

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 3 luglio 2026, n. G09098

Approvazione del documento "Ottimizzazione del Percorso Assistenziale dei Pazienti con Lesione Midollare" e integrazione del Piano di Rete Regionale per il Trauma Grave di cui alla determinazione regionale n. G01810 del 13 febbraio 2025.

OGGETTO: Approvazione del documento “*Ottimizzazione del Percorso Assistenziale dei Pazienti con Lesione Midollare*” e integrazione del Piano di Rete Regionale per il Trauma Grave di cui alla determinazione regionale n. G01810 del 13 febbraio 2025.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modificazioni e s.m.i.;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2026, n. 395 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;

VISTO l’Atto di organizzazione n. G17798 del 29 dicembre 2025 di conferimento alla Dott.ssa Eleonora Lo Cascio dell’incarico di dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai sensi del combinato disposto dell’art. 162 e dell’allegato “H” del Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei Servizi della Giunta regionale n. 1/2002 e successive modificazioni;

VISTI in materia sanitaria:

- la legge 27 dicembre 1978, n. 833 recante “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”;
- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e successive modifiche e integrazioni, concernente il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del d.lgs. 502/1992;
- l’Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 18 dicembre 2019, rep. n. 209/CSR concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- la DGR n. 406 del 26 giugno 2020 avente ad oggetto “*Presa d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento*”;
- la DGR n. 661 del 29 settembre 2020, avente ad oggetto “*Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020*”;
- la DGR n. 115 del 5 marzo 2026: “Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028, in conformità agli standard previsti nel DM n. 70/2015”;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 289 del 7 maggio 2026: “Aggiornamento del documento denominato: “Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali”, di cui alla DGR n. 736/2019”;

VISTO l’Accordo Stato-Regioni n. 1427 del 4 aprile 2002: “Linee-guida per l’organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi”;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni n. 1967 del 29 aprile 2004 "Linee guida per le unità spinali unipolari";

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 427/2005 "Assistenza protesica per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 169 del 21 marzo 2008, "Linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza";

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011: "Piano d'indirizzo per la Riabilitazione";

VISTO il DPCM del 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie";

VISTO l'Accordo Stato-Regioni n. 14 del 24 gennaio 2018 – "Linee guida per la revisione delle reti Cliniche DM 70/2015. Le reti tempo dipendenti";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00314 del 29 agosto 2018, concernente il recepimento del citato Accordo;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 4 agosto 2021 "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 2 del 4 gennaio 2024, concernente il recepimento del predetto Accordo e la sperimentazione dei nuovi criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri in riabilitazione ospedaliera;

VISTO il Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62 concernente la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 621 del 17 luglio 2025: "Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care";

VISTA la Determinazione dirigenziale n. G01810 del 13 febbraio 2025, concernente la "Revisione del Piano di Rete per il Trauma Grave";

VISTO l'Atto di Organizzazione n. G04003 del 1° aprile 2025: "Modifica della composizione del Coordinamento regionale della Rete Trauma Grave";

PREMESSO che:

- il percorso clinico-assistenziale delle lesioni midollari traumatiche è parte integrante del Piano di Rete Trauma Grave di cui alla Determinazione n. G01810/2025, che definisce i principi organizzativi e i collegamenti tra i diversi setting;
- le strutture afferenti alla Rete dei servizi dedicati al trattamento delle lesioni midollari devono essere in grado di accogliere persone di tutte le fasce di età, a seguito di eventi traumatici o non traumatici;
- la gestione tempestiva e altamente specializzata delle lesioni midollari è fondamentale al fine di garantire la sopravvivenza nella fase acuta, ridurre il rischio di complicanze e favorire il reinserimento attivo della persona nella società al termine dell'iter riabilitativo;

CONSIDERATO che, al fine di migliorare il percorso assistenziale delle persone con lesione midollare mediante un modello organizzativo multidisciplinare sempre più integrato e orientato alla continuità della presa in carico, il Coordinamento Regionale della Rete Trauma Grave (RTG), con il supporto del Coordinamento Regionale delle Centrali Operative Territoriali (CR-COT) di ARES 118 e delle strutture di riferimento della rete regionale per il trattamento delle lesioni midollari (Unità Spinale Unipolare dell'Ospedale CTO Andrea Alesini – ASL Roma 2, Centro Paraplegici di Ostