

2023

PERCORSO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO,
ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE POST-ICTUS



Indice

I.	Descrizione generale del documento.....	
1.2	Premesse.....	
1.3	Gruppo di lavoro.....	
1.4	Metodologia di lavoro.....	
1.5	Scopo e campo di applicazione, destinatari.....	
II.	Epidemiologia dell'ictus.....	
2.1	Inquadramento epidemiologico generale.....	
2.1.1	Spasticità post-ictus.....	
2.1.2	Disfagia post-ictus.....	
2.1.3	Afasia post-ictus.....	
2.2	Struttura di offerta riabilitativa post-stroke e aggiornamento setting di presa in carico.....	
2.2.1	Gestione attuale delle dimissioni da stroke unit dei pazienti post-ictus.....	
2.2.2	Condivisione dei dati sui ricoveri di riabilitazione post-ictus.....	
2.2.3	Modifiche ai setting di riabilitazione ospedaliera e nuovi criteri di appropriatezza.....	
III.	Il percorso riabilitativo del paziente post-ictus.....	
3.1	Obiettivi prioritari del percorso post-ictus.....	
3.2	Executive Summary.....	
3.2.1	Executive Summary: Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit.....	
3.2.2	Executive Summary: Continuità della presa in carico nei setting di riabilitazione e follow-up.....	
3.3	Focus: Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit.....	
3.3.1	Approfondimento: Disfagia post-ictus.....	
3.3.2	Approfondimento: Afasia post-ictus.....	
3.4	Focus: Continuità della presa in carico nei setting di riabilitazione.....	
3.4.1	Teleconsulto e Teleriabilitazione.....	
3.4.2	Approfondimento Spasticità post-ictus.....	
3.4.3	Priorità per la riabilitazione dei pazienti post-ictus.....	
3.5	Focus: Gestione del Follow-up.....	
3.6	Indicatori di monitoraggio del percorso.....	
3.6.1	Indicatori organizzativi.....	
IV.	Abbreviazioni usate nel testo e glossario.....	
V.	Bibliografia, Allegati.....	
5.1	Bibliografia.....	
5.2	Allegati.....	
5.2.1	Allegati capitolo II.....	
5.2.2	Allegati capitolo III.....	

I. Descrizione generale del documento

I.2 Premesse

Nel 2019, con D.A. 141/2019 e D.A. n. 1816/2019 la Regione Siciliana ha nominato la Commissione Regionale di coordinamento della Rete dell'Ictus e approvato il Percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale (PDTA) per la gestione della fase acuta del paziente colpito da ictus, attraverso l'istituzione e l'organizzazione regionale del Network della Rete tempo-dipendente dello Stroke.

In una fase di valutazione successiva la Commissione Regionale di coordinamento della Rete dell'Ictus ha evidenziato la necessità di un ulteriore intervento normativo sulla gestione della presa in carico del paziente post evento acuto, tramite una chiara configurazione del progetto riabilitativo individuale ("PRI") che ha l'obiettivo di ottimizzare il percorso riabilitativo-assistenziale del paziente colpito da ictus.

Il presente documento intende quindi, nello specifico, definire un percorso Percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale (PDTA) per la gestione della fase "post acuta" del paziente colpito da ictus, ed è stato elaborato dal Gruppo di lavoro composto da esperti in ambito Stroke e esperti di Medicina fisica e riabilitativa operanti in strutture del S.S.R. Siciliano, nominato dall'Assessorato Regionale della Regione Sicilia con nota prot. n. 56788 del 30/10/2023.

Il gruppo di lavoro è composto dai seguenti esperti:

- **Dr. Fabrizio Geraci** (Regione Sicilia – Responsabile Servizio 4 - DPS)
- **Dr.ssa Anna Maria Abbate** (Regione Sicilia – Funzionario Servizio 4 - DPS)
- **Prof.ssa Rosa Musolino** (Responsabile Scientifico Tavolo Tecnico Rete Ictus Sicilia)
- **Dr. Michele Cantarella** (AIOP)
- **Dr. Fausto Crapanzano** (ASP Agrigento)
- **Dr. Giorgio Mandalà** (ASP Palermo, Presidio Ospedaliero Villa delle Ginestre)
- **Prof.ssa Giulia Letizia Mauro** (Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone, Palermo)
- **Dr.ssa Maria Pia Onesta** (Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro)
- **Dr. Luigi Sicurella** (ARNAS Garibaldi di Catania)
- **Dr. Benedetto Trobia** (Ospedali Area Nord AG-CL-EN)

Hanno inoltre collaborato il Dr. Jean Marie Franzini, il Dr. Pietro Luppino, la Dr.ssa Sofia Bottolo e il Dr. Carlo Nieddu di Bip Life Sciences, società di consulenza italiana specializzata nella generazione di evidenze clinico-organizzative sui percorsi paziente. Il lavoro è stato reso possibile grazie alla sponsorizzazione non condizionante di Ipsen S.p.A.

I.3 Metodologia di lavoro

Il gruppo si è riunito nel periodo novembre-dicembre 2023, affrontando le tre fasi del percorso paziente post-ictus:

- *Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit (fase sub-acuta)*
- *Gestione della continuità della presa in carico riabilitativo post-stroke (fase post-acuta)*
- *Follow up e monitoraggio (fase di mantenimento)*

Per ogni fase, sono state analizzate e discusse le attività di presa in carico, gli attori coinvolti, le criticità rilevanti, le soluzioni di supporto disponibili per i clinici, nonché gli indicatori di percorso.

Al termine dei diversi incontri del percorso, è stata redatta una prima versione del PDTA, considerando quanto emerso dagli scambi del gruppo di lavoro. Successivamente, il documento è stato condiviso con il tavolo tecnico per una opportuna revisione dello stesso validando la presente versione finale.

1.4 Scopo e campo di applicazione, destinatari

Il presente documento Percorso Assistenziale, Diagnostico, Terapeutico e Riabilitativo del paziente con post-ictus, ha il molteplice obiettivo di:

- **Definire un percorso strutturato**, con identificazione degli snodi critici e relative soluzioni;
- **Garantire un accesso all'assistenza e al trattamento**, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia;
- Coordinare le diverse **figure professionali** e identificare le relative **responsabilità** per garantire una continuità assistenziale.
- **Articolare il processo di diagnosi, terapia e follow-up** secondo un albero decisionale, con particolare attenzione sul tema della spasticità post-ictus;

Infine, i contenuti del documento sono destinati a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e assistenza del paziente post ictus delle strutture operative ospedaliere e territoriali del Servizio Sanitario della Regione Sicilia:

- Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie del SSR;
- Medici Specialisti, Infermieri e personale delle professioni sanitarie della riabilitazione delle U.O. di Stroke Unit, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Terapia Intensiva, Chirurgia Vascolare, Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina Interna;
- Medici Specialisti del territorio;
- Medici di Medicina Generale;
- Associazioni Pazienti.

II. Epidemiologia dell'ictus

II.1 Inquadramento epidemiologico generale

L'ictus è una **patologia cerebrovascolare acuta** causata dall'improvvisa chiusura o rottura di un vaso sanguigno a livello del sistema nervoso centrale, che può determinare una irreversibile lesione. Gli attacchi ischemici transitori (TIA) indicano invece episodi di breve durata, per definizione inferiore alle 24 ore, di deficit neurologici completamente reversibili.

In Italia, ogni anno, circa **100.000¹ persone sono colpite ictus²**, e oltre **90.000 i ricoveri** ad esso collegati³. Complessivamente, rappresenta la seconda causa di morte e la prima di disabilità a livello nazionale⁴. Grazie alle attuali opzioni terapeutiche, oltre 85.000 pazienti riescono a superare la fase acuta, tuttavia rischiano di sviluppare conseguenze invalidanti che altrimenti potrebbero essere gestite mediante adeguati e tempestivi progetti/programmi riabilitativi ed un corretto trattamento farmacologico.

Circa l'80-85% degli ictus è di natura ischemica, la cui causa più frequente è l'embolia; il 15-20% è di natura emorragica, la cui patogenesi è riferibile nella maggior parte dei casi alla rottura di un vaso arterioso dovuta a patologia ipertensiva o rottura di MAV o aneurismi.

Nell'anno 2021, il tasso di ictus ischemici in Sicilia è stato di 11.28 per 10.000 abitanti, mentre il tasso di ictus emorragici è stato del 3.25 per 10.000 abitanti⁵.

TERRITORIO	Popolazione residente 1.1.2021	ICTUS ISCHEMICO	ICTUS EMORRAGICO	TOTALE EPIDEMIOLOGIA
Sicilia	4.833.705	5.452	1.571	7.023
Palermo	1.208.819	1.364	393	1.756
Catania	1.074.089	1.212	349	1.561
Messina	603.980	681	196	878
Trapani	418.277	472	136	608
Agrigento	416.181	469	135	605
Siracusa	386.071	435	125	561
Ragusa	314.910	355	102	458
Caltanissetta	253.688	286	82	369
Enna	157.690	178	51	229

1. Incidenza Ictus cerebrale in Regione Sicilia, per provincia (2021)

In **Sicilia**, nel 2020, le malattie cerebrovascolari hanno causato 5.693 decessi (pari al 10% del totale di tutte le cause di decesso)⁶. Secondo la Relazione 2023 dell'Agenas⁵, la mortalità in Sicilia a 30 giorni dopo la dimissione con diagnosi di ictus ischemico è stata del 9.27% nel 2021, percentuale che sale all'11.1% considerando la popolazione anziana (over 75).

Dal 2011 al 2016, le ospedalizzazioni per gli eventi cerebrovascolari sono diminuite mediamente in Italia del 15% sia negli uomini che nelle donne. In Sicilia, nel 2016 i tassi di ospedalizzazione sono stati di circa il 630 per 100.000 abitanti per le donne e 700 per 100.000 abitanti per gli uomini¹.

1 Rapporto 2018 sull'ictus in Italia, Osservatorio ictus Italia, 2018

2 Patologia cerebrovascolare acuta causata dall'improvvisa chiusura o rottura di un vaso sanguigno a livello del sistema nervoso centrale, causandone una irreversibile lesione

3 Ictus, Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, Ministero della Salute, 2022

4 Codice Blu: Percorso Ictus, Ministero della Salute, 2018

5 Relazione conclusiva Gruppo Tecnico per l'elaborazione di proposte per l'attuazione e l'evoluzione della rete assistenziale dell'ictus, Agenas, 2023

6 Decessi e cause di morte, ISTAT, 2020

2.1.1 Spasticità post-ictus

All'interno della disabilità post-ictus, una parte importante dei pazienti sviluppa il rischio di **spasticità**, disordine del controllo sensori-motorio dipendente da una lesione del primo motoneurone, che compare come una intermittente o sostenuta attivazione muscolare involontaria⁷. Nello specifico, consiste in spasmi di uno o più muscoli scheletrici che possono provocare rigidità durante il movimento, limitazione funzionale e l'eventuale associazione di dolore. Attualmente, in base ai distretti coinvolti, sono state identificate cinque tipologie di spasticità⁸:

- **Spasticità focale**: limitata ai muscoli di una regione anatomica ristretta, comprendente solo 1 o 2 articolazioni
- **Spasticità multi-focale**: interessa più articolazioni non adiacenti
- **Spasticità segmentale**: limitata a diverse regioni anatomiche adiacenti
- **Spasticità multi-segmentale**: distribuita in siti anatomicamente separati e distanti e che interessa almeno 2 arti,
- **Spasticità generalizzata**: diffusa in più di 2 arti e interessante il tronco

Mentre la spasticità post-ictus presenta una frequenza elevata, stimata fino al **40%**⁹ ovvero **2.809 casi in Sicilia**, solo il **18.6% dei pazienti ottiene una corretta diagnosi entro i 12 mesi dall'evento acuto**. Un altro aspetto critico è legato al fenomeno dell'inerzia terapeutica, infatti, in Italia solo 5.000 pazienti ricevono un trattamento specifico per la spasticità, rispetto ai circa 35.000 che potrebbero beneficiarne¹⁰. Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano il trattamento focale della spasticità degli arti superiori ed inferiori mediante la tossina botulinica per diminuire il tono muscolare, migliorare la funzione e contenere la disabilità del paziente. A riguardo, si stima che il consumo nazionale di tossina botulinica ospedaliera per curare la spasticità post ictus tra ottobre 2021 e settembre 2022 sia aumentato del 12%, con un utilizzo per spasticità focale nel 42% dei casi¹¹.

2.1.2 Disfagia post-ictus

La **disfagia** è un disturbo della deglutizione che rende difficoltoso il passaggio del bolo alimentare nelle strutture oro-faringee e colpisce più del 50% dei pazienti nella fase immediatamente successiva all'evento ictale. Dati di letteratura riportano una progressiva diminuzione dell'incidenza nelle settimane successive, durante le quali si assiste ad un recupero della funzionalità, con un totale di circa 11-13% dei pazienti che rimane disfagico sei mesi dopo l'evento.¹²

Prendendo in analisi il dato di incidenza relativo alla Regione Sicilia, su un totale di 7.023 pazienti sopravvissuti all'ictus si stimerebbero in un anno circa **3.512 nuovi pazienti con disfagia in fase acuta e circa 843 nuovi pazienti disfagici sei mesi dopo l'evento**.

La disfagia in pazienti colpiti da ictus può portare ad una serie di complicanze quali malnutrizione proteico-energetica, disidratazione e polmonite da aspirazione. Per questo motivo, una valutazione dello stato nutrizionale del paziente ed i relativi trattamenti sono componenti essenziali sia in fase acuta che durante la fase riabilitativa.

2.1.3 Afasia post-ictus

L'**afasia** è un disturbo del linguaggio caratterizzato dalla difficoltà o incapacità di articolare e/o comprendere le parole. La presentazione clinica può essere altamente variabile tra pazienti che possono mostrare disturbi da lievi a molto gravi.

7 Malhotra S. et al., An investigation into the agreement between clinical, biomechanical and neurological measures of spasticity, Clin Rehabil, 2008

8 Consenso degli esperti europei per migliorare la selezione dei pazienti e il management della spasticità con tossina botulinica, National Library of Medicine, 2022

9 Wissel J, et al, (2013) "Toward an epidemiology of poststroke spasticity", Neurology

10 Epidemiological Market Research, IMS Consulting Group (IQVIA) 2012;

Burden of Post-Stroke Spasticity: A Real-World Data Analysis in Italy, Sciattella P. et al., 2022

11 Dati consumi ospedalieri tossina botulinica, IQVIA, 2023

12 González -Fernández M et al. Dysphagia after Stroke: an Overview. Curr Phys Med Rehabil Rep. 2013;1(3):187-196.

L'ictus è la causa più comune di afasia, che insorge in circa il 40% dei pazienti colpiti, più frequentemente nel caso di ictus cardio-embolico e se il paziente è stato sottoposto a trombolisi.¹³

Il recupero spontaneo è massimo nei primi tre mesi dopo l'evento acuto, e si ritiene largamente concluso dopo sei mesi. In fase cronica la frequenza di afasia si assesta intorno al 34% dei pazienti con pregresso ictus.¹⁴

Sulla base di questi dati, sul totale di 7.023 pazienti sopravvissuti all'ictus nella Regione Sicilia in un anno si stimerebbero circa **2.388 nuovi pazienti cronici con afasia**.

II.2 Struttura di offerta riabilitativa post-stroke e aggiornamento setting di presa in carico

La rete clinico-assistenziale per la gestione del post-ictus è un modello organizzativo che deve assicurare la presa in carico dei pazienti, mettendo in relazione le figure professionali, le strutture e i servizi erogati a livello e tipologie diversi, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

La gestione della fase acuta e sub-acuta dell'ictus è affidata alle stroke unit. Di seguito, sono riportate le stroke unit attive in Sicilia per ogni bacino territoriale in cui è suddivisa la rete ictus¹⁵:

Bacino Catania-Siracusa-Ragusa

- Stroke Unit di II livello (HUB):
 - Catania – A.O. Cannizzaro – U.O.C Neurologia
- Stroke Unit di I livello (SPOKE):
 - Catania – ARNAS Garibaldi (in divenire Hub)
 - Caltagirone – P.O. Gravina
 - Siracusa – P.O. Umberto I
 - Ragusa – P.O. Guzzardi di Vittoria

Bacino Messina

- Stroke Unit di II livello (HUB):
 - Messina – A.O.U. Policlinico G. Martino
- Stroke Unit di I livello (SPOKE):
 - S. Agata Militello – P.O. Generale (non attivata)

Bacino Agrigento-Caltanissetta-Enna

- Stroke Unit di II livello (HUB):
 - Caltanissetta – P.O. Sant'Elia
- Stroke Unit di I livello (SPOKE):
 - Agrigento – P.O. San Giovanni di Dio
 - Enna – P.O. Umberto I
 - Sciacca – Ospedale Giovanni Paolo II (non attivata)

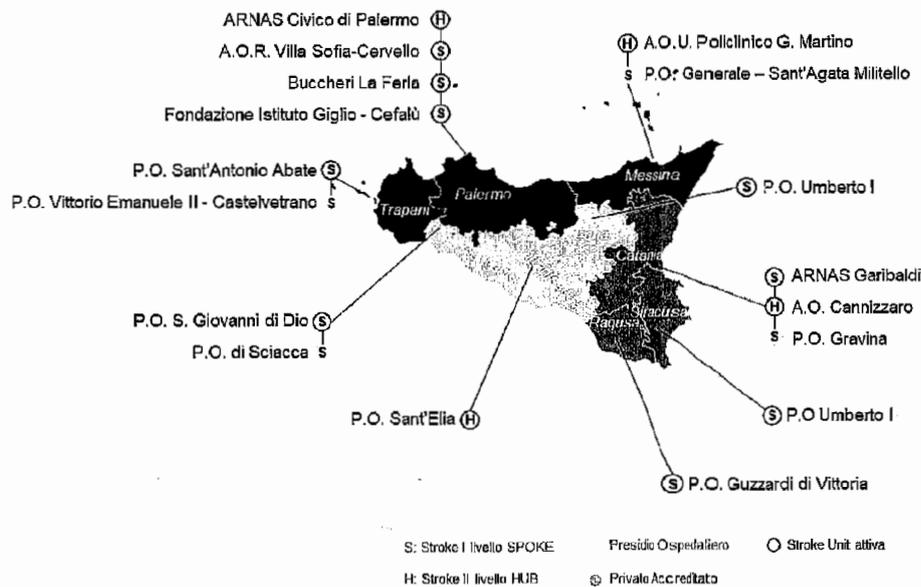
¹³ Mattioli F. The clinical management and rehabilitation of post stroke aphasia in Italy: evidences from the literature and clinical experience. *Neurol Sci.* 2019;40(7):1329-1334

¹⁴ Linee Guida per la Valutazione e la Riabilitazione dell'Afasia nel paziente con ictus e nel paziente con Afasia Progressiva. Società Italiana di Neuropsicologia

¹⁵ D.A. n. 141/2019 "Riorganizzazione della Rete per le emergenze delle malattie cerebrovascolari – Modifica ed integrazione al D.A. n. 2186/2012", Assessorato della Salute della Regione Sicilia, 2012

Bacino Palermo-Trapani

- Stroke Unit di II livello (HUB):
 - ARNAS Civico di Palermo
- Stroke Unit di I livello (SPOKE):
 - Palermo – A.O.R. Villa Sofia-Cervello (in divenire Hub)
 - Cefalù – Fondazione Istituto G. Giglio
 - Palermo – Ospedale Buccheri La Ferla
 - Trapani – P.O. Sant'Antonio Abate
 - Castelvetro – P.O. Vittorio Emanuele II (non attivata)



In seguito all'evento acuto, risulta fondamentale identificare il setting riabilitativo a cui rimandare il paziente, una volta dimesso dal reparto acuti della stroke unit.

Attualmente, la rete riabilitativa in Sicilia è definita dal "Piano di Riabilitazione" che dovrebbe prevedere un modello organizzativo Hub e Spoke in modo da garantire a tutti i soggetti disabili l'assistenza riabilitativa necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. In base alla condizione clinica e alle esigenze del singolo, il paziente può continuare la fase di riabilitazione post-ictus in differenti setting, attualmente codificati come segue:

Riabilitazione Ospedaliera:

- Intensiva ad alta complessità
 - Unità spinali cod.28
 - U.O. di recupero e riabilitazione funzionale di neuroriabilitazione cod.75
- Intensiva
 - U.O. di recupero e riabilitazione funzionale intensiva cod.56
- Estensiva

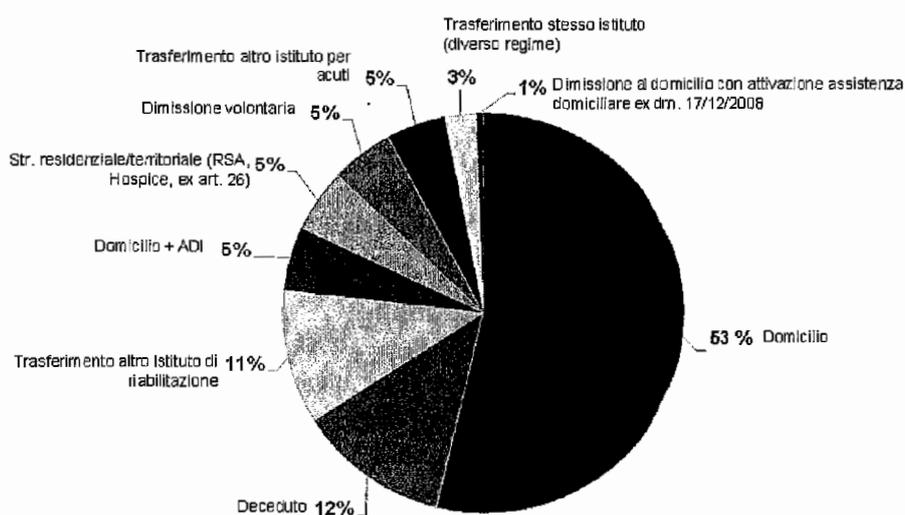
- o U.O. di recupero e riabilitazione funzionale estensiva cod.60

Nell'Allegato 1 è riportata l'attuale offerta dei setting di presa in carico ospedaliera nella Regione Sicilia per ogni bacino territoriale, con dettaglio sul numero di posti letto programmati, attivi e da attivare¹⁶.

Relativamente al trattamento della spasticità post-ictus, nell'Allegato 2 si riportano i centri che effettuano inoculazione di tossina botulinica (BoNT-A)¹⁷. Dall'analisi dei dati dell'offerta di cura in Regione Sicilia, emerge una copertura ancora limitata rispetto al fabbisogno, in particolare in alcune province che attualmente non dispongono di una copertura sufficiente.

2.2.1. Gestione attuale delle dimissioni da stroke unit dei pazienti post-ictus

Si riportano in questa sezione le modalità di dimissione dei pazienti con ictus da reparti per acuti, condivisi dall'Agenas nella Relazione Conclusiva del Gruppo Tecnico per l'elaborazione di proposte per l'attuazione e l'evoluzione della rete assistenziale dell'ictus. Tale dato è un indicatore per l'accesso alla riabilitazione e consente di evidenziare il flusso percentuale dei pazienti che accede alle cure riabilitative in prosecuzione immediata della fase di acuzie in Sicilia nell'anno 2021.



3. Modalità di dimissione da stroke unit dei pazienti post-ictus (Agenas 2021)

Dall'attuale situazione della distribuzione percentuale delle dimissioni da stroke unit in Sicilia emerge che, al netto del 12% di pazienti deceduti, il 53% dei pazienti viene dimesso al domicilio, mentre la restante parte viene gestita dalla rete ospedaliera o territoriale. Una parte così ampia di pazienti dimessi al domicilio è rappresentata dai pazienti dimessi grazie anche ad un tempestivo trattamento di riperfusione con trombolisi e/o trombectomia, pratica divenuta di routine in Sicilia, e conseguente recupero per cui non è richiesta riabilitazione. Tuttavia, è bene precisare che esiste una grande eterogeneità della modalità di dimissioni tra i vari bacini territoriali.

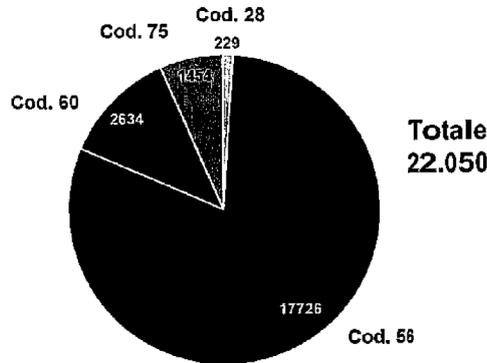
Una criticità di tale indicatore consiste nella non attivazione di una Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitativa (SDO-R), tramite cui sarebbe possibile identificare rapidamente i trattamenti eseguiti e gli esiti funzionali, nonché la disomogeneità della popolazione inviata ai diversi setting riabilitativi. L'adozione della SDO-R, di prossima implementazione su base nazionale (volontaria dal 01/01/2023, obbligatoria dal 01/01/2024), può andare a risolvere la suddetta criticità.

¹⁶ Focus discipline post-acuzie: posti letto programmati (D.A. 22/2019 e ss.mm.ii) e attivi (HSP. 12 e 13 anno 2023), Regione Sicilia, 2023

¹⁷ RITB (Rete Italiana Tossina Botulinica)

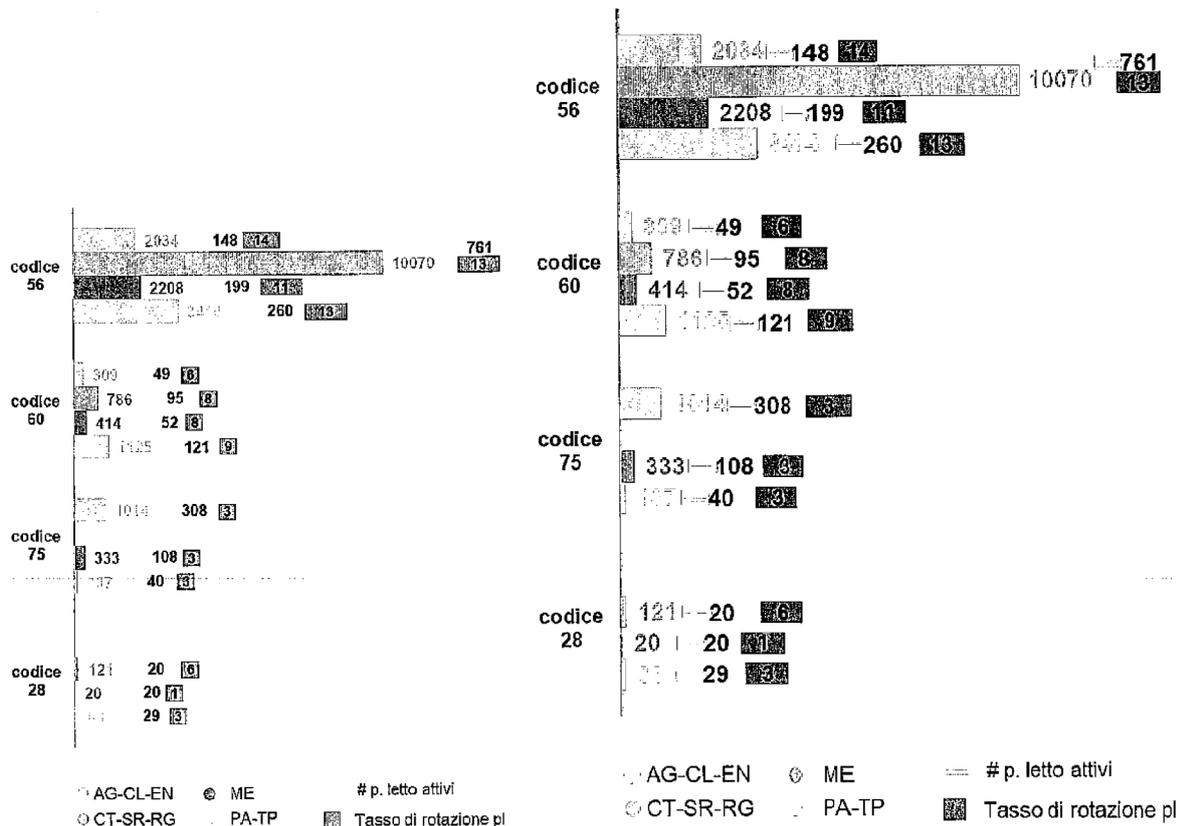
2.2.2. *Condivisione dei dati sui ricoveri di riabilitazione post-ictus*

Dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del 2022 dei reparti di riabilitazione della Regione Sicilia, risultano 22.050 ricoveri, di cui l'80% in reparti di riabilitazione cod.56, 12% in cod.60, 7% in cod.75 e l'1% in cod.28.



4. *Distribuzione dei ricoveri nel setting di riabilitazione ospedaliera (SDO 2022, Regione Siciliana)*

A livello di comparto, è riportata di seguito la distribuzione dei ricoveri nei vari setting di riabilitazione ospedaliera (cod. 56, 60, 75, 28), con relativo numero di posti letto attivi e tasso di rotazione del posto letto.



5. *Distribuzione dei ricoveri, all'interno dei vari setting di riabilitazione, per comparto. Dettaglio su numeri di posti letto attivi e tasso di rotazione*

Relativamente alle diagnosi, i ricoveri post-ictus¹⁸ risultano essere stati in totale 3.006 nel 2022, di cui 1.969 (66%) trattati in strutture riabilitative cod.56, 683 (23%) in cod. 60, 346 (12%) in cod. 75 e 8 in cod. 28.

Nell'Allegato 3 sono riportate le prime 5 diagnosi trattate nei reparti di riabilitazione dei diversi comparti, con la distinzione tra le strutture pubbliche e le strutture private.

Inoltre, nell'Allegato 4 sono riportate le tavole dettagliate, divise per comparto, delle diagnosi trattate in ogni struttura riabilitativa (pubblica e privata accreditata) codice 56 e codice 60, e della degenza media post-ictus.

¹⁸ Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

2.2.3. Modifiche ai setting di riabilitazione ospedaliera e nuovi criteri di appropriatezza

In data 5 agosto 2021, è stato approvato il Decreto Ministeriale "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri" che prevede la modifica del codice 56 in 56a, 56b e 56c a seconda dei servizi di cura e dei livelli di intensità riabilitativa offerti. Pertanto, si riportano di seguito le specifiche dei nuovi codici e si determinano i criteri di appropriatezza¹⁹ affinché vengano soddisfatte al meglio alle esigenze del paziente. Nell'Allegato 4 sono riportati criteri di accesso per le diverse tipologie di setting, così definite:

- **Recupero e Riabilitazione Funzionale:**
 - U.O. di riabilitazione ad alta complessità cod.56a
 - U.O. di riabilitazione intensiva a minore complessità cod.56b
- **Recupero e Riabilitazione Funzionale:**
 - U.O. di riabilitazione estensiva: cod.56c
- **Neuroriabilitazione:** UU.OO. afferenti alla disciplina «Neuroriabilitazione» cod.75
- **Riab. Territoriale**
 - **Intensiva:** Day service riabilitativo (DSR)
 - **Estensiva:** Ambulatoriale, residenziale/semiresidenziale, cure domiciliari (AD²⁰) o (PA²¹)

Nell'Allegato 5 sono riportati i criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

La normativa regionale per la definizione dei requisiti delle strutture riabilitative non prevede i requisiti delle nuove cod. 56 a, b, c, definite dal Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 e riportate nel presente documento. Pertanto, per la definizione di tali requisiti, si rimanda a successive normative ministeriali o integrazioni al presente documento.

19 Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, Ministero della Salute, 2021;
D.M. 05/08/21, Criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, Ministero della Salute, 2021;
Percorso Assistenziale per la presa in carico del paziente con Ictus Cerebrale, Regione Friuli-Venezia Giulia, 2015;
Linee guida diagnostica-terapeutica e assistenziale: ictus cerebrale, Ospedale Niguarda, 2000

20 Assistenza Domiciliare Integrata

21 Percorso di Assistenza Individualizzato

III. Il percorso riabilitativo del paziente post-ictus

III.1 Obiettivi prioritari del percorso post-ictus

A fronte delle discussioni, il gruppo di lavoro, dopo essersi confrontato sui setting organizzativi, le attività, i professionisti della salute coinvolti, le criticità, i timing e gli strumenti di supporto disponibili²² sulle fasi chiave del percorso, ha identificato una serie di priorità di intervento su cui focalizzare la concertazione degli sforzi dei professionisti della salute per garantire la qualità delle esperienze di cura del paziente, la sostenibilità dei percorsi e i migliori outcome clinici.

Il gruppo di lavoro ha identificato le seguenti priorità:

- Definire un **Percorso riabilitativo** paziente tempo-dipendente;
- Applicare un **"Red flag"** in fase di diagnosi ai **pazienti ad alto rischio di danno funzionale** complesso post-dimissione;
- Individuare un set di **indicatori clinici** per l'indirizzo del paziente verso il setting riabilitativo appropriato;
- Identificare un **codice di priorità per la riabilitazione dei pazienti post-ictus** in modo da garantire la presa in carico tempestiva delle strutture riabilitative eliminando i tempi di attesa;
- Distinguere tra **follow-up clinico** (stroke unit o reparto di degenza) e **follow-up riabilitativo** (struttura riabilitativa che prende in carico il paziente);
- Stabilire un **obbligo di prenotazione** in fase di dimissione dei **follow-up** clinici e riabilitativi, con indicazione della data e dell'ambulatorio di riferimento nella **lettera di dimissione**;
- Suddividere le **responsabilità di presa in carico** del paziente in base alla modalità di follow up (clinico e/o riabilitativo);
- Attivare dei **Dipartimenti di Riabilitazione** in tutte le province, quale ente responsabile del coordinamento e monitoraggio delle attività di riabilitazione tra ospedale e il territorio;
- Stabilire degli **indicatori di percorso** per garantire il **controllo e il monitoraggio degli esiti clinici e organizzativi** del percorso riabilitativo;
- Gestire il PRI all'interno del **Fascicolo Sanitario Elettronico** e garantire l'accesso a tutte le strutture del S.S.R.;

Inoltre, per il percorso di riabilitazione dei pazienti con spasticità post-ictus:

- Definire un **percorso terapeutico mediante albero decisionale**, identificando le terapie percorribili a seconda della gravità e persistenza della **spasticità**;
- Individuare tutti i **centri di riferimento per l'inoculazione** della tossina botulinica.

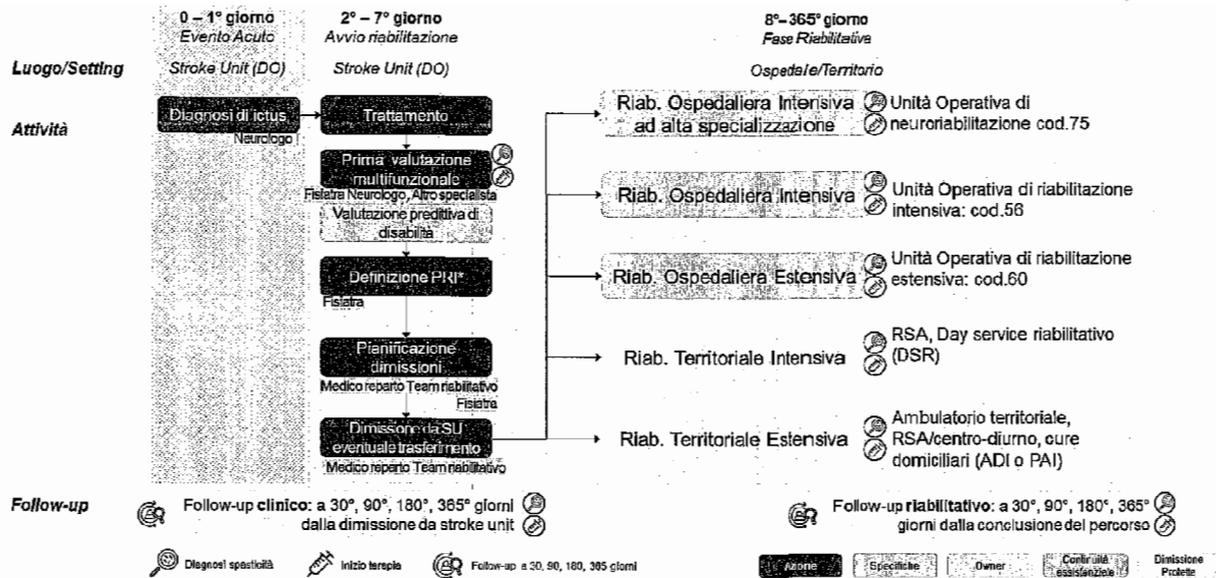
Nei paragrafi successivi vengono approfondite le diverse fasi del percorso.

III.2 Executive Summary

3.2.1. Executive Summary: Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit

Di seguito è riportato lo schema esplicativo del percorso del paziente nella fase di avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit:

²² Percorso Assistenziale per la presa in carico del paziente con Ictus Cerebrale, Regione Friuli-Venezia Giulia, 2015;
Linee guida diagnostica-terapeutica e assistenziale: ictus cerebrale, Ospedale Niguarda, 2000;
Percorso Diagnostico Assistenziale Riabilitativo per Ictus Cerebrale, Regione Veneto, 2013;
Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery, AHA/ASA Guideline 2016;
Consensus degli esperti europei per migliorare la selezione dei pazienti e il management della spasticità con tossina botulinica, National Library of Medicine, 2022



6. Percorso paziente dall'evento acuto alla fase riabilitativa. Nell'Allegato 7 è disponibile lo zoom dell'immagine.

Tabella Attività di avvio della riabilitazione

Allegato 5. Criteri di accesso al setting riabilitativo

Per il monitoraggio dello stato di disabilità del paziente nel decorso riabilitativo post-ictus, si raccomanda il seguente set minimo di **KPI clinici**:

INDICATORI CLINICI		
TIPOLOGIA	KPI	TIMING
Clinico-Funzionali	<ul style="list-style-type: none"> • Livello del tono muscolare secondo scala di Ashworth (per localizzazione corporea)* • Valutazione della capacità di utilizzo dell'arto superiore (scala DASH) • Modifica del livello di indipendenza del singolo (es. igiene personale, mangiare in autonomia) (scala WHODAS) • Modifica della partecipazione e delle attività della vita quotidiana (scala WHODAS, Barthel Index, Rankin, Barthel Index Dispnea**) • Modifica della forza muscolare e abilità motorie (Motricity Index, elettromiografia)* • Modifica della presenza di dolore (con distinzione tra arto inferiore o superiore)* • Modifica del livello di difficoltà a stare in posizione eretta (attenzione se elevata difficoltà dopo 15 giorni) • Modifica del livello di difficoltà a camminare (attenzione se elevata difficoltà dopo 15 giorni)* (scala WHODAS, FAC, 6MWT**) • Rilevanza livello disfagia (test strumentali: es. VFG, FEES) • Rilevanza livello afasia/disturbo della comunicazione (es. comunicazione e relazioni interpersonali) (scala WHODAS) • Rilevanza del deficit cognitivo* (es. neglect) (GCS**, GCS extended**, Scala Level Cognitive Functioning**, BIT) • Livello di lesione midollare e spinale (ASIA Impairment Scale**, Spinal Cord Independency Measure**) • Livello di assistenza necessaria al paziente (Rehabilitation Complexity Scale) • Valutazione della vigilanza del paziente (CRSr) 	Valutazione multidimensionale / PRI

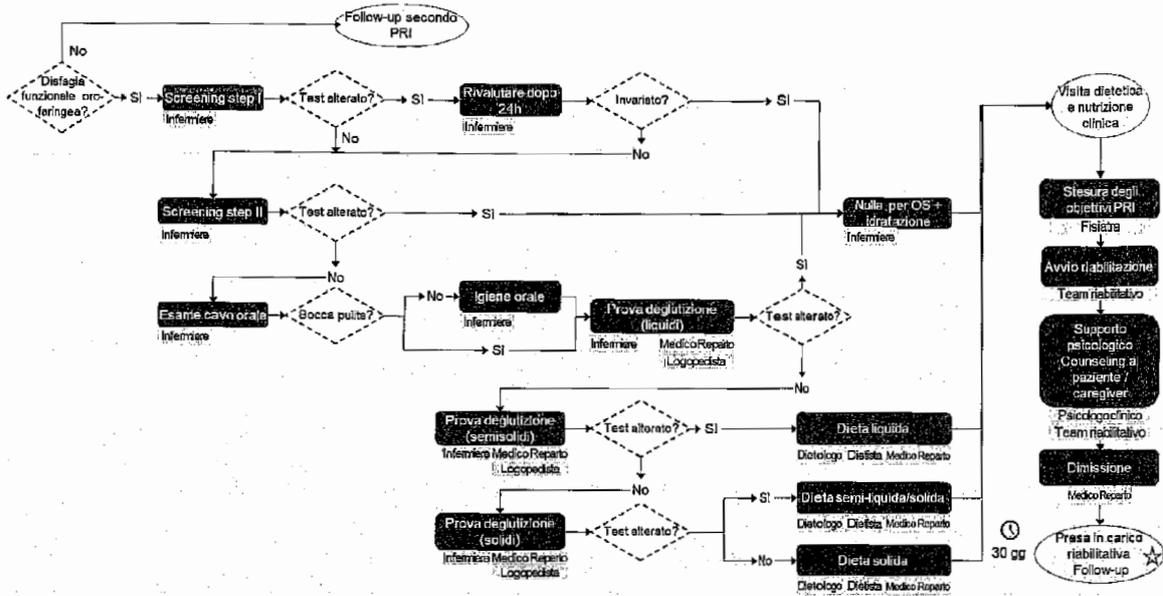
* Set minimo di indicatori da valutare in caso di pazienti **ad alto rischio di danno funzionale** complesso post-dimissione ("red flag")

**Scale obbligatorie da inserire nella SDO-R

Approfondimento Disfagia post-ictus

Relativamente alla gestione della presa in carico del paziente con disfagia post-ictus in stroke unit / neurochirurgia / neurologia, si rimanda al percorso sottostante:

Stroke Unit / Neurologia / Neurochirurgia



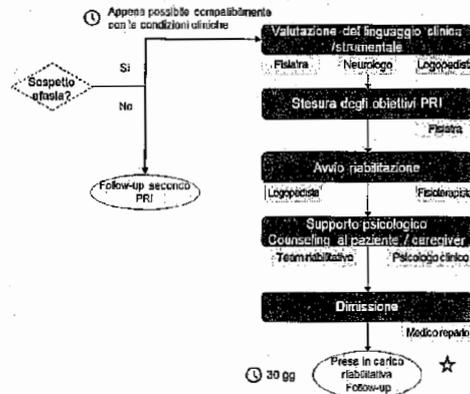
7. Albero decisionale per la definizione della corretta gestione del paziente con sospetta disfagia post-ictus. Nell'Allegato 8 è disponibile lo zoom dell'immagine.

Tabelle Attività di avvio della riabilitazione disfagia post-ictus

Approfondimento Afasia post-ictus

Relativamente alla gestione della presa in carico del paziente con afasia post-ictus in stroke unit / neurochirurgia / neurologia, si rimanda al percorso sottostante:

Stroke Unit / Neurologia / Neurochirurgia

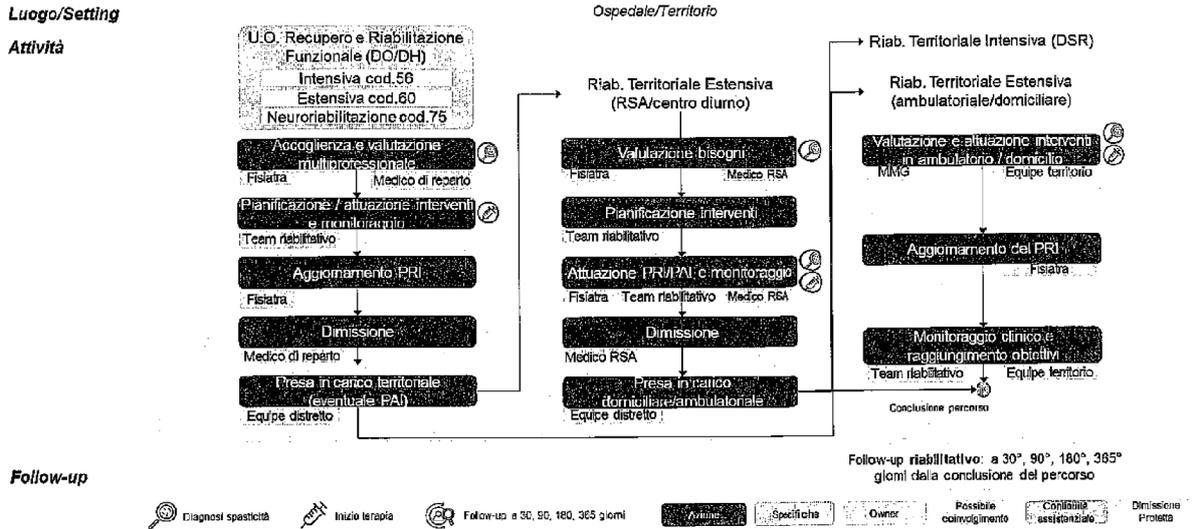


8. Albero decisionale per la definizione della corretta gestione del paziente con sospetta afasia post-ictus. Nell'Allegato 9 è disponibile lo zoom dell'immagine.

Tabelle Attività di avvio della riabilitazione afasia post-ictus

3.2.2. Executive Summary: Continuità della presa in carico nei setting di riabilitazione e follow-up

Di seguito, l'immagine esplicativa del percorso:



9. Attività della riabilitazione. Nell'Allegato 10 è disponibile lo zoom dell'immagine

Tabella attività riabilitative

Tabella attività 'Tossina Botulinica'

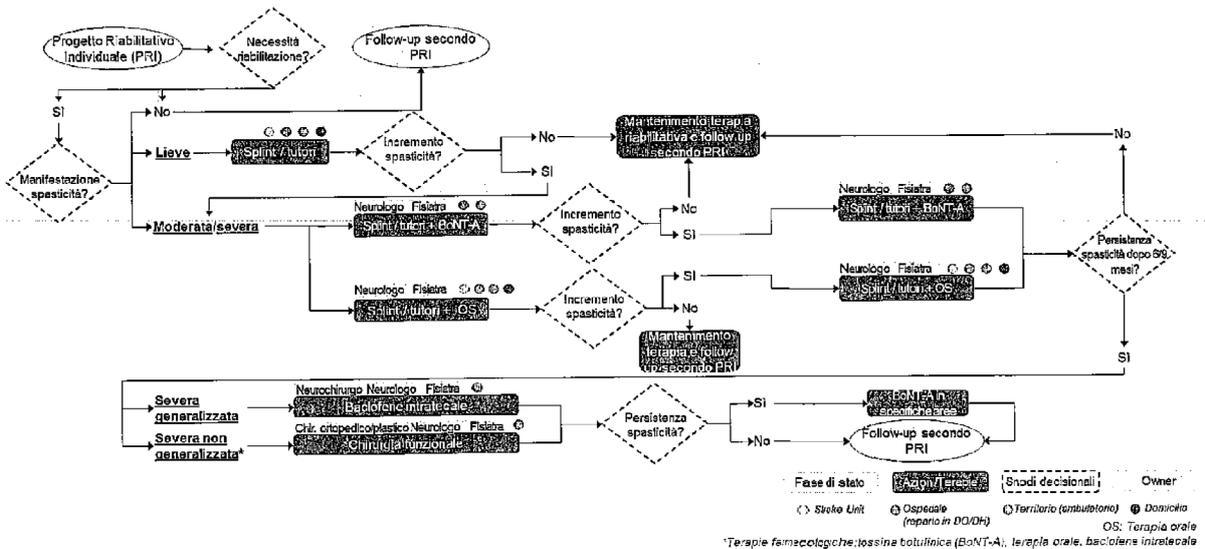
Tabella attività 'Esercizio terapeutico'

Tabella attività 'Terapia Orale'

Per ulteriori dettagli, si rimanda al paragrafo Focus: Gestione del follow-up.

Approfondimento Riabilitazione Spasticità post-ictus

Di seguito è riportato lo schema dell'albero decisionale per la definizione della corretta terapia con un focus particolare sul trattamento della spasticità post-ictus:



10. Albero decisionale per la definizione della corretta terapia. Nell'Allegato 11 è disponibile lo zoom dell'immagine.

Tabella attività della riabilitazioneTabella attività 'Tossina Botulinica'Tabella attività 'Esercizio terapeutico'Tabella attività 'Terapia Orale'**III.3 Focus: Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit**

Durante la **fase sub-acuta**, il fisiatra effettua una prima valutazione multifunzionale del paziente, fondamentale per misurare in modo adeguato il livello di disabilità ed "indirizzare" il paziente verso un opportuno percorso riabilitativo. In particolare, in questa fase risulta opportuna una valutazione "predittiva" di disabilità, mediante l'utilizzo di apposite scale di misurazione (es. Ashworth) che accompagneranno il paziente nel percorso riabilitativo, consentendo il monitoraggio delle eventuali variazioni che potranno indurre la modifica della terapia. In questa prima fase, oltre alla valutazione multifunzionale, **il fisiatra predispone il progetto riabilitativo individuale (PRI)**, individua il setting riabilitativo più appropriato **e, congiuntamente al neurologo**, attiva la presa in carico dei servizi successivi alla dimissione²³.

La definizione di un **percorso prioritario post-stroke** è un punto cruciale per alleggerire il peso sulle stroke unit. La fase della diagnosi e dell'avvio della riabilitazione per pazienti con ictus ischemico dovrebbe normalmente prevedere una degenza media di 5-7 giorni, salvo particolari condizioni di comorbidità che possono portare ad un aumento dei tempi di degenza. Emerge tuttavia che i tempi di degenza sono talvolta superiori anche a causa di ritardi sia nella fase diagnostica che nel trasferimento ai vari setting riabilitativi.

La creazione del PDTA avrà l'obiettivo, oltre che stabilire un percorso prioritario post-stroke e definire gli operatori coinvolti, anche di definire gli standard qualitativi della prestazione erogata.

Durante la degenza in Stroke Unit (o in Neurologia / Neurochirurgia / Rianimazione o altra U.O.) viene effettuata la profilazione funzionale del paziente.

Il **team riabilitativo** è composto da fisiatra (responsabile legale), medici specialisti coinvolti a vario titolo (neurologo, dietologo, otorinolaringoiatra, foniatra, etc), terapeuta occupazionale, infermiere, operatore sociosanitario, nutrizionista, dietista, fisioterapista, logopedista, psicologo, neuropsicologo, assistente sociale, paziente e caregiver.

In questa fase viene eseguita una **valutazione multifunzionale del paziente**, in cui si identifica il tipo di disabilità e la sua gravità attraverso le scale di valutazione, nelle seguenti aree di disabilità:

- *Condizioni motorie*: flaccidità e spasticità, forza muscolare, destrezza motoria, capacità di deambulazione, controllo posturale, patologie osteoarticolari associate;
- *Compromissione sensitiva*: ipoestesia, anestesia, sindrome dolorosa distrettuale;
- *Comunicazione verbale*: disturbi del linguaggio;
- *Funzioni cognitive*: compromissione globale e delle singole funzioni;
- *Funzioni timiche*: depressione dell'umore, motivazione, relazioni interpersonali, controllo dell'emotività, disinibizione;
- *Abilità nutrizionale e funzioni dell'apparato digerente*: disfagia, controllo sfinterico;
- *Condizioni sociali*: stato socio-familiare.

Per effettuare una **valutazione predittiva di disabilità** si raccomanda l'utilizzo delle seguenti scale di valutazione (oltre ad eventuali ulteriori scale obbligatorie per l'alimentazione del tracciato C della SDO-R):

- **Scala di Ashworth**: strumento utilizzato per valutare il livello del tono muscolare e della spasticità
- **Scala DASH** (Disability of the Arm, Shoulder and Hand): strumento di autocompilazione da parte del paziente per valutare la funzione dell'arto superiore

23 D.P.C.M. 12/01/17, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Art. 44), Gazzetta Ufficiale, 2017

- **Scala WHODAS:** strumento utilizzato per misurare la salute e la disabilità secondo sei domini: attività cognitive, mobilità, cura di sé, relazioni interpersonali, attività della vita quotidiana, partecipazione vita sociale
- **Barthel Index:** strumento utilizzato per valutare le attività di vita quotidiana (ADL) che un adulto compie in autonomia e senza bisogno di assistenza
- **Motricity Index:** scala per misurare la forza muscolare e le abilità motorie degli arti, prevedendo la funzione motoria globale e la disabilità complessiva futura
- **Scala FAC (Functional Ambulation Categories):** test per valutare l'abilità di deambulazione e la necessità di strumenti di supporto
- **Scala di Rankin:** strumento clinico di valutazione del livello di inabilità totale ad uso prevalente dell'infermiere
- **NHSS:** strumento clinico per misurare quantitativamente il deficit neurologico, correlato alla gravità dei pazienti con ictus
- **CRS:** strumento clinico per la valutazione dei disordini di coscienza nella persona con grave cerebrolesione acquisita

Di seguito il dettaglio delle attività eseguite durante l'avvio della riabilitazione, con un focus sul setting, l'attore, le attività, i timing e i tool di riferimento:

AVVIO DELLA RIABILITAZIONE					
Luogo/setting	#	Attività	Attore	Timing	Strumenti
Stroke Unit / Neurologia / Neurochirurgia / Rianimazione	1	Inquadramento funzionale del paziente mediante valutazione predittiva di disabilità, con esame neurologico e di alterazione del tono (distonìa), valutazione della sede della lesione, del dolore percepito, dei disturbi sfinterici maggiori (urocontrol, incontinenza), valutazione secondo canoni ICF (motorio, partecipazione ADL, fattori ambientali, limitazioni alle attività), stabilità clinica, comorbidità, entità disabilità, disturbi linguaggio/cognitivi, disfagia, stato psicologico con valutazione depressione	R: Fisiatra /Neurologo C: Team riabilitativo	2°-7° giorno dall'evento acuto	Fisiatra: scala di Ashworth Modificata, motricity index, scala FAC, scala DASH e WHODAS Neurologo: scala di Rankin, NIHSS Criteri stabilità clinica internistica Trunk Control Test, test dell'acqua (disfagia), del linguaggio Esame obiettivo e bladder scanner Scala di Barthel
	2	Definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)	R: Fisiatra		Progetto Riabilitativo Individuale
	3	Identificazione della strategia riabilitativa più adeguata (valutazione del setting riabilitativo, del deficit/inabilità del paziente e del supporto assistenziale ed economico)	R: Fisiatra C: team riabilitativo		
Setting riabilitativo	4	Articolazione del sotto-progetti (pri) – programmi riabilitativi	R: Fisiatra C: Team riabilitativo		
Ospedale / Setting riabilitativo	5	Aggiornamento del PRI a fine ricovero (entro 60 giorni o a seguito di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di breve-medio-lungo termine)	R: Fisiatra	All'avvio / Fine della riabilitazione	

#	CRITICITÀ	SOLUZIONI
1	Occorrenza di complicanze neurologiche e sistemiche	Trasferimenti nei reparti appropriati
2	Difficoltà di diagnosi nei casi in cui la spasticità si manifesta conseguentemente alla dimissione del paziente	Identificazione di elementi predittivi (Red Flag) per identificare i pazienti ad alto rischio di danno funzionale complesso
<i>Ritorno Figura Percorso Avvio della Riabilitazione in Stroke unit</i>		

Nell'Allegato 12 e nell'Allegato 14 è possibile trovare rispettivamente la scala di Ashworth modificata e la checklist degli elementi predittivi di spasticità ("Red flag").

In merito alle criticità della fase di presa in carico del paziente in fase sub-acuta, la definizione di un percorso post-ictus consente di trasferire il paziente nel setting di riabilitazione più appropriato in tempi brevi, con l'obiettivo di garantire un rapido turn over del posto letto in stroke unit per garantire una focalizzazione della stessa sulla presa in carico in fase acuta. Si evidenzia che l'Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030, importante documento promosso dalla European Stroke Organization e dalla Stroke Alliance for Europe, definisce tra gli obiettivi prioritari da **raggiungere entro il 2030 il trattamento di più del 90% dei pazienti colpiti da ictus all'interno delle stroke unit**, come primo livello di cura. **La dimissione da stroke unit deve avvenire entro 7 giorni di degenza** con lettera di dimissione del medico di reparto a cui viene allegato il PRI redatto dal Fisiatra. A tutti i pazienti dimessi a domicilio, oltre alla lettera di dimissioni con l'indicazione dei controlli clinici e diagnostici necessari, devono essere già prenotate le visite di follow-up clinico e/o riabilitativo presso l'ambulatorio individuato.

Di seguito, il dettaglio delle attività nella fase di referral e dimissioni, con un focus sul setting, le attività, le figure coinvolte, il timing e i tool di riferimento:

REFERRAL E DIMISSIONI					
Provenienza	#	Attività	Attore	Timing	Strumenti
Reparto di degenza (Osp./Stroke unit)	1	Attivazione del percorso di dimissioni			
	2	Verifica continuità delle cure (continuità clinico-assistenziale e riabilitativa), segnalazione precoce del paziente al distretto, indicazione follow-up al MMG, programmazione trasporto e ingresso in struttura riabilitativa (identificazione bisogni assistenziali, stanza appropriata)	R: Medico di reparto	Dal 2° giorno dall'evento acuto	
	3	Consegnare primo ciclo terapia farmacologica (es. terapia cerebro-vascolare con trombolitici, anticoagulanti)	C: Fisiatra, team riabilitativo		
	4	Definizione operatori del team, scadenze e programma per valutare la progressione			
	5	Programmazione del contatto con il territorio, riunioni con MMG, ass. sociale territoriale			
	6	Compilazione di una relazione clinica e informativa sulla menomazione, disabilità ed eventuali problemi sociali da inviare alla struttura di accoglienza	R: Medico di reparto C: Team riabilitativo		Modulo di richiesta di trasferimento (Allegato 15)
	7	Accoglienza del paziente nella struttura identificata e prima valutazione, colloquio con familiari e individuazione del team professionale, riunione per l'individuazione dei problemi	R: Medico di reparto C: Fisiatra, Team riabilitativo	Dall'8° giorno dall'evento acuto	

#	CRITICITÀ	SOLUZIONI
1	Possibile mancanza di indicazione per successive visite di follow-up	Indicare in lettera di dimissione la data dell'appuntamento e l'ambulatorio di riferimento per il follow-up clinico (visita di controllo)
1	Scarso livello informativo circa la disponibilità di posti letto e offerta sanitaria riabilitativa	Attivazione dei Dipartimenti di Riabilitazione in tutte le province-
2	Crucialità della gestione della continuità assistenziale e passaggio da stroke unit a setting riabilitativo	
2	Poca chiarezza su chi ricadono le responsabilità del follow-up	• Differenziare il follow up clinico (stroke unit o reparto di degenza), dal follow up riabilitativo (struttura che ha preso in carico il paziente)
2	Carico pazienti del MMG eccessivo per garantire il rispetto dei follow-up	Prenotazione in fase di dimissione dei follow-up clinici e/o riabilitativi

Nell'Allegato 14 è possibile trovare la checklist dei contenuti minimi da inserire della lettera di dimissioni.

3.3.1 Approfondimento: Disfagia post-ictus

Le figure coinvolte nella presa in carico e nel trattamento riabilitativo del paziente con disfagia post-ictus dipendono dal setting in cui il paziente si trova: **neurologo, neurochirurgo, fisiatra, foniatra, dietologo, otorinolaringoiatra, infermiere, logopedista, fisioterapista, dietista/nutrizionista e OSS.**

I responsabili delle attività di riabilitazione:

- **Medico specialista:** Fisiatra / Neurologo / Dietologo / Otorinolaringoiatra nel caso in cui il paziente si trovi in un setting di riabilitazione ospedaliera o in un setting di riabilitazione territoriale (RSA, centro diurno);

- **Altre figure specializzate:** Logopedista, Fisioterapista, Dietista/Nutrizionista, Psicologo, Infermiere OSS;
- **Medico ADI** (Fisiatra o altro specialista) in caso di paziente a domicilio con ADI attiva;
- **Specialista ambulatoriale** (Fisiatra / Neurologo / altro specialista) nel caso di riabilitazione ambulatoriale.

Entro 24-48 ore dal ricovero in Stroke Unit/Neurologia/Neurochirurgia, è necessario procedere alla valutazione della presenza di disfagia attraverso **screening dei deficit deglutitori** da parte di personale infermieristico qualificato.

Qualora si osservassero delle anomalie durante la valutazione, devono essere sospese le somministrazioni orali di liquidi, alimenti e farmaci e deve essere richiesta una consulenza specialistica per una valutazione più approfondita.

Di seguito, sono riportate le attività principali durante questa fase, con un focus sul setting, gli attori coinvolti e il timing:

DISFAGIA POST-ICTUS – DIAGNOSI E AVVIO DELLA RIABILITAZIONE				
Reparto	#	Attività	Attore	Timing
Stroke unit/ Neurologia / Neurochirurgia	1	Screening della deglutizione - Step I: paziente sveglio, vigile, controlla la saliva? - Step II: tosse volontaria efficace, in grado di leccarsi le labbra, respirazione senza difficoltà, voce normale - Prova di deglutizione (cibi liquidi / semisolidi / solidi)	R: Medico di reparto, Infermiere	24-48 ore
		Valutazione anamnestica, clinica e strumentale		
	2	Avvio della dieta in relazione al grado di disfagia del paziente, con monitoraggio costante della deglutizione da parte del personale infermieristico, in attesa delle visite specialistiche	R: Medico di reparto, Infermiere	
	3	Valutazione dello stato nutrizionale ; valutazione delle ingestioni; definizione dei fabbisogni nutrizionali teorici; formulazione dell'obiettivo dell'intervento; Identificazione delle vie di nutrizione da utilizzare, consistenza degli alimenti e dei liquidi) e impostazione della dieta.	R: Medico specialista C: Dietista/Nutrizionista	
	4	Avvio del progetto/trattamento riabilitativo: - Tecniche di compenso - Tecniche terapeutiche	R: Medico di reparto, Team riabilitativo	Entro 4 giorni dall'evento acuto

Ritorno al Percorso di Avvio della riabilitazione in Stroke Unit – Disfagia

3.3.2 Approfondimento: Afasia post-ictus

Le figure professionali coinvolte a vario titolo nelle attività di riabilitazione di un paziente afasico dipendono dal setting in cui il paziente si trova:

- **Medico Specialista:** Fisiatra, Neurologo, Foniatra, Otorinolaringoiatra nel caso in cui il paziente si trovi in un setting di riabilitazione ospedaliera o in un setting di riabilitazione territoriale (RSA, centro diurno);
- **Altre figure specializzate:** Logopedista, Fisioterapista, Psicologo, Infermiere, OSS;
- **Medico ADI** (Fisiatra o altro specialista) in caso di paziente a domicilio con ADI attiva;
- **Specialista ambulatoriale** (Fisiatra/Neurologo /altro specialista) nel caso di riabilitazione ambulatoriale.

Data l'ampia eterogeneità dei disturbi afasici, la prima valutazione clinica effettuata dal neurologo/neuropsicologo/logopedista deve essere seguita da una valutazione formale, effettuata mediante la somministrazione di batterie standardizzate di prove.

Nel caso in cui a seguito della valutazione clinica emergano criticità, è raccomandata l'istituzione di un percorso riabilitativo logopedico da parte di professionisti sia in fase acuta che cronica²⁴.

24 Mattioli F. The clinical management and rehabilitation of post stroke aphasia in Italy: evidences from the literature and clinical experience. *Neurol Sci.* 2019;40(7):1329-1334

Di seguito, sono riportate le attività principali durante questa fase, con un focus sul setting, gli attori coinvolti e il timing:

AFASIA POST-ICTUS – DIAGNOSI E AVVIO DELLA RIABILITAZIONE				
Reparto	#	Attività	Attore	Timing
Stroke unit/ Neurologia / Neurochirurgia	1	Visita specialistica per valutazione del linguaggio (indagine anamnestica, valutazione clinica, indagini strumentali)	R: Medico specialista C: Logopedista	Appena possibile compatibilmente con le condizioni cliniche
	2	Avvio del progetto/trattamento riabilitativo: - Tecniche di compenso - Tecniche terapeutiche	R: Medico di reparto, Team riabilitativo	Entro 4 giorni dall'evento acuto

Ritorno al Percorso di Avvio della riabilitazione in Stroke Unit – Afasia

III.4 Focus: Continuità della presa in carico nei setting di riabilitazione

La riabilitazione ospedaliera è avviata con l'accoglimento del paziente e la comunicazione alla famiglia del percorso riabilitativo atteso e con l'avvio delle prime valutazioni mediche, infermieristiche, fisioterapiche e logopediche, attraverso le scale di valutazione di disabilità e complessità.

Nei primi giorni dall'ammissione nella struttura viene svolto un approfondimento valutativo multidisciplinare da parte del fisiatra e del team riabilitativo e viene attuato il PRI e/o revisionata la versione avviata durante la degenza per acuti.

Entro i primi 4-6 mesi il team riabilitativo tratta l'eventuale spasticità post-ictus con procedure reversibili modulabili come la terapia riabilitativa, occupazionale, ortesica, farmacologica e terapia del dolore (per mezzo di splint o tutori), inoculazione del BoNT-A, terapia orale sistemica.

Inoltre, il fisiatra con il team riabilitativo e con il consulto del medico di reparto pianifica ulteriori interventi come l'assunzione di farmaci, l'alimentazione, l'assistenza ADL, il PAI/PRI, approfondimenti diagnostici.

A conclusione del percorso riabilitativo ospedaliero, il medico di reparto pianifica la dimissione e prepara la lettera di dimissione, con indicazione degli appuntamenti delle visite di follow-up (clinico e/o riabilitativo) e con allegato il PRI redatto dal fisiatra.

Di seguito il dettaglio delle attività della riabilitazione ospedaliera, con focus sul setting, le figure coinvolte, le attività, i timing e i tool di riferimento:

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA					
Setting	#	Attività	Attore	Timing	Strumenti
Riabilitazione ospedaliera (cod. 56, 60, 75)	1	Accoglienza del paziente, comunicazione alla famiglia/ assistente sociale della prognosi riabilitativa e prime valutazioni (medica, infermieristica, fisioterapica, logopedica (con focus valutazione disfagia))	R: Fisiatra/Medico di Reparto C: team riabilitativo	All'ingresso	Scale mandatarie: Scala di Rankin, Barthel, Barthel dispnea, 6MWT, GCS, GCS-extended, RCS, Scala Level Cognitive Functioning, Spinal Cord Independency Measure, ASIA Impairment Scale Suggestite: Scala di Ashworth Modificata, Motricity Index, scala FAC, scala DASH e WHODAS, NIHSS Criteri stabilità clinica Internistica, Trunk Control Test, test dell'acqua (disfagia), del linguaggio Esame obiettivo e bladder scanner
	2	Approfondimento valutativo multiprofessionale (Identificazione componenti team riabilitativo e avvio approfondimenti clinico-riabilitativi) – valutazioni terapia occupazione, sociale etc.		Entro 8 giorni	
	3	Revisione, attuazione del PRI, e/o revisione della versione avviata durante la degenza per acuti, e monitoraggio		Entro 8 giorni	
	4	Trattamento della spasticità con procedure reversibili modulabili: terapia riabilitativa, farmacologica e terapia del dolore (splint/tutori, inoculazione BoNT-A, terapia orale sistemica); o procedure irreversibili (che cambiano morfologicamente la struttura del paziente): chirurgia funzionale	R: Fisiatra		Linee guida AHA/ASA
	5	Planificazione ulteriori interventi (assunzione farmaci, alimentazione, assistenza ADL, PAI/PRI, approfondimenti diagnostici)	C: team riabilitativo	Procedure reversibili nei primi 4-6 mesi, procedure irreversibili oltre 6 mesi	Scale mandatarie: Scala di Rankin, Barthel, Barthel dispnea, 6MWT, GCS, GCS-extended, RCS, Level Cognitive Functioning, Spinal Cord Independency Measure, ASIA Impairment Scale Suggestite: Ashworth Modificata, Motricity Index, FAC, DASH e WHODAS, NIHSS Criteri stabilità clinica internistica, Trunk Control Test, test dell'acqua (disfagia), del linguaggio Esame obiettivo e bladder scanner
	6	Programmazione dimissione (precoce a domicilio, ordinaria, RSA, centro residenziale, semiresidenziale), follow up (prenotazione visita follow up riabilitativo a 30 giorni) e invio lettera di dimissione all'MMG	R: Medico di reparto C: team riabilitativo, equipe distretto I: MMG	Entro 30 giorni dal ricovero	
	7	Presenza in carico territoriale (eventuale elaborazione PAI comprensivo del programma riabilitativo)	R: equipe distretto, ADI/ medico RSA I: MMG		

Ritorno Fiara Percorso Continuità della presa in carico della riabilitazione

Ritorno Albero decisionale

La riabilitazione in setting territoriale residenziale o semiresidenziale è gestita dal medico della struttura riabilitativa (Fisiatra) in coordinamento con il Dipartimento di Riabilitazione provinciale che ha la funzione di raccordo con altre strutture ospedaliere della rete in caso di terapie combinate.

Di seguito, il dettaglio delle attività di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, con un focus sul setting, le figure coinvolte, le attività, i timing e i tool di riferimento:

Setting	#	Attività	Attore	Timing
---------	---	----------	--------	--------

DSR, Ambulatorio, Domicilio	1	Attivazione ADI in caso di dimissione protetta (effettuata in ospedale alla dimissione o, in caso sia possibile, dal MMG)	R: Medico del reparto I: MMG, Caregiver	Entro 48 h dal rientro a domicilio
	2	Valutazione adattamento ambiente domestico	R: equipe territoriale R: fisiatra/ neurologo presso ambulatorio, MMG	Entro un mese dalla dimissione, ad intervalli regolari durante il primo anno
	3	Valutazione necessità servizi riabilitativi continuativi		
	4	Valutazione paziente con «Red Flag» per la spasticità		
	5	Valutazione oneri del caregiver		
	6	Revisione PAI e aggiornamento obiettivi riabilitativi e assistenziali		
	7	Attuazione interventi a domicilio e/o ambulatoriali (monitoraggio attività e stato del paziente)	R: equipe territoriale	Come da PAI
	8	Coordinamento con altre strutture della rete in caso di terapie combinate non gestibili al domicilio	R: equipe territoriale C: Dipartimento di riabilitazione	
	9	Erogazione altri interventi (assunzione farmaci, alimentazione, assistenza ADL, PAI/PRI, approfondimenti diagnostici)	R: fisiatra/ neurologo, equipe territoriale	
	10	Rivalutazione periodica del paziente a domicilio/ambulatorio, e monitoraggio clinico e del raggiungimento degli obiettivi	R: medico di reparto, equipe territoriale	

3.4.1 Teleconsulto e Teleriabilitazione

Nel percorso riabilitativo del paziente post-ictus, i nuovi sistemi digitali di teleconsulto specialistico consentono una valutazione a distanza formale sia di tipo generale (**raccolta anamnestica recente, eventi sentinella, valutazione generale** sullo stato di salute) sia un esame delle **abilità motorie** valutata con attività di tipo generico come le ADL, o con test specifici eseguiti al domicilio dal paziente con l'aiuto del caregiver, se necessario. È possibile, inoltre, controllare ed inviare per via telematica parametri vitali come PAO²⁵, FC²⁶, SpO₂²⁷, tracciato elettrocardiografico^{28 29}.

Inoltre, sono disponibili piattaforme che consentono la trasmissione di immagini ecografiche e piattaforme per lo svolgimento di esercizi che il paziente, raggiunta una sufficiente autonomia motoria, può eseguire sotto supervisione del fisioterapista con l'aiuto del caregiver.

Tali piattaforme possono consentire lo svolgimento di esami diagnostici di base al domicilio, la valutazione specialistica e l'esecuzione di attività motoria e riabilitativa di base, evitando difficili ed onerosi trasferimenti del paziente, con una computazione dei costi complessivamente vantaggiosa per la sanità pubblica e per gli utenti.

Se dal teleconsulto dovessero emergere problematiche non risolvibili a distanza, dovrà essere programmata una visita domiciliare o presso ambulatori ospedalieri e territoriali da parte dell'equipe che ha in carico il paziente.

3.4.2 Approfondimento Spasticità post-ictus

Riguardo il trattamento della spasticità post-ictus tramite l'inoculazione di tossina botulinica, è da sottolineare che potrebbe essere eseguita in tutti i setting di riabilitazione territoriale e non solo in setting ospedaliero, secondo la regolamentazione regionale, sia per i criteri di appropriatezza, prescrizione e rimborsabilità.

Di seguito il dettaglio delle attività della riabilitazione territoriale, con focus sul setting, le figure coinvolte, le attività, i timing e i tool di riferimento:

25 Pressione Arteriosa Omerale

26 Frequenza Cardiaca

27 Saturazione di Ossigeno

28 Esperienza di teleriabilitazione in era pandemica SARS-CoV2: risultati e soddisfazione, Fisiatria Italiana, 2022

29 SARS-COV2 Pandemic Age Telerehabilitation Experience: Results and Satisfaction, Annals of Clinical and Medical Case Reports & Reviews, 2024

RIABILITAZIONE TERRITORIALE DELLA SPASTICITÀ POST-ICTUS					
Setting	#	Attività	Attore	Timing	Strumenti
Riabilitazione territoriale	1	Valutazione multidimensionale del paziente e verifica ausili/presidi necessari	R: Fisiatra C: Team riabilitativo	Entro 24 h	
	2	Trattamento della spasticità con procedure reversibili modulabili: terapia di rieducazione neuromotoria, terapia occupazionale ed ortesica	R: Fisiatra, Dipartimento di riabilitazione C: Team riabilitativo	Entro 48 h	Scale di valutazione multidimensionali
	3	Coordinamento con altre strutture della rete in caso di terapie combinate con procedure reversibili secondo il codice di priorità indicato: fisioterapia / terapia occupazionale + BoNT-A, fisioterapia/terapia occupazionale + OS, fisioterapia/terapia occupazionale + BoNT-A + OS		Entro 48 h	
	4	Pianificazione altri interventi (assunzione farmaci, alimentazione, assistenza ADL, PAI/PRI)		Entro 48 h	
	5	Attuazione PRI/PAI e monitoraggio raggiungimento obiettivi		Durante la residenza	Visite ambulatoriali / domiciliari, Teleconsulto
	6	Identificazione elementi per dimissione (garantire continuità assistenziale, fisioterapia/terapia occupazionale e logopedica)	72 h prima della dimissione		
	7	Dimissione, programmazione follow up e invio lettera di dimissione all'MMG per assicurare continuità RSA-Territorio	R: Fisiatra I: MMG	Entro 24 h	
	8	Passaggio a riabilitazione domiciliare/ambulatoriale o conclusione del percorso	R: Fisiatra I: MMG		

Nel caso di pazienti con diagnosi ad alto rischio funzionale complesso e di spasticità post-ictus, essi possono essere trattati tramite differenti alternative terapeutiche, in base all'estensione dei sintomi. Nello specifico, queste si possono racchiudere in tre macro-aree:

- **Esercizio terapeutico neuro-riabilitativo / terapia occupazionale:** da eseguire in prima linea
- **Procedure reversibili modulabili:**
 - o **Splint e tutori:** da utilizzare in seguito all'esercizio terapeutico/riabilitativo
 - o **Terapia farmacologica:**
 - *Tossina botulinica:* con eventuale ri-dosaggio e modifica del sito di iniezione in caso di risposta al trattamento non in linea con le aspettative
 - *Terapia orale:* da iniziare nel corso di un intervallo da 0 a 24 mesi, bilanciando efficacia con effetti collaterali ed evitando di mantenerle per lunghi periodi ad alto dosaggio
 - *Baclofene intratecale:* prescritto solitamente in casi rari (1-2% di chi manifesta spasticità), dopo 6/12 mesi dalla comparsa dei sintomi, con persistente spasticità contestuale molto grave di arti superiori e inferiori
 - o **Terapie fisiche / strumentali**
- **Procedure irreversibili che modificano morfologicamente la struttura del paziente:**
 - o **Chirurgia funzionale** (es. release miotendineo, traslazioni di tendini, variazione biomeccanica): effettuata solitamente su pochi casi selezionati (10% di chi manifesta spasticità) di manifestazioni di spasticità (non generalizzata), in assenza di retrazioni miotendinee conclamate, con un trattamento multimodale fallimentare di almeno tre sessioni di inoculazione di tossina botulinica nei 6-9 mesi precedenti, e con variabilità decisionali legate all'età del paziente, presenza di comorbidità, gravità del danno ed estensione (es. multifocale).

Le terapie identificate possono essere utilizzate singolarmente oppure in associazione. Ad esempio, al paziente potrebbe essere prescritto il trattamento con BoNT-A, successivamente il baclofene intratecale (se spasticità

generalizzata) o la chirurgia funzionale (se spasticità focale) e, in caso di spasticità persistente, una combinazione delle terapie di terza linea con iniezioni di tossina botulinica in specifiche aree. La rappresentazione grafica migliore, pertanto, risulta essere quella di un **albero decisionale**, con indicazioni negli snodi critici.

Esercizio terapeutico

Le **procedure riabilitative** vengono attivate secondo necessità in seguito alla definizione del PRI e non sono strettamente legate alla manifestazione di sintomi di spasticità. Tuttavia, nel caso in cui il paziente presenti subito sintomi di spasticità, si procede con la combinazione di queste procedure e una terapia di prima, seconda o terza linea (in base alla severità della patologia).

Esempi di queste attività sono l'elettrostimolazione, la terapia robotica, task specific exercise, casting e terapia occupazionale.

Di seguito il dettaglio delle attività fisioterapiche/riabilitative, con focus sul setting, l'attore, le attività, le criticità, il timing e i tool di riferimento:

Provenienza	#	Attività	Attore	Timing
Riabilitazione primaria: •Stroke unit •Ospedale (DO, reparto)	1	Valutazione stato del paziente e redazione del pri	R: Fisiatra	Inizio entro i primi 2/3 giorni dal ricovero
	2	Trattamento riabilitativo neuromotorio, addestramento all'uso degli ausili, terapie fisiche ove necessario	R: Team riabilitativo	
Riabilitazione secondaria: •Territorio (ambulatorio, ass. residenziale/ semiresidenziale) •Domicilio	3	Trattamento logopedico ove necessario	R: Logopedista I: Team riabilitativo	
	4	Valutazione raggiungimento obiettivi ed eventuale modifica terapia riabilitativa (linee successive)	R: Fisiatra C: Team riabilitativo	Periodico
	5	Aggiornamento PRI	R: Fisiatra	

#	CRITICITÀ	SOLUZIONI
5	Aggiornamento PRI da parte del fisiatra (in setting non ospedaliero)	Il PRI dovrà essere gestito all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico e dovrà essere garantito l'accesso a tutte le strutture del S.S.R.

Ritorno Percorso Avvia della Riabilitazione in Stroke unit

Ritorno Percorso Continuità della presa in carico della riabilitazione

Ritorno Albero decisionale

Terapia farmacologica: tossina botulinica

La **terapia con tossina botulinica** può essere prescritta in modalità unica, oppure in modo combinato con una terapia orale, chirurgia funzionale o baclofene intratecale.

In base alla terapia prescritta, nello specifico in caso di BoNT-A, il paziente può ricevere l'inoculazione da parte del fisiatra/neurologo o di altro specialista in regime **ospedaliero**, oppure in **ambulatorio – Day Service riabilitativo**. Nello specifico, esistono allo stato attuale due denominazioni di ambulatorio³⁰: **ambulatorio di tossina botulinica e ambulatorio spasticità**, attualmente considerabile di terzo livello. In base all'organizzazione del centro, in entrambi possono essere presenti le figure sia del neurologo e neurofisiopatologo che del fisiatra/neurologo, sulla base delle specifiche skills dello specialista inoculatore.

30 Simfer ha inoltre redatto una lista delle strutture riabilitative che presentano un ambulatorio in cui si effettuano inoculazioni di tossina botulinica: Tossina botulinica – Regioni – Lista dei centri, Simfer, 2022

Una prima criticità è rappresentata dal tema delle liste d'attesa per i pazienti post-ictus, i quali traggono massimo beneficio da un intervento riabilitativo precoce in fase sub-acuta. Una **soluzione** per questa problematica potrebbe essere quella di utilizzare un **codice priorità/fast track** per questi pazienti, soprattutto nei primi mesi post-ictus. A tal proposito, si rimanda al paragrafo 3.4.3.

La **seconda criticità** evidenziata per la terapia con tossina botulinica riguarda l'identificazione dell'ambulatorio dedicato poiché sia l'MMG che le strutture ospedaliere/residenziali non trovano chiari riferimenti nella rete di continuità assistenziale. Una potenziale soluzione per risolvere questa criticità prevede la definizione di un codice per l'identificazione strutturata dei centri riabilitativi che effettuano inoculazioni di tossina botulinica. In questa fase risulta infatti importante **umentare l'awareness** sul fatto che il percorso tossina sia un percorso di secondo livello. Risulta quindi fondamentale sensibilizzare l'MMG, tutte le figure del team riabilitativo e il paziente/caregiver³¹ sui sintomi e i segni della spasticità, così che possano identificare la patologia ed indirizzare il paziente sub-acuto verso un percorso riabilitativo adeguato e precoce.

Di seguito il dettaglio delle attività per l'iniezione di tossina botulinica, con focus sul setting, l'attore, le attività, le criticità, il timing e i tool di riferimento:

Setting	#	Attività	Attore	Timing
•Ospedale (reparto DO/DH/day service) •Territorio (ambulatorio)	1	Valutazione stato del paziente e redazione del pri	R: Fisiatra C: Team riabilitativo	Inizio terapia
	2	Inizio terapia con BoNT-A: iniezione intramuscolare con controllo ecografico e/o elettromiografico per maggior precisione	R: Fisiatra / Neurologo C: Team riabilitativo	In seguito alla diagnosi di spasticità, ogni 3/6 mesi
	3	Eventuale combinazione terapia orale (baclofene, tizanidina, dantrolene o eperisone cloridato)	R: Fisiatra / Neurologo C: Team riabilitativo	In seguito alla diagnosi di spasticità
	4	Eventuali procedure fisioterapiche/riabilitative	R: Fisioterapista/ Logopedista/terapista occupazionale I: team riabilitativo	In seguito alla diagnosi di spasticità
	5	Valutazione raggiungimento obiettivi ed eventuale modifica terapia (titolazione o linee successive)	R: Fisiatra/Neurologo C: Team riabilitativo	Periodico
	6	Aggiornamento PRI	R: Fisiatra	

#	CRITICITÀ	SOLUZIONI
2	Individuazione dei centri ambulatoriali specializzati nel percorso tossina botulinica - specialmente da parte dell'MMG	<ul style="list-style-type: none"> Promuovere maggiormente le informazioni dall'ambito scientifico a quello organizzativo circa le strutture specialistiche che trattano spasticità post-ictus tramite inoculazione di tossina botulinica Sensibilizzazione del paziente/caregiver, dell'MMG e del team riabilitativo sulla potenziale comparsa dei sintomi/segni della patologia a seguito della dimissione post-acuta Possibilità di utilizzare le case di comunità come punto di riferimento per la presa in carico della riabilitazione del paziente post-ictus
2	Gestione paziente a domicilio	
	Gestione follow-up paziente (minimizzazione drop out) e liste d'attesa	
	Assenza di un monitoraggio strutturato post-acuto del paziente rischio di insorgenza di danno funzionale complesso una volta rientrato al domicilio	Utilizzo di red-flag per i pazienti con rischio medio-alto di insorgenza di danno funzionale complesso a seguito di evento acuto, al fine di seguire il percorso tossina

Ritorno Figura Percorso Avvio della Riabilitazione in Stroke unit

Ritorno Figura Percorso Continuità della presa in carico della riabilitazione

Ritorno Albero decisionale

31 Potrebbe essere interessante avvalersi di associazioni pazienti, quali A.L.I.Ce.

Terapia farmacologica: terapia orale

La **terapia farmacologica orale** può essere prescritta singolarmente, oppure in combinazione con tossina botulinica.

La terapia orale presenta una rosa di **quattro differenti farmaci** che lo specialista può prescrivere. La selezione del farmaco per il singolo paziente dipende dall'estensione della spasticità e dalla tempistica di manifestazione dei sintomi.

Nello specifico, i farmaci sono:

Farmaco	Classe	A carico	Note
Dantrolene	A	A carico del SSN	Prescrivibile e non commercializzato in Italia che viene importato dall'estero e dispensato dall'ospedale
Baclofene	A	A carico del SSN	
Eperisone cloridrato	C	A carico del cittadino	
Tizanidina	C	A carico del cittadino	

Di seguito il dettaglio delle attività di terapia orale, con focus sul setting, l'attore, le attività, le criticità, il timing e i tool di riferimento:

Provenienza	#	Attività	Attore	Timing
Stroke unit	1	Valutazione stato del paziente e redazione del PRI	R: Fisiatra	In seguito alla diagnosi di spasticità
	2	Inizio terapia orale (baclofene, tizanidine, dantrolene o eperisone cloridrato, pridinolo, benzodiazepine)	R: Fisiatra / Neurologo C: Team riabilitativo	
Ospedale (DO, reparto)	3	Eventuale combinazione con tossina botulinica	R: Fisiatra/Neurologo C: Team riabilitativo	In seguito alla diagnosi di spasticità, ogni 3/6 mesi
Territorio (ambulatorio)	4	Eventuali procedure fisioterapiche/riabilitative	R: Fisioterapista/ Logopedista/terapista occupazionale I: Team riabilitativo	In seguito alla diagnosi di spasticità
Domicilio	5	Valutazione raggiungimento obiettivi ed eventuale modifica terapia (titolazione o linee successive)	R: Fisiatra/ Neurologo C: Team riabilitativo	Periodico
	6	Aggiornamento PRI	R: Fisiatra	

#	CRITICITÀ	SOLUZIONI
2	Tempistiche commercializzazione dantrolene (prescrivibile in Italia, ma non commercializzato)	Importazione dall'estero a carico della struttura ospedaliera

[Ritorno Figura Percorso Avvio della Riabilitazione in Stroke unit](#)

[Ritorno Figura Percorso Continuità della presa in carico della riabilitazione](#)

[Ritorno Albero decisionale](#)

3.4.3 Priorità per la riabilitazione dei pazienti post-ictus

Il **Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2019-2021** è il documento programmatico elaborato dal Ministero della Salute con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie erogate tramite il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare, il Piano dispone che il medico prescrittore (MMG / PLS / specialista) indichi sul ricettario SSN la **classe di priorità** per le prestazioni erogate in regime di ricovero e quelle in regime ambulatoriale.

L'Ictus è una delle principali cause di disabilità del paziente ed è pertanto necessario prevedere una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'appropriatezza organizzativa e l'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nel PRI.

Il presente PDTA, intende adottare l'utilizzo sistematico delle classi di priorità al fine di garantire la tempestività delle prestazioni riabilitative necessarie per garantire il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi per il singolo paziente identificati dal Fisiatra all'interno del PRI. Al tal fine, si richiamano le classi di priorità per i regimi summenzionati.

Per le prestazioni ambulatoriali:

- Classe **U** (Urgente): da eseguire entro 72 ore;
- Classe **B** (Breve): da eseguire entro 10 giorni;
- Classe **D** (Differibile): da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe **P** (Programmata): da eseguire entro 120 giorni.

Per le prestazioni di ricovero:

- Classe **A**: ricovero entro 30 giorni;
- Classe **B**: ricovero entro 60 giorni;
- Classe **C**: ricovero entro 180 giorni;
- Classe **D**: ricovero senza attesa massima definita ma devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Si intende comunque sottolineare che, al tempo dell'elaborazione del presente PDTA, risulta in elaborazione il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2024-2026 da parte del Tavolo Tecnico istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 26 Gennaio 2024. Si rimanda pertanto ad un eventuale aggiornamento del presente capitolo a valle delle successive direttive Ministeriali.

III.5 Focus: Gestione del Follow-up

Il follow up del paziente post-ictus è distinto in: 1) follow up clinico, gestito presso l'ambulatorio ospedaliero della stroke unit o da altro reparto che ha preso in carico il paziente nella fase acuta e sub-acuta e che ha definito il PRI, 2) follow up riabilitativo gestito dalla struttura riabilitativa che ha preso in carico il paziente nella fase di riabilitazione.

La fase di follow up prevede il coinvolgimento di differenti figure professionali in base all'attività identificata:

- L'MMG, informato dal Dipartimento di Riabilitazione circa la dimissione del paziente, è coinvolto nella presa in carico del paziente, nella valutazione dell'adattamento all'ambiente domestico, degli oneri del caregiver nell'attivazione della rivalutazione periodica a domicilio o in ambulatorio. A questa figura si uniscono l'ADI, un team multidisciplinare che si occupa della gestione dell'assistito a domicilio e un medico di riferimento della casa di comunità che si occupa della valutazione dell'assistito. Ruolo importante assume anche il geriatra, in casistiche con comorbidità complesse.
- Il neurologo e/o il fisiatra (se il follow up avviene in un ambulatorio ospedaliero) oppure il medico di riferimento della struttura (se il follow up avviene in un ambulatorio territoriale) si occupano invece della valutazione multidimensionale e del monitoraggio clinico per la prevenzione di recidive e checkup sulla funzionalità. Questi specialisti sono responsabili anche della valutazione della necessità di servizi riabilitativi continuativi, della revisione e dell'aggiornamento del PRI (di competenza del Fisiatra), nonché

del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi mediante le scale individuate (per la spasticità si richiamano le scale di Ashworth, la scala di Rankin, il Motricity Index, il Barthel index, la scala FAC, la scala DASH e la scala WHODAS), con eventuale reindirizzamento al percorso di riabilitazione appropriato o follow-up successivo.

I pazienti con una diagnosi di alto rischio funzionale complesso (red flag) devono necessariamente effettuare almeno una visita di controllo entro i 3 mesi con un fisiatra / neurologo presso la stroke unit di riferimento per la valutazione dei KPI clinici riportati nel paragrafo 3.2.1.

Per garantire la continuità dell'offerta riabilitativa nel passaggio tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale, è necessario che venga gestito un coordinamento a livello provinciale. Allo stato attuale, tale coordinamento è già previsto nel Piano della Riabilitazione e deve essere garantito dai **Dipartimenti Strutturali di Riabilitazione**, strutture aziendali che hanno l'obiettivo di coordinare ed integrare tutte le attività di riabilitazione e delle cure intermedie e socioassistenziali riabilitative, creando percorsi di cura in continuità assistenziale, basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza.

Al fine di superare la criticità di un sistema riabilitativo frammentario e disomogeneo, si rende necessaria l'attivazione di tutti i dipartimenti provinciali con adeguato personale atto a garantire la piena operatività delle strutture.

(Ritorno all'Executive Summary)

III.6 Indicatori di monitoraggio del percorso

3.6.1. Indicatori organizzativi

Per il monitoraggio durante la fase di degenza ospedaliera, sono raccomandati i seguenti KPI organizzativi, con dettaglio sulla fonte informativa:

INDICATORI ORGANIZZATIVI OSPEDALIERI		
RESPONSABILE	KPI	FONTE INFORMATIVA
Controllo di gestione	• giornate di degenza media in Stroke unit	SDO
	• % dei pazienti per i quali è stato allegato il progetto riabilitativo individuale alla dimissione ¹	FSE
	• % di ricoveri cod.56 post dimissione da stroke unit	SDO - R
	• % di dimissioni a domicilio	SDO
	• % di dimissioni in altro setting riabilitativo	SDO
Reparto	• % di pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro 48/72 ore dal ricovero in stroke unit;	Cartella clinica paziente
	• % dei pazienti per i quali è stata compilata la valutazione multidimensionale entro 7 gg	Cartella clinica paziente
	• % di pazienti con red flag per sviluppo spasticità post-ictus	PRI

Per il monitoraggio della riabilitazione e del follow-up, invece, risulta importante monitorare i seguenti KPI organizzativi, con dettaglio sul responsabile, sulla fonte informativa e la fase:

INDICATORI ORGANIZZATIVI DI TERAPIA E FOLLOW-UP			
RESPONSABILE	KPI	FONTE INFORMATIVA	FASE
Controllo di gestione	• # di inoculazioni di BoNT-A per pazienti post-ictus per centro	SDO-R	Terapia
	• % di visite di follow up fatte in modalità virtuale (teleconsulto)	FLUSSO C, FLUSSO M	Follow-up
	• % di follow-up eseguiti fino a un anno dalla dimissione		
	• % dei pazienti post-ictus che effettua una visita di follow up ambulatoriale in stroke unit/neurologia		
	• % dei pazienti dimessi che effettua una visita di follow up ambulatoriale in altra Medicina Riabilitativa	SDO	
• % pazienti dimessi a domicilio che rientra in altro setting riabilitativo (a causa di			

	successiva diagnosi di spasticità)		
	• % ri-ospedalizzazioni nel percorso post-acuzie (nel medio-lungo termine/12 mesi)		
	• Coefficiente di intensità assistenziale (CIA = GEA/GdC)	FLUSSO SIAD	
Reparto, ambulatorio	• % raggiungimento obiettivo perseguito: funzionale (attivo, passivo, sintomatico)	PRI	
	• Tempi medi di raggiungimento (se raggiunto) dell'obiettivo perseguito: funzionale (attivo, passivo, sintomatico)		
	• % di pazienti che rispettano follow up periodici clinici (30, 90, 180, 365 gg da dimissione SU) e riabilitativi (30, 90, 180, 365 gg da conclusione percorso)	FSE	
MMG, assistente sociale	• Reinserimento al lavoro		

IV. Abbreviazioni usate nel testo e glossario

PRI: Progetto Riabilitativo Individuale

pri: programma riabilitativo individuale

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

PAI: Percorso di Assistenza Individualizzato

MMG: Medico di Medicina Generale

R: responsabile

C: consultato

I: informato

Team riabilitativo: fisiatra, terapeuta occupazionale, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, nutrizionista, psicologo, neuropsicologo, ass. sociali, paziente, familiari

UU.OO: Unità Operativa Ospedaliera di medicina fisica e riabilitativa

Spasticità focale: limitata ai muscoli di una regione anatomica stretta, comprendente solo 1 o 2 articolazioni

Spasticità multi-focale: interessa più articolazioni non adiacenti

Spasticità segmentale: limitata a diverse regioni anatomiche adiacenti

Spasticità multi-segmentale: distribuita in siti anatomicamente separati e distanti e che interessa almeno 2 arti, compreso il tronco

Spasticità generalizzata: diffusa in più di 2 arti

V. Bibliografia, Allegati**5.1 Bibliografia**

Rapporto 2018 sull'Ictus in Italia, Osservatorio ictus Italia, 2018

Ictus, Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, Ministero della Salute, 2022

Codice Blu: Percorso Ictus, Ministero della Salute, 2018 Piano della riabilitazione, Regione Sicilia, 2012

Decessi e cause di morte, ISTAT, 2020

Relazione conclusiva Gruppo Tecnico per l'elaborazione di proposte per l'attuazione e l'evoluzione della rete assistenziale dell'ictus, Agenas, 2023

Wissel J, et al, (2013) "Toward an epidemiology of poststroke spasticity", Neurology

RWE National Database

Epidemiological Market Research, IMS Consulting Group (IQVIA) 2012

Burden of Post-Stroke Spasticity: A Real-World Data Analysis in Italy, Sciattella P. et al., 2022

Dati consumi ospedalieri tossina botulinica MAT202209 e MAT202309, IQVIA, 2023

D.A. n. 141/2019 "Riorganizzazione della Rete per le emergenze delle malattie cerebrovascolari – Modifica ed integrazione al D.A. n. 2186/2012, Assessorato della Salute della Regione Sicilia, 2012

Focus discipline post-acuzie: posti letto programmati (D.A. 22/2019 e ss.mm.ii) e attivi (HSP. 12 e 13 anno 2023), Regione Sicilia, 2023

Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, Ministero della Salute, 2021

D.M. 05/08/21, Criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, Ministero della Salute, 2021

Percorso Assistenziale per la presa in carico del paziente con Ictus Cerebrale, Regione Friuli-Venezia Giulia, 2015

Linee guida diagnostica-terapeutica e assistenziale: ictus cerebrale, Ospedale Niguarda, 2000

Percorso Diagnostico Assistenziale Riabilitativo per Ictus Cerebrale, Regione Veneto, 2013

Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery, AHA/ASA Guideline 2016

Consenso degli esperti europei per migliorare la selezione dei pazienti e il management della spasticità con tossina botulinica, National Library of Medicine, 2022

D.P.C.M. 12/01/17, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Art. 44), Gazzetta Ufficiale, 2017

Tossina botulinica – Regioni – Lista dei centri, Simfer, 2022

Lista dei centri RITB in Italia, Rete Italiana Tossina Botulinica, 2023

Dysphagia after Stroke: an Overview. González-Fernández M et al. Curr Phys Med Rehabil Rep. 2013;1(3):187-196.

The clinical management and rehabilitation of post stroke aphasia in Italy: evidences from the literature and clinical experience. Mattioli F. Neurol Sci. 2019;40(7):1329-1334

Esperienza di teleriabilitazione in era pandemica SARS-CoV2: risultati e soddisfazione. G. Mandalà, Fisiatria Italiana, 2022

SARS-COV2 Pandemic Age Telerehabilitation Experience: Results and Satisfaction, Annals of Clinical and Medical Case Reports & Reviews ACMCRR-117, 2024

Linee Guida per la Valutazione e la Riabilitazione dell'Afasia nel paziente con ictus e nel paziente con Afasia Progressiva. Società Italiana di Neuropsicologia

5.2 Allegati**5.2.1. Allegati capitolo II****Allegato 1: Posti letto programmati e attivi nelle strutture di riabilitazione****Bacino Catania-Ragusa-Siracusa**

Catania 612 posti letto	Stroke unit	Inoculaz.	PROGRAMMATI					ATTIVI					DA ATTIVARE				
			28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot
Clinica Sant'Agata Tigano Srl				79	10		89	79	1		80			9		9	
Casa Di Cura Carmide				100			100	79			79		21		21		
Casa Di Cura Riabilitativa Villa Sofia				60			60	60			60						
Casa Di Cura Villa Dei Gerani Srl				45			45	45			45						
Iscas Morgagni Nord Srl				10			10	36	5		41		-26	-5	-31		
Casa Di Cura Mons. G. Calaciura Cenacolo				40			40	40			40						
Casa Di Cura Madonna Del Rosario				40			40	40			40						
Private Hospital Argento Srl				38			38	38			38						
Casa Cura Centro Catanese Med. E Ch.				12	14		26	12	14		26						
Humanitas Istituto Clinico Catanese				20			20	20			20						
Istituto Clinico Vidimura Srl				5			5	16			16		-11		-11		
Mater Dei Di G.Nes' & C.S.P.A.				14			14	14			14						
Casa Di Cura G.B. Morgagni S.R.L.				29	12		41		7		7		29	5	34		
Centro Clin.Morgagni Srl.C/O Check Point				0			0	3			3		-3		-3		
A.O. Per L'Emergenza Cannizzaro – Catania	II liv.	X	20	10		15	45	20	2		22		8		15	23	
P.O. Gravina E S. Pietro – Caltagirone	I liv.			26	28		54	14	8		22		12	20	32		
P.O. S. Marta E S. Venera – Acireale		X		0			0	16			16		-16		-16		
A.O. Garibaldi Centro – Catania	I liv.			6	2		8	11			11		-5	2	-3		
P.O. SS. Salvatore – Paternò					16		16		8		8			8	8		
P.O. Castiglione Prestianni – Bronte					38		38		8		8			30	30		
P.O. Basso Ragusa – Militello					32		32		6		6			26	26		
Nuovo Ospedale Garibaldi – Nesima				5	8		13		4		4		5	4	9		
S.Giovanni Di Dio E S.Isidoro – Giarre				10	16		26		2		2		10	14	24		
P.O. S.Marco – Catania		X		30			30		2		2		28		28		
P.O. Maria Ss.Addolorata – Biancavilla				16			16		2		2		14		14		

Azzurro: Privato Accreditato; Viola: Presidio Ospedaliero

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al Paragrafo Struttura attuale di offerta e setting di presa in carico riabilitativo post-stroke)

Ragusa 96 posti letto	Stroke unit	Inoculaz.	PROGRAMMATI					ATTIVI					DA ATTIVARE				
			28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot
Casa Di Cura Clinica Del Mediterraneo			40				40	44			44	-4				-4	
P.O. Busacca – Scicli			34	52			86	18	16		34	16	36			52	
P.O. Regina Margherita – Comiso		X	24	52			76	18			18	6	52			58	
P.O. Giovanni Paolo II M.F.A. – Ragusa			46				46					46				46	
Siracusa 168 posti letto																	
Casa Di Cura "Villa Aurelia" Srl			40				40	80			80	-40				-40	
Ist.Ort. Villa Salus I. Galatioto Srl		X	42				42	34			34	8				8	
Casa Di Cura Villa Mauritius Arc			8				8	16			16	-8				-8	
Clinica Villa Rizzo			15				15				0	15				15	
P.O. Generale Di Zona – Lentini			8	16			24		16		16	8				8	
P.O. A. Rizza – Siracusa			16				16	16			16						
P.O. Muscatello – Augusta			16	6			22	6			6	10	6			16	
P.O. Umberto I (Ex A.O.) – Siracusa	I liv.				8		8							8		8	
P.O. Itrigona – Noto			28	16			44					28	16			44	

Azzurro: Privato Accreditato; Viola: Presidio Ospedaliero

Bacino Messina

Messina 379 posti letto	Stroke unit	Inoculaz.	PROGRAMMATI					ATTIVI					DA ATTIVARE				
			28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot
Casa Di Cura Cristo Re			45				45	48			48	-3				-3	
I.O.M.I. F.Scalabrino Ganzirri			38				38	35			35	3				3	
C.O.T. S.P.A. (Cure Ortoped. Traum.)			29				29	29			29						
Casa Di Cura S.Camillo					12		12		12		12						
IRCCS Centro Neurolesi			20	35		60	115	20	60		14	94	-25		46	21	
P.O. Piemonte – Messina			30	8			38	5		50	55	25	8		-50	-17	
P.O. SS. Salvatore – Mistretta			14	20	22		56	14	10	22	46			10		10	
A.O. Papardo – Messina					24		24		24		24						
Ircs Neurolesi P.O. Cannizzaro (Ct)										22	22				-22	-22	
A.O. Univ. G. Martino – Messina	II liv.		26				26	8			8	18				18	
P.O. Barone Romeo – Patti					8		8		4		4			4		4	
P.O. Civile – Lipari			4	6			10		2		2	4	4			8	
Stabilimento Osped.- S. Agata Militello	I liv.				8		8							8		8	
P.O. Nuovo Cutroni Zodda – Barcellona			20	8			28					20	8			28	

Azzurro: Privato Accreditato; Viola: Presidio Ospedaliero

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al Paragrafo Struttura attuale di offerta e setting di presa in carico riabilitativo post-stroke)

Bacino Agrigento-Caltanissetta-Enna

Enna 297 posti letto	Stroke unit	Inoculaz.	PROGRAMMATI					ATTIVI					DA ATTIVARE				
			28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot
Associazione Oasi Maria SS		X				264	264				264	264					
P. O. Ferro Capra Branciforte – Leonforte			18	16		34		12	3		15		6	13			19
P. O. M. Chiello - Piazza Armerina			12	16		28		4	4		8		8	12			20
P. O. Umberto I – Enna	I liv.		12	10		22		6			6		6	10			16
P. O. Carlo Basiliotta - Nicosia			20	16		36			4		4		20	12			32

Agrigento 122 posti letto

P.O. Giovanni Paolo II – Sciacca			0	16	30	46		12		44	56		12	16	14	10
P.O. S. Giovanni Di Dio – Agrigento	I liv.	X	22	14		36		20	10		30		2	4		6
P.O. S. Giacomo D'Altopasso – Licata			14	14		28		15	3		18		1	11		10
P.O. Flli Parlapiano – Ribera			44	18	14	76		14			14		30	18	14	62
P.O. Barone Lombardo- Canicattì				14		14			4		4			10		10

Caltanissetta 86 posti letto

So.Ge.Sa.Spa.C.Di.C.S.Barbara			30			30		30			30					
Casa Di Cura 'Regina Pacis'			15			15		15			15					
P.O.Maddalena Raimondi- San Cataldo			26	12		38		10	12		22		15			16
P.O. Supr. Cecilia Basarocco- Niscemi			6	8		14		10	8		18		4			4
P.O. M. Immacolata Longo-Mussomeli			6	8		14			1		1		6	7		13
P.O. Santo Stefano- Mazzarino			6	8		14							6	8		14
P.O. Vittorio Emanuele (Ex Ao)- Gela			20	8		28							20	8		28

Azzurro: Privato Accreditato; Viola: Presidio Ospedaliero

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al Paragrafo Struttura attuale di offerta e setting di presa in carico riabilitativo post-stroke)

Bacino Palermo-Trapani

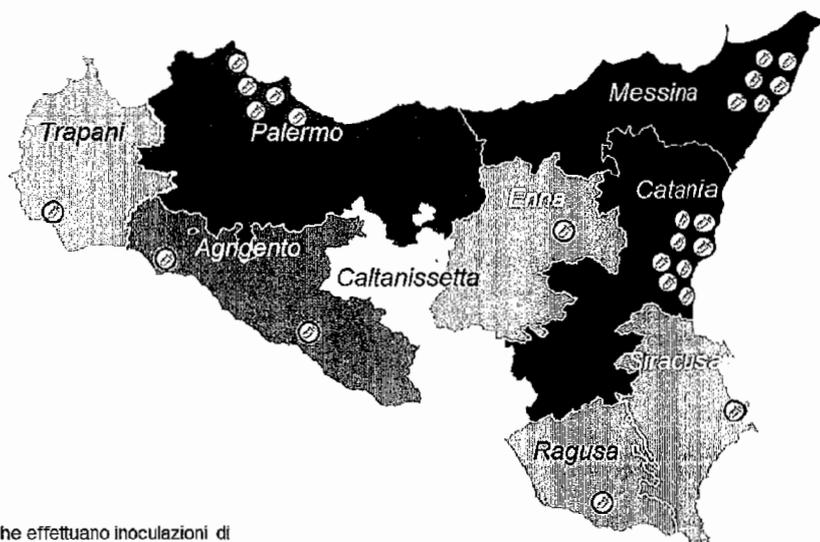
	Stroke unit	Inoculaz.	PROGRAMMATI					ATTIVI					DA ATTIVARE					
			28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot	28	56	60	75	tot	
Palermo 336 posti letto																		
Casa Di Cura La Maddalena S.P.A.				10	24		34			24		24			10		10	
Casa Di Cura Maria Eleonora Hospital Srl				20			20		20			20						
Casa Di Cura Villa Margherita				16			16		16			16						
Dipartimento Rizzoli – Sicilia				17			17		13			13			4		4	
Casa Di Cura Igea S.N.C.				12			12		12			12						
Casa Di Cura Latteri Valsava S.R.L.				12			12		12			12						
Casa Di Cura Candela Spa				12			12		12			12						
Casa Di Cura Macchiarelle S.P.A.					10		10			10		10						
Nuova Casa Di Cura D'Anna Pia Ass. Srl				64			64		8			8			56		56	
Casa Di Cura Serena S.P.A.				8			8		8			8						
Casa Di Cura "Triolo Zanca" S.P.A.					5		5			5		5						
Casa Di Cura Noto Pasqualino S.R.L.					5		5			5		5						
Casa Di Cure Cosentino Di Karol S.R.L.				10			10								10		10	
Fondi. Ist. S. Raffaele – Giglio				36	14	16	66		36	14	16	66						
P.O. Villa Delle Ginestre – Palermo		X	40			20	60	25			12	37				8	23	
Osp. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli – Palermo		X	4	14		10	28	4	18		10	32			4		4	
P.O. Villa Sofia – Palermo		I liv.	4		30		34			27		27	4		3		7	
P.O. Civico – Palermo		I liv.	20	16			36	2	16			18		18			18	
P.O. Madonna Dell'Alto - Petr. Sottana			20	16			36	6				6	14	16			30	
A.O.U.P. Giaccone – Palermo			12	8			20	3				3	9	8			17	
P.O. Dei Bianchi – Corleone			14	16			30			2		2	14	14			28	
P.O. S. Cimino- Termini Imerese			26	16			42						26	16			42	
P.O. G. F. Ingrassia – Palermo			18	20			38						18	20			38	
C.T.O. Centro Traumatologico Ortopedico			12				12						12				12	
P.O. Civico – Partinico			16	16			32						16	16			32	
Trapani 114 posti letto																		
Casa Di Cura Riabil. Vittoria S.R.L.			40				40	40				40						
Casa Di Cura Villa Dei Gerani			20				20	20				20						
Casa Di Cura Morana Srl			12				12	12				12						
P.O. Vittorio Emanuele III – Salemi			28	20			48	20	12			32	8	8			16	
P.O. San Vito e Santo Spirito – Alcamo				16			16		4			4		12			12	

P.O. B. Nagar – Pantelleria		6	8	14	2	2	4	4	6	10	
P.O. S. Antonio Abate – Trapani	I llv.		8	6	14		2	2	8	4	12
P.O. Paolo Borsellino – Marsala		14	24	38				14	24	38	
P.O. Abele Ajello- Mazara D'Vallo	X	22	16	38				22	16	38	
P.O. V.Emanuele II – Castelvetrano		12	18	30				12	18	30	

Azzurro: Privato Accreditato; Viola: Presidio Ospedaliero

(ritorna al Paragrafo Struttura attuale di offerta e setting di presa in carico riabilitativo post-stroke)

Allegato 2: Distribuzione geografica dei centri che effettuano inoculazione di tossina botulinica in Sicilia



⊗ Centri che effettuano inoculazioni di tossina botulinica

Catania 7

- Presidio Ambulatoriale di Belpasso-ASP Catania
- Ambulatorio Tossina Botulinica PO "Garibaldi" Centro
- Medicina Fisica e Riabilitativa Unità Spinali Unipolare Recupero e riabilitazione funzionale AO "Cannizzaro"
- Università di Catania AOU Policlinico "San Marco"
- Ambulatorio Tossina Botulinica AOU Policlinico "Vittorio Emanuele"
- Dipartimento "G. Rodolico" Sezione di Neuroscienze Università di Catania
- P.O. S. Marta E S. Venera – Acireale
- P.O. S. Marco - Catania

Messina 6

- Servizio di Medicina Riabilitativa Integrata Ambulatorio Tossina Botulinica ASP Messina
- Barcellona Pozzo di Gotto Oreto, Capo d'Orlando, Messina "ex PO Mandalari", Santa Teresa di Riva, Lipari Canneto. ASP di Messina
- IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Putejo" Ospedale Piemonte
- Centro di Riferimento regionale per la Cura e la diagnosi delle Cefalee AOU Policlinico G. Martino
- AOU Policlinico "G. Martino", Neurofisiopatologia e Disordini del Movimento
- A.O.U. Policlinico "G. Martino" - Centro di riferimento regionale per la cura e la diagnosi delle cefalee

Palermo 4

- UOC Riabilitazione Istituto Giglio di Cefalù
- Centro Cefalee AOU Policlinico Paolo Giaccone
- Ambulatorio Tossina Botulinica AOU Villa Sofia Cervello
- Osp. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli – Palermo
- ASP Palermo – P.O. Villa delle Ginestre

Agrigento 2

- Istituti Clinici Scientifici Maugeri (Sciacca)
- Centro di Riabilitazione ASP San Giovanni di Dio

Enna 1

- Associazione Oasi Maria Santissima

Siracusa 1

- Casa di Cura "Villa Salus-Galatioto" di Augusta Clinica Privata Convenzionata

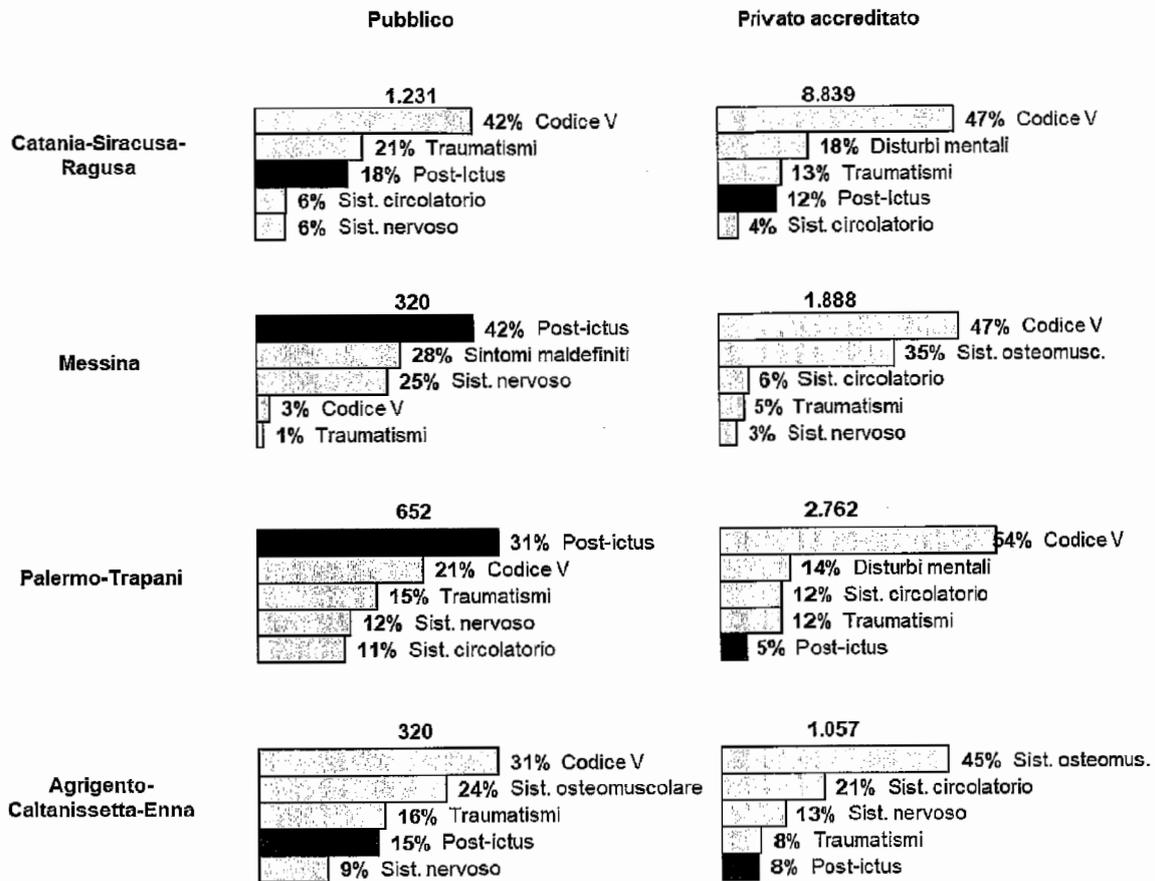
Ragusa 1

- P.O. Regina Margherita – Comiso

Trapani 1

- P.O. Abele Ajello – Mazara del Vallo

(ritorna al Paragrafo Struttura attuale di offerta e setting di presa in carico riabilitativo post-stroke)

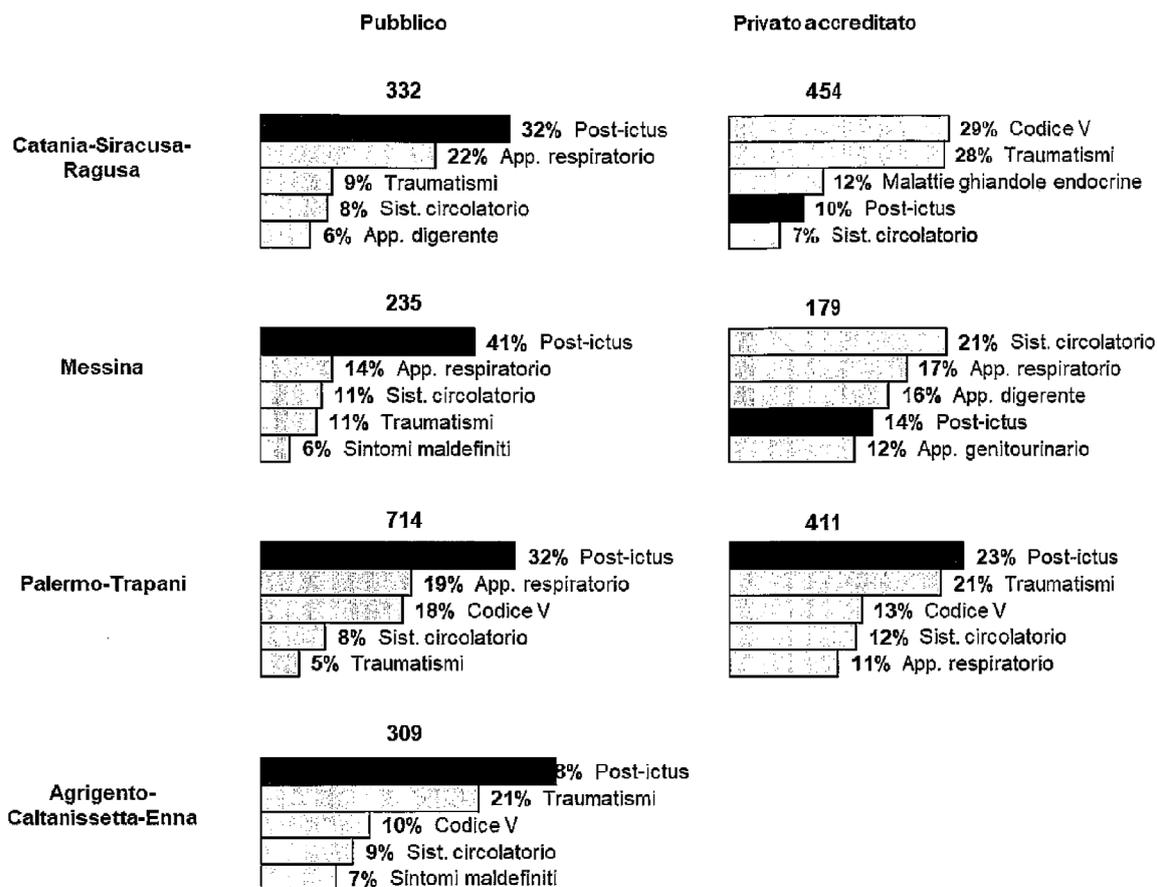
Allegato 3: Prime 5 diagnosi trattate nelle strutture riabilitative**Ricoveri cod. 56 (prime 5 diagnosi)**

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al [Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022](#))

Ricoveri cod. 60 (prime 5 diagnosi)

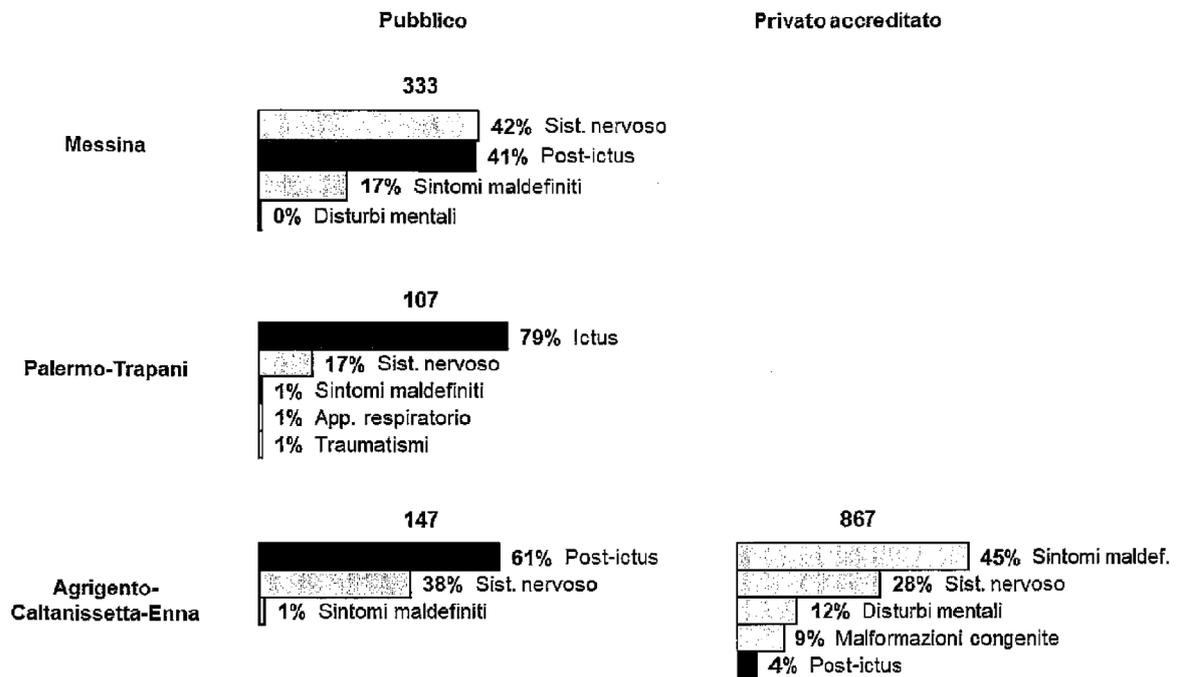


Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

{segue nella pagina successiva}

[\(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022\)](#)

Ricoveri cod. 75 (prime 5 diagnosi)



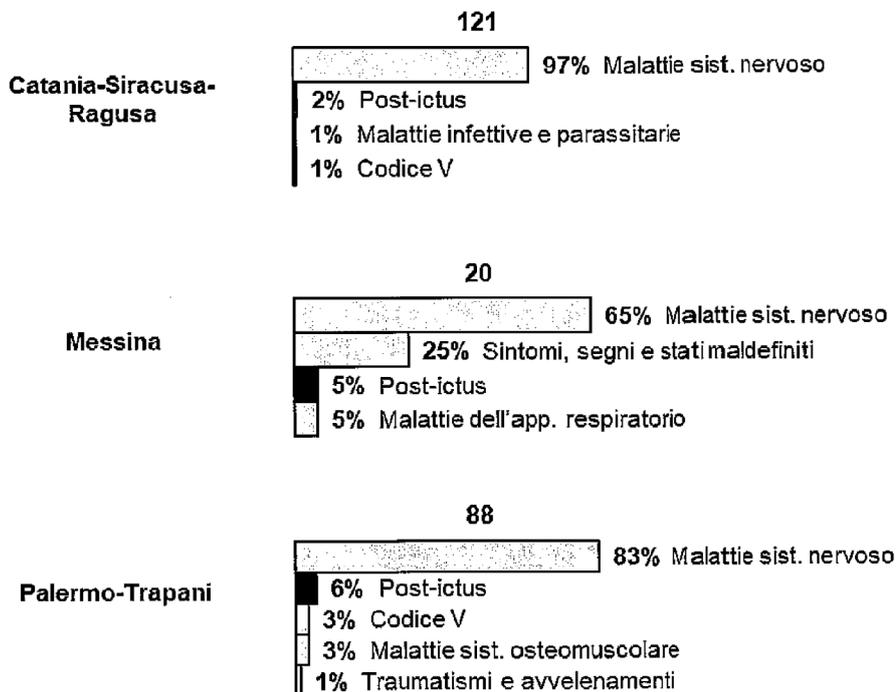
Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

[\(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022\)](#)

Ricoveri cod.28 (prime 5 diagnosi)

Pubblico



Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

[\(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022\)](#)

Allegato 4: Diagnosi e degenza media nelle strutture di riabilitazione ospedaliera (cod. 56 e 60)

Codice 56: Comparto Agrigento-Caltanissetta-Enna

	sist. Circolatorio	Altro	Codice V	Disturbi mentali	Post-ictus	Sangue	sist. Nervoso	sist. Osteomuscolare	Pelle	app. Digerente	app. Respiratorio	ghiandole endocrine	Mal. infettive e parasitarie	Malformazioni congenite	Sintomi maldefiniti	Traumatismi	Tumori	Totale	Degenza media Post-ictus
AG-CL-EN	230	1	312		230		221	711	3	3	43			1	30	245	4	2034	21
Presidio Ospedallero																			
P.O. "F.lli Parlapiano" di Ribera (AG)			12		39		22	1							10	31		115	40
P.O. "Ferro Capra Branciforte" di Leonforte (EN)			21		5		10									16		52	30
P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina (EN)			13													9		22	23
P.O. "M. Raimondi" di S. Cataldo (CL)	2		18		23		3	30		1	7					19		103	28
P.O. "San Giacomo D'Altopasso" di Licata (AG)	1		168		2		2	9										182	17
P.O. "Suor Cecilia Basarocco" di Niscemi (CL)	2		1		4		1	6	3	2							2	21	10
P.O. "Ospedali Civili Riuniti" di Sciacca (AG)			2		50		11	1							1	1		66	49
P.O. "S. Giovanni Di Dio" di Agrigento	1	1	37		26		38	187			1				2	61	1	355	18
P.O. "Umberto I" di Enna	7		29		1			2								22		61	20
Privati Accreditati																			
Casa di Cura "Regina Pacis" - S. Cataldo (CL)	156		2		17			74			31		1	17	15	1		314	24
Casa di Cura "S. Barbara So.Ge.Sa.SpA" - Gela (CL)	61		9		63		134	401		4						71		743	16

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022)

Codice 56: Comparto Catania-Ragusa-Siracusa

	sist. Circolatorio	Altro	Codice V	Disturbi mentali	Post-ictus	Sangue	Osteoartroscolare sist. Nervoso	Pelle	app. Digestivo	app. Respiratorio	ghiandole	Mal. infettive e	Malformazioni maldefinite	Sintomi	Traumatismi	Tumori	Totale	Degenza media Post-ictus	
CT-SR-RG	415	6	4629	1596	1241	1	216	157	1	1	297	2	2	144	1362		10070	22	
Presidio Ospedaliero																			
A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Garibaldi - Centro" - Catania	46	3	132		4					13	1		1				200	15	
A.O. per l'Emergenza "CANNIZZARO" - Catania					2	2	2								1		7	13	
A.O. Universitaria Policlinico di Catania "S. Marco"			10		1										3		14	31	
P.O. "Busacca" di Scicli	1	1	61		47	24	2			1	2		1		41		181	29	
P.O. "Maria SS. Addolorata" di Biancavilla (CT)			24			1	1										26	19	
P.O. "Muscatello" di Augusta			19		19	20									8		66	24	
P.O. "Regina Margherita" di Comiso	26		126		46	13	1	1	1	4			1		74		293	20	
P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale (CT)			59		18	5	1		1				1		49		134	28	
P.O. "Gravina" di Caltagirone (CT)			2		52	1	36						16		41		148	22	
P.O. "Umberto I" Rizza di Siracusa			83		33	6									40		162	21	
Privato Accreditato																			
Casa di Cura "Argento" - Catania			155		10	3	2		15						194		379	31	
Casa di Cura "Carmide" - Catania	154	1	512	301	198	16	2		15				40	154			1393	21	
Casa di Cura "Madonna del Rosario" - Catania	1		23	49	173	1	16	7					1	68			339	30	
Casa di Cura "Russo Mater Dei" - Catania			220		10												230	18	
Casa di Cura "Villa dei Gerani srl" - Catania			90	1089	6	3							1	11			1200	13	
Casa di Cura "Villa Mauritius" - Siracusa				157	3												160	21	
Casa di Cura "Villa Sofia" - Acireale (CT)	2		269		168	60	3		31					183			716	31	
Casa di Cura Calaciura		1	93		41	9	25		217				36	93			515	25	
Centro Catanese di Medicina e Chirurgia - Catania			201		10	1								11			223	17	
CENTRO CLIN.MORGAGNI srl.c/o Check Point			126											6			132	11	
Clinica del Mediterraneo - Ragusa	41		476				70		1					49			637	19	
Clinica Sant'Agata Tigano srl			161		251									108			520	34	
Humanitas Centro Catanese di Oncologia - Catania			323		2	27							12	2			366	18	
Isclas - Pedara (CT)	30		459										2	52			543	16	

Istituto Clinico Vidimura	219			3			17	239	20	
Istituto Ortopedico Villa Salus-Augusta (SR)	477	41		6	1		19	48	592	22
Villa Aurelia	114	309	106	3	1		13	109	655	25

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

Codice 56: Comparto Messina

	sist. Circolatorio	Altro	Codice V	Disturbi mentali	Post-ictus	Sangue	sist. Nervoso	sist. scheletrico	Pelle	app. Digestivo	app. Respiratorio	ghiandole endocrine	Mal. infettive e parassitarie	Malformazioni	Sintomi maldefiniti	Traumatismi	Tumori	Totale	Degenza media Post-ictus
ME	111	1	902		156		146	654		1	44			4	93	95	1	2208	21
Presidio Ospedaliero																			
A.O. Universitaria Policlinico di Messina			1		21		6							1	12			41	40
IRCCS "Centro Neurolesi"			5		58		28			2					74			167	51
IRCCS Centro Neurolesi 'Bonino Pulejo' - P.O. Piemonte					2		2											4	23
IRCCS Centro Neurolesi 'Bonino Pulejo' - P.O. Pisani					10		4								1			15	47
IRCCS Centro Neurolesi 'Bonino Pulejo' - P.O. Salemi (TP)					19		4								2			25	55
P.O. "S. Salvatore" di Mistretta			2		24		37	1								4		68	41
Privato Accreditato																			
C.O.T. (Cure Ortopediche Traumatologiche) - Messina	88	1	368		10		19	13		1	42			3	4	89	1	639	13
Casa di Cura "Cristo Re" - Messina			431		9		46									2		488	27
I.O.M.I. - F. Scalabrino - Ganzirri	23		95		3			640										761	14

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

[ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022](#)

	sist. Circolatorio	Altro	Codice V	Disturbi mentali	Post-ictus	Sangue	Cefalea/sint. Nervoso	sist. Pelle	app. Digerente	app. Respiratorio	ghiandole endocrine	Mal. infettive e parassitarie	Malformazioni	Sintomi indefiniti	Traumatismi	Tumori	Totale	Degenza media Postictus
PA-TP	410		1641	389	342	1	126	11		41		1	1	16	435		3414	21
Presidio Ospedaliero																		
A.O. Universitaria Policlinico di Palermo			21												42		63	16
Fondazione "San Raffaele – G. Giglio" di Cefalù (PA)	60		19		82		38		38					11	29		277	34
Ospedale Classificato "Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli" di Palermo	12		80		99		35	2	1		1		3	10			243	17
P.O. "B. Nagar" di Pantelleria					1										5		6	16
P.O. "Barone Paolo Agliata" di Petralia Sottana	1		17		4	1									6		29	37
P.O. "Vittorio Emanuele III" di Salemi			2		16		5		1					2	8		34	41
Privato Accreditato																		
Casa di Cura "Candela S.p.A." - Palermo	255		3		2												260	16
Casa di Cura "D'Anna" - Palermo					59		1										60	49
Casa di Cura "Latteri srl" - Palermo			127												108		235	18
Casa di Cura "Morana" - Marsala (TP)	1			118	15		15		1								150	29
Casa di Cura "Villa dei Gerani" - Trapani			299		1		4								73		377	20
Casa di Cura "Villa Margherita srl" - Palermo				271	22												293	18
CASA DI CURA RIABIL. G. C. VANICO S.r.l			180		41		28	1							152		402	36
Casa di Cura "Igea snc" - Partinico (PA)			184												2		186	21
IO Rizzoli Bologna			417				8										425	8
Villa Maria Eleonora - Palermo	81		292										1				374	11

Codice 56: Comparto Palermo-Trapani

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022)

	Alcune condizioni morbose di	Altro	Codice V	Disturbi mentali	Post-ictus	Malattie del sangue e organi	Malattie del sistema nervoso e	Malattie del sistema	Malattie della pelle e del tessuto	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato	Malattie dell'apparato	Malattie infettive e parassitarie	Malattie delle ghiandole	Malformazioni congenite	Sintomi, segni e stati morbosi	Traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Totale	Degenza media Post-Ictus
AG-CL-EN	1	27	32	4	87	15	10	10	3	20	3	8	22	64	3	309	26			
Presidio Ospedaliero																				
P.O. "Barone Lombardo" di Canicattì (AG)					8					2						2		12	14	
P.O. "Carlo Basilotta" di Nicosia (EN)	1				1			3		1								1	7	15
P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina (EN)		6			2	1		3		10	1				3			1	27	20
P.O. "M. Raimondi" di S. Cataldo (CL)	1	11		1	3	5	1		4	1	4		8		18	5		1	98	25
P.O. "Maria Immacolata Longo" di Mussomeli (CL)		5			8	1				1	1								17	25
P.O. "San Giacomo D'Altopasso" di Licata (AG)				15	12	1													28	31
P.O. "Suor Cecilia Basarocco" di Niscemi (CL)		2			3	2				1		2							10	17
P.O. "S. Giovanni Di Dio" di Agrigento	2		16		18	5	9				2				1	57		110	31	

Codice 60: Comparto Agrigento-Caltanissetta-Enna

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022)

	Altre Malattie del sistema circolatorio	Altre condizioni morbose di origine	Altro	Codice V	Complicazioni della gravidanza, de	Disturbi mentali	Post-ictus	Malattie del sangue e organi	Malattie del sistema nervoso e degli	Malattie del sistema osteomuscolare e	Malattie della pelle e del tessuto	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato genitourinario	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie delle ghiandole endocrine,	Malattie infettive e parassitarie	Malformazioni congenite	Sintomi, segni e stati morbosi	Traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Totale	Degenza media Post-ictus
ME	65	3	4	121	1	3	4	21	35	27	63	12	1	19	26	9	414	16				
Presidio Ospedallero																						
P.O. "Barone Romeo" di Patti	19		1	33			1	1	5	2	20	6					11	5	2	106	19	
P.O. "Civile" di Lipari	2	2		4		2	2		1	2	1						1	2		19	9	
P.O. "S. Salvatore" di Mistretta	6		2	59		1	1	2	2	10	5					1	1	18	2	110	23	
Privato Accreditato																						
Casa di Cura "S. Camillo" - Messina	38	1	1	25		1		20	28	22	31						6	1	5	179	11	

Codice 60: Comparto Messina

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

(segue nella pagina successiva)

[\(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022\)](#)

	condizioni di origine	sist. Circolatorio	Altro	Codice V	Complicazioni della	Disturbi mentali	Post-ictus	Sangue	sist. nervoso	sist. Osteomuscolare	Pelle	app. Digestivo	app. Genitourinario	app. Respiratorio	ghiandole endocrine	Malattie infettive e	Malformazioni	Simptomi maldefiniti	Traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Totale	Degenza media Post-ictus	
PA-TP		109	4	181			325	10	47	9	7	50	22	180	27	3	1	16	119	15	1125	22	
Presidio Ospedaliero																							
A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia" - Palermo		45		117			165	3	10	4	4	17	8	111	23	3	1	4	18	3	536	19	
Fondazione "San Raffaele – G. Giglio" di Cefalù (PA)		5		6			17		21					12				2	14	1	78	52	
P.O. "B. Nagar" di Pantelleria		2					1	1				1								1	6	10	
P.O. "S. Vito e Santo Spirito" di Alcamo		4		3			32			1		2	1	10	2						55	15	
P.O. "Vittorio Emanuele III" di Salemi		2	1	2			16		2	2		1	4	3	1				3	2		39	29
Privato Accreditato																							
Casa di Cura "La Maddalena" – Palermo		2		28			19	1	5	2		1		2					67	6	133	28	
Casa di Cura "Macchiarella S.p.A." - Palermo		6		25			64		8				3	7				2	5	2	122	21	
Casa di Cura "Noto Pasqualino srl" - Palermo																			3		3	14	
Casa di Cura "Triolo Zanca S.p.A." - Palermo		43	3				11	5	1		3	28	6	35	1			5	10	2	153	11	

Codice 60: Comparto Palermo-Trapani

Per ricoveri post-ictus si intendono le SDO nella cui diagnosi principale e/o secondaria compare almeno un codice ICD-9-CM 430-438

[\(ritorna al Paragrafo Condivisione dei dati SDO di riabilitazione 2022\)](#)

Allegato 5: Criteri di accesso ai setting di riabilitazione

- **Recupero e Riabilitazione Funzionale:**

- DO in Unità clinica di riabilitazione ad alta complessità cod.56a
- DO/DH in Unità clinica di riabilitazione intensiva a minore complessità cod.56b

CRITERI DI ACCESSO
<ul style="list-style-type: none"> • Paziente suscettibile di significativo miglioramento funzionale e collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale • Paziente con significativa restrizione dell'attività (BI \leq 60) • Il paziente necessita di una sorveglianza medico-infermieristica h24 per il recupero di disabilità importanti che richiedono un elevato impegno valutativo e terapeutico • Il paziente è in grado di partecipare alla riabilitazione e di trarre giovamento da un trattamento riabilitativo di almeno 18 ore settimanali (di norma 3 ore/die)
CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Paziente gravemente dipendente prima dell'evento ictale • Paziente con malattia terminale (es: patologia tumorale a rapido aggravamento) • Paziente con grave insufficienza cardiaca con frazione di eiezione <25% • Paziente che risponde ad altri criteri di presa in carico

- **Recupero e Riabilitazione Funzionale:**

- DO in Unità clinica di riabilitazione estensiva: cod.56c

CRITERI DI ACCESSO
<ul style="list-style-type: none"> • Paziente con danno grave (BI \leq 20) o con disabilità lieve (BI > 60) • Il paziente è suscettibile di significativo miglioramento funzionale e collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale • Il paziente con disabilità con potenzialità di recupero funzionale che presentano una condizione di instabilità clinica e richiedono sorveglianza h24 • Il paziente è in grado di partecipare alla riabilitazione e di trarre giovamento da un trattamento riabilitativo di almeno 6 ore settimanali (di norma 1 ora/die)
CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Paziente gravemente dipendente prima dell'evento ictale • Paziente con malattia terminale (es: patologia tumorale a rapido aggravamento) • Paziente con grave insufficienza cardiaca o con frazione di eiezione <25% • Paziente che risponde ad altri criteri di presa in carico

- **Neuroriabilitazione:** DO/DH in UU.OO. afferenti alla disciplina «Neuroriabilitazione» cod.75

CRITERI DI ACCESSO
<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma protratto per almeno 24h (GCS \leq 8) ove coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano menomazioni multiple e complesse che necessitano di interventi valutativi e terapeutici (v. allegato 1, DM 5/8/21)

- **Riab. Territoriale**

- **Intensiva:** Day service riabilitativo (DSR)
- **Estensiva:** Ambulatoriale, residenziale/ semiresidenziale, cure domiciliari (ADI³²) o (PAI³³)

SETTING	CRITERI DI ACCESSO
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con condizione clinica stabilizzata che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti e che hanno la necessità di un'adeguata tutela assistenziale nelle 24h (residenziale) o per tempi minori (semiresidenziale) • Scarse prospettive di recupero
Day service riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Casi complessi (menomazioni e/o disabilità importanti) che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine, eseguiti da almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione; • Patologie disabilitanti croniche ad alto impatto sociale che richiedono frequenti monitoraggi e valutazioni cliniche; • Situazioni non croniche complesse
Ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con disabilità specifiche (es: disturbo del linguaggio, lieve atassia o disabilità motorie di minore gravità) • Casi complessi (menomazioni e/o disabilità importanti) che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine, eseguiti da almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione; • Casi non complessi (menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine) che necessitano di una sola tipologia di prestazioni riabilitative
Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti clinicamente stabili con disabilità medio-lieve (BI > 50) • Pazienti intrasportabili per motivi clinici; • Contesto socio-familiare adeguato (e.g. presenza di un caregiver) • Progetto riabilitativo realizzabile efficacemente in ambiente domiciliare
Hospice/SUAP	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con scarse prospettive di recupero o con assenza di prospettiva di recupero (terminale a 6 mesi) e che non sono in grado di essere gestiti a domicilio

(ritorna al Paragrafo Criteri di appropriatezza per l'accesso ai setting di riabilitazione)

32 Assistenza Domiciliare Integrata

33 Percorso di Assistenza Individualizzato

(ritorna al Paragrafo Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit)

Allegato 6: Criteri di appropriatezza dettagliati per ricovero conseguente ad evento acuto e non conseguente ad evento acuto

SETTING	CRITERI DI APPROPRIATEZZA	
	Ricovero conseguente ad evento acuto	Ricovero non conseguente ad evento acuto **
Intensivo a maggiore complessità (cod.56a)	<ul style="list-style-type: none"> • se tra le diagnosi / procedure della SDO del ricovero di riabilitazione risultano almeno 3 codici ICD-9-CM che definiscono il ricovero «complesso» (v.allegato 3, DM 5/8/21) • se i valori registrati all'ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati nel protocollo sperimentale* per il livello di complessità della struttura • se è soddisfatto il criterio della distanza temporale tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ammissione del ricovero di riabilitazione (v. allegato 5, DM 5/8/21) 	<ul style="list-style-type: none"> • se la diagnosi principale e almeno 3 tra le diagnosi/procedure della SDO riabilitativa, sono ricomprese tra i codici ICD-9-CM che definiscono il ricovero «complesso» OPPURE se presentano tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione almeno 2 codici ICD-9-CM di «Mielolesione» (v.allegato 2, DM 5/8/21) • se i valori registrati all'ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati nel protocollo sperimentale per il livello di complessità della struttura
Intensivo a minore complessità (cod.56b)	<ul style="list-style-type: none"> • se tra le diagnosi/procedure della SDO riabilitativa risultano almeno 2 codici ICD-9-CM che definiscono il ricovero «complesso» (v.allegato 3, DM 5/8/21) • se i valori registrati all'ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati nel protocollo sperimentale* per il livello di complessità della struttura • se è soddisfatto il criterio della distanza temporale tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ammissione del ricovero di riabilitazione (v. allegato 5, DM 5/8/21) 	<ul style="list-style-type: none"> • se la diagnosi principale e almeno 2 tra le diagnosi/procedure della SDO riabilitativa sono ricomprese tra i codici ICD-9-CM che definiscono il ricovero «complesso» (v.allegato 3, DM 5/8/21) • se i valori registrati all'ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati nel protocollo sperimentale per il livello di complessità della struttura
	Ricovero conseguente ad evento acuto	Ricovero non conseguente ad evento acuto**
Riabilitazione estensiva (cod. 56c)	<ul style="list-style-type: none"> • se le diagnosi riportate nella SDO del ricovero per acuti sono clinicamente correlate con il successivo ricovero di riabilitazione (v. allegato 4, DM 5/8/21) • se i valori registrati all'ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati nel protocollo sperimentale per il livello di complessità della struttura • se è soddisfatto il criterio della distanza temporale tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ammissione del ricovero di riabilitazione (v.allegato 5, DM 5/8/21) 	<ul style="list-style-type: none"> • se la diagnosi principale e almeno una tra le diagnosi/procedure della SDO riabilitativa è ricompresa tra i codici ICD-9-CM che definiscono il ricovero «complesso» (v.allegato 3, DM 5/8/21) • se i valori registrati all'ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati nel protocollo sperimentale per il livello di complessità della struttura
	Ricovero conseguente ad evento acuto	Ricovero non conseguente ad evento acuto**
Unità Spinale (cod. 28)	<ul style="list-style-type: none"> • se sono attribuibili alla MDC 1 • se tra le diagnosi principali o secondarie del ricovero in acuzie sia indicata la «Mielolesione» (v.allegato 2, DM 5/8/21) • se i valori registrati in ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati per il livello di complessità della struttura nel protocollo sperimentale. • se è soddisfatto il criterio della distanza temporale tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ammissione del ricovero di riabilitazione (v.allegato 5, DM 5/8/21) 	<ul style="list-style-type: none"> • se tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una condizione con codice ICD-9-CM di «Mielolesione» (v.allegato 2, DM 5/8/21), una condizione con codice ICD-9-CM che definisce il ricovero «complesso» (v.allegato 3, DM 5/8/21) • se i valori registrati in ingresso dalle scale di disabilità e di complessità corrispondono a quelli individuati per il livello di complessità della struttura nel protocollo sperimentale.
Neuro-riabilitazione (cod. 75)	<ul style="list-style-type: none"> • se sono attribuibili alla MDC 1 • se tra le diagnosi principale o secondarie del ricovero in acuzie sia indicata la «Grave Cerebrolazione Acquisita» (v.allegato 1, DM 5/8/21) 	<ul style="list-style-type: none"> • se sono attribuibili alla MDC 1 • se tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una condizione con codice ICD-9-CM di «Grave Cerebrolazione Acquisita» (v.allegato 1, DM 5/8/21), con inserimento obbligatorio nella SDO di valori di ingresso delle specifiche scale di funzionalità indicate nel protocollo sperimentale relativi a indicatori di gravità sia della compromissione funzionale che della complessità riabilitativa assistenziale superiori a soglie definite dal Gruppo Tecnico e aggiornati a seguito della sperimentazione*.

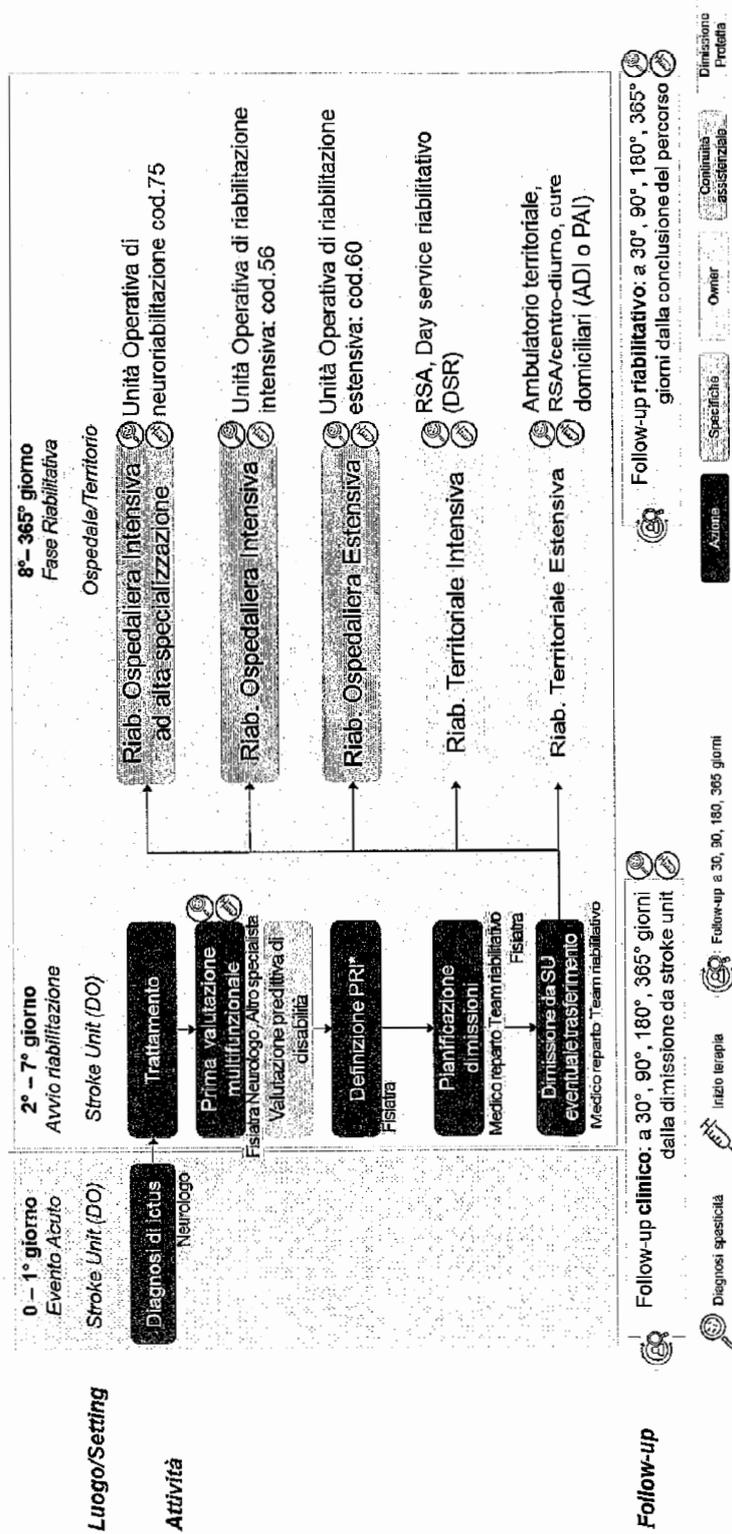
*I valori soglia delle scale di disabilità (Rankin, BI, BD, 6MWT) e di complessità assistenziale (RCS) dovranno essere definiti preliminarmente prima dell'avvio della sperimentazione nel protocollo sperimentale. Tali scale sono oggetto della sperimentazione e sono suscettibili di modifiche al termine della stessa.

** o non è soddisfatto il criterio della distanza temporale

(Torna al Paragrafo Criteri di appropriatezza per l'accesso ai setting di riabilitazione)

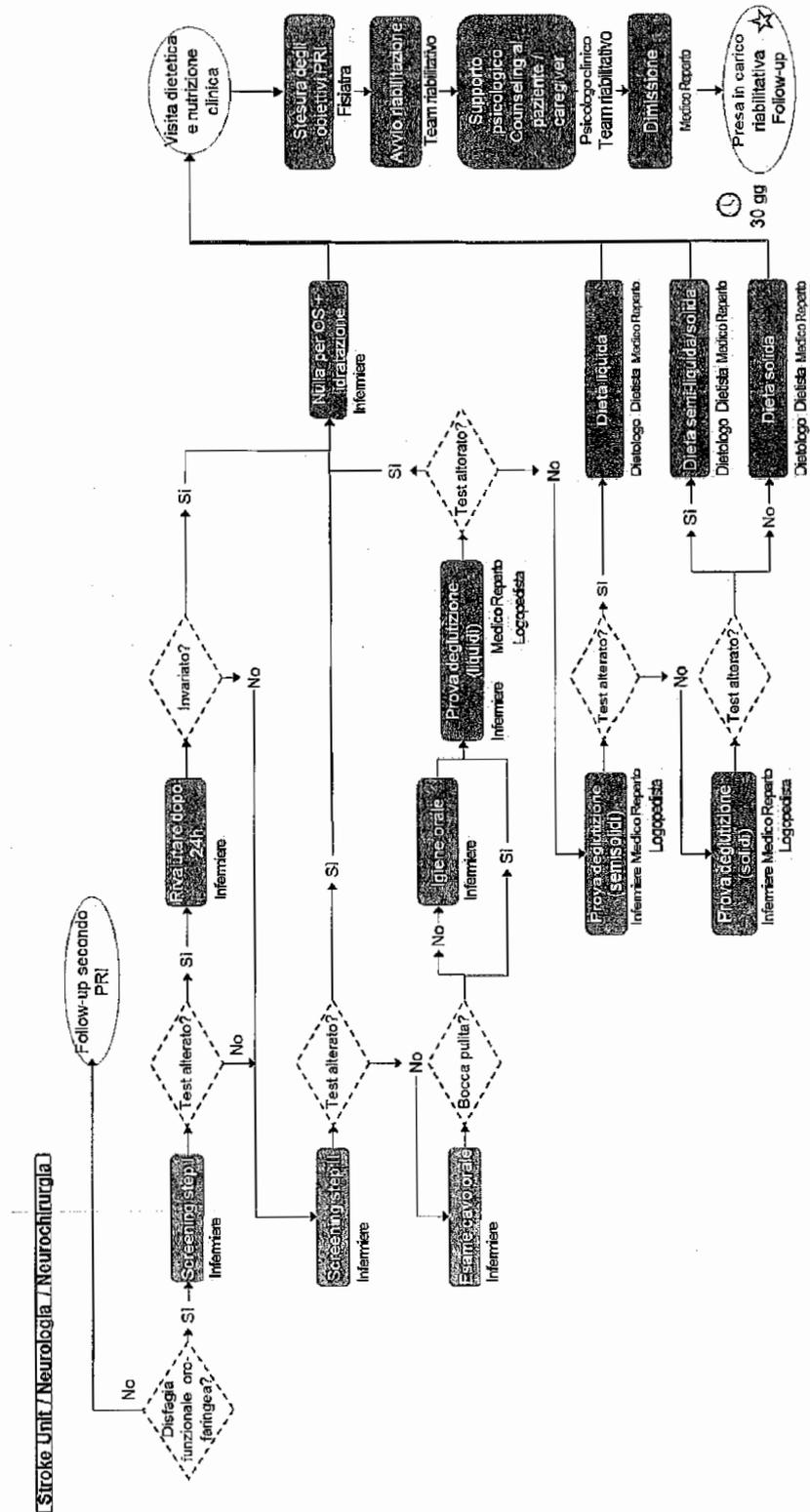
5.2.2. Allegati capitolo III

Allegato 7: Attività del percorso paziente dall'evento acuto fino alla fase riabilitativa



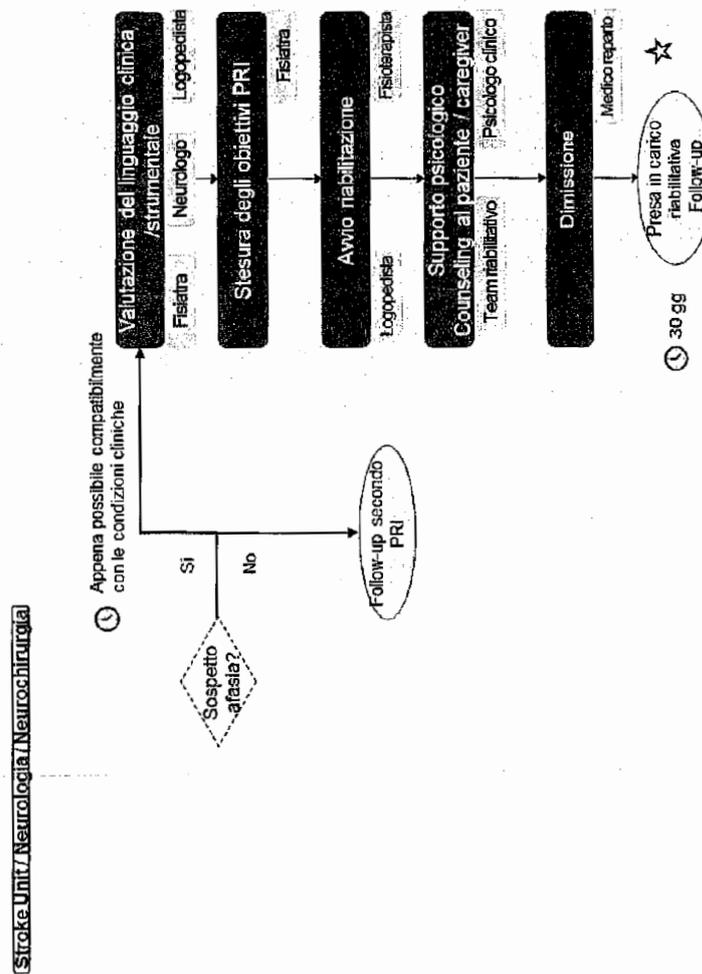
(ritorna al Paragrafo Avvio della riabilitazione in stroke unit)

Allegato 8: Albero decisionale per la definizione della corretta gestione del paziente con sospetta disfagia post-ictus



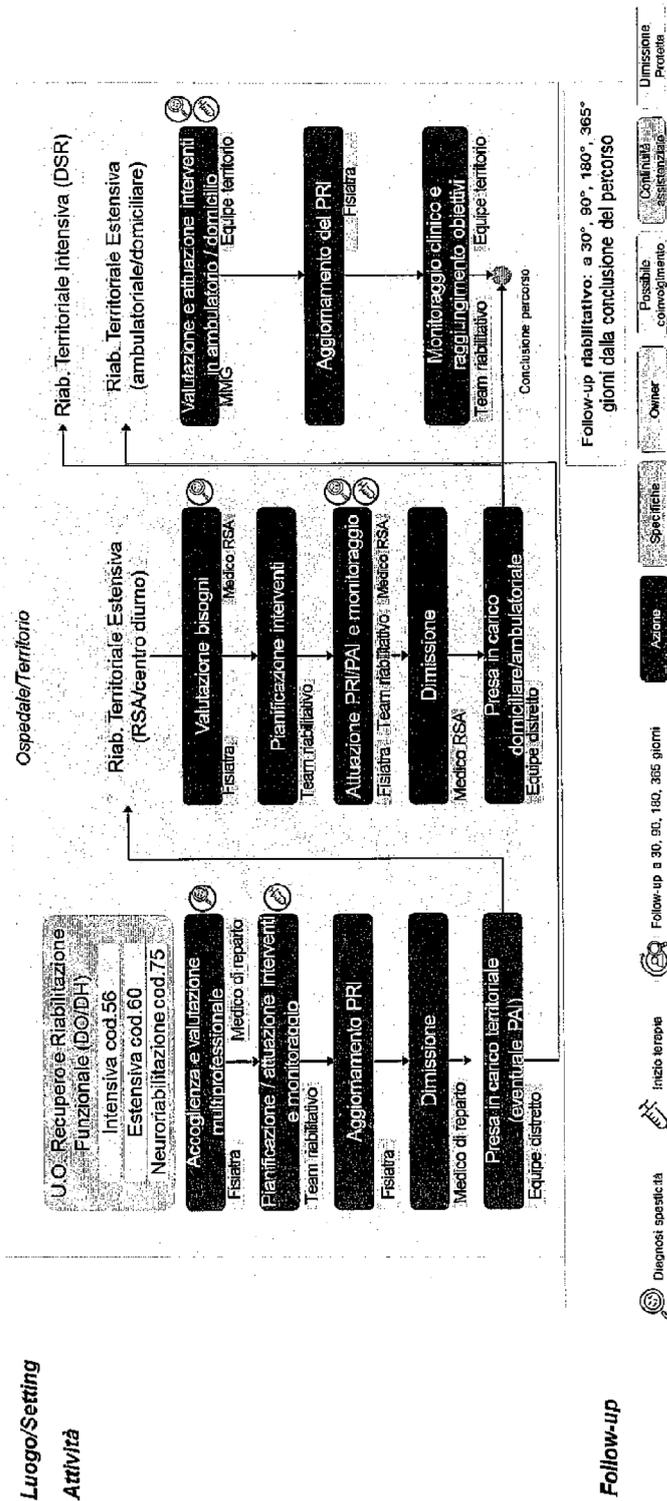
(ritorna al Paragrafo Avvio della riabilitazione in stroke unit – Disfagia post-ictus)

Allegato 9: Albero decisionale per la definizione della corretta gestione del paziente con sospetta afasia post-ictus



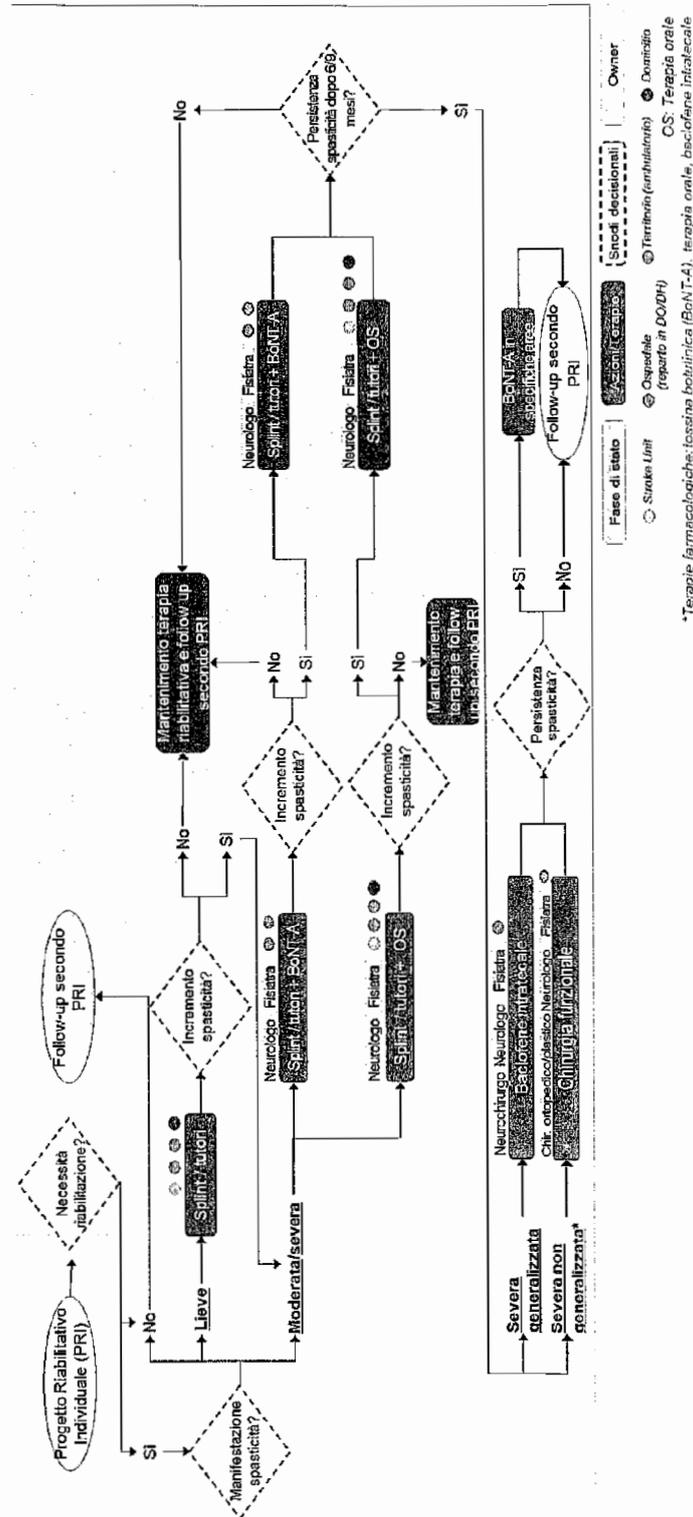
(ritorna al Paragrafo Avvio della riabilitazione in stroke unit – Afasia post-ictus)

Allegato 10: Attività della fase riabilitativa



(ritorna al Paragrafo Gestione della continuità della presa in carico)

Allegato 11: Albero decisionale per la definizione della corretta terapia



(Ritorna al Paragrafo Approfondimento: Spasticità)

Allegato 12: Scala di Ashworth Modificata**Scala di Ashworth Modificata (MAS)***Strumento clinico di valutazione soggettiva che valuta il grado di spasticità analizzando la resistenza muscolare al movimento passivo*

DATA							LEGENDA
	DX	SX	DX	SX	DX	SX	
ARTO SUP.							0 Nessun aumento del tono muscolare 1 Lieve aumento del tono muscolare, con blocco (sensazione di resistenza) alla fine del ROM in flessione o estensione 1+ Lieve aumento del tono con blocco minore del 50% dell'arco di movimento 2 Modesto aumento del tono muscolare, con blocco maggiore del 50% con ROM completo 3 Notevole aumento del tono muscolare ROM ancora completo estremamente difficile e con notevole impiego di tempo 4 Segmento rigido in flessione o in estensione
Spalla	<input type="checkbox"/>						
Gomito	<input type="checkbox"/>						
Polso	<input type="checkbox"/>						
ARTO INF.	DX	SX	DX	SX	DX	SX	
Spalla	<input type="checkbox"/>						
Gomito	<input type="checkbox"/>						
Polso	<input type="checkbox"/>						

Allegato 13: Checklist elementi predittivi di spasticità ("Red Flag")**Checklist elementi predittivi di spasticità***Elementi da considerare durante la valutazione predittiva di disabilità per identificare i pazienti ad alto rischio di spasticità***Checklist**

- Tono muscolare / livello di flaccidità del paziente (per localizzazione corporea)
- Valore della scala di Ashworth maggiore o pari a 1
- Presenza di dolore (con distinzione fra arto inferiore o superiore)
- Livello di difficoltà a stare eretti (attenzione se elevata difficoltà dopo 15 giorni)
- Rilevanza del deficit cognitivo
- Valore dell'elettromiografia (EMG) (misura attività dei muscoli e identificazione pattern anomali)
- Valore della scala di Tardieu Modificata (MTS)

Allegato 14: Checklist Lettera di dimissioni**Checklist Lettera di dimissioni**

Deve essere predisposta dal medico di reparto con contributo del fisiatra

CONTENUTI (trattati in modo sintetico)

- Diagnosi di dimissione
- Piano riabilitativo individuale (fisioterapia, terapia farmacologica, follow up)
- Indicazioni sulla struttura di riabilitazione
- Consulenze e accertamenti strumentali/laboratoristici significativi eseguiti
- Esito danno funzionale complesso
- Condizione del paziente alla dimissione
- Accertamenti in post/ricovero
- Eventuali ulteriori documenti utili per la continuità assistenziale
- Appuntamenti di follow-up clinici e/o riabilitativi

Allegato 15: Modulo di richiesta di trasferimento

PROPOSTA DI RICOVERO

Cognome	Nome
Data di nascita	Residenza
Tel.	Domicilio
Ospedale di provenienza	Reparto
Motivo del ricovero	

<p>Il paziente durante il ricovero presso la vs. U.O. ha avuto un periodo di stupore/coma di almeno 24h. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Al momento del ricovero aveva una Glasgow \leq a 8 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Note Anamnestiche:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Diagnosi:</p> <hr/> <p>Data evento acuto:</p>

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO E TESSERA SANITARIA

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI

Profilo ematologico	GR	GB	PTL	Hb	Hct
Profilo metabolico	Diabete Mellito Terapia		Glicemia		
Funzione renale	Azotemia		Creatinina	Elettroliti	

Funzione epatica	GOT/GPT	Albumina	AP	Bilirubina
Funzione cardiovascolare	PA	FC	FE%	ECG
Respirazione	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Ventilazione <input type="checkbox"/> SO2 <input type="checkbox"/> FR			
Deglutizione	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Disfagia per liquidi <input type="checkbox"/> Disfagia per solidi <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> PEG			
Sfinteri	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Ritenzione <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/> Pannolone			
Infezioni in atto	<input type="checkbox"/> Alte-basse vie aree <input type="checkbox"/> Vie urinarie <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Esame colturale <input type="checkbox"/> Antibiogramma Terapia			
Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> Sacrali <input type="checkbox"/> Calcaneali <input type="checkbox"/> Trocanteriche <input type="checkbox"/> Altro			
Vigilanza	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Sopore <input type="checkbox"/> Coma - GCS.....			
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria			
Motilità	<input type="checkbox"/> Nella Norma <input type="checkbox"/> Tetraplegia..... <input type="checkbox"/> Tetraparesi..... <input type="checkbox"/> Emiplegia dx.....sn..... <input type="checkbox"/> Emiparesi dx.....sn..... <input type="checkbox"/> Paraplegia..... <input type="checkbox"/> Paraparesi.....			
Autonomia	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente			
Epilessia	<input type="checkbox"/> Crisi Focali <input type="checkbox"/> Crisi Generalizzate			
Terapia in atto				
Supporto familiare	<input type="checkbox"/> Costante <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Sporadico <input type="checkbox"/> Assente			
Commenti				
QUADRO				

**NEURORADIOLOGICO
ATTUALE: (sofferenza
cerebrale flogistica,
neoplastica, traumatica,
vascolare ?)**

N.B.: ALLEGARE RELAZIONE CLINICA, TERAPIA, ULTIMI ESAMI RADIOLOGICI (CD) E LABORATORISTICI

Data _____

Il Medico Compilatore

SCHEDA INFETTIVOLOGICA: (Paziente _____)

TIPO COLTURA	DATA	MICROORGANISMI ISOLATI	ANTIBIOTICO SENSIBILITA'	ANTIBIOTICO RESISTENZA	ANTIBIOTICO PRESCRITTO	INIZIO TERAPIA	FINE TERAPIA

POSITIVITA' TAMPONE NASALE PER STAFILOCOCCO M.D.R.

SI NO

POSITIVITA' TAMPONE RETTALE PER KLEBSIELLA K.P.C.IACINETOBACTER

SI NO

ALTRE POSITIVITA': _____

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO COMPILATORE

(Ritorna al Paragrafo Focus: Avvio della riabilitazione post-ictus in stroke unit)

(2024.24.1182)12.b

La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Pusante Alfonso - via Barone Francesco Celsa, 33.	NARO - "Carpe Diem" di Spina Giovanni - viale Europa, 10.
BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).	PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Bottega della Carta" di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11.
BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Edicola "Scilipoti" di Stroschio Agostino - via Catania, 13.	PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armanna Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.
CASTELVETRANO - Cartolibreria Marotta di Parrino V. & Valerio N. s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.	RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.
CATANIA - Libreria La Paglia - via Etna, 393/395.	SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.
MODICA - Baglieri Laura - corso Umberto I, 458/460.	TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 350.

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

NUOVE MODALITÀ DI PAGAMENTO: I pagamenti, per qualsiasi servizio della *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana si voglia richiedere, andranno eseguiti secondo le seguenti indicazioni:

> **prioritariamente attraverso il canale PagoPA utilizzando il LINK <https://pagamenti.regione.sicilia.it/static/>, seguendo il percorso che conduce ai servizi della *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana;**

> **in alternativa, qualora non fosse possibile utilizzare il canale PagoPA, il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato a mezzo bonifico sul seguente conto:**

• **IT21H0200804625000106958315 intestato a Regione siciliana, avendo cura di indicare nella causale del bonifico INSERZIONI GURS (operativo dall'1 gennaio 2024).**

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2024

PARTE PRIMA

I)I Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale	
— annuale	€ 81,00
— semestrale	€ 46,00
II)I Abbonamento ai fascicoli ordinari, inclusi i supplementi ordinari e l'indice annuale:	
— soltanto annuale	€ 208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento annuale (abbonamento semestrale non previsto)	€ 23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15
Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.	

PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale (versione cartacea)	€ 166,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento annuale (solo on-line)	€ 133,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (versione cartacea)	€ 91,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (solo on-line)	€ 73,00 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 3,50 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,00 + I.V.A. ordinaria

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti + I.V.A. ordinaria.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni facciata	€ 0,15 + I.V.A. ordinaria
--	---------------------------

Per l'estero i prezzi di abbonamento e vendita sono il doppio dei prezzi suddetti

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato, a mezzo **bollettino postale**, sul c/c postale n. 00296905 intestato alla "Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana - abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione (in atto, UNICREDIT), indicando nella causale di versamento per quale parte della Gazzetta ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione della Gazzetta non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della Gazzetta deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione del Codice Univoco, delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dell'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, se concernenti l'intero anno, dal 1° gennaio al 30 giugno se relativi al 1° semestre e dal 1° luglio al 31 dicembre, se relativi al 2° semestre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati ed esauriti o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre e entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.a. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della Gazzetta.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione di una etichetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

Si fa presente che, in atto, l'I.V.A. ordinaria viene applicata con l'aliquota del 22%.

AVVISO Gli uffici della *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 15,45 alle ore 17,15. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

MELANIA LA COGNATA, *direttore responsabile*

PIO GUIDA, *condirettore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 5,75

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione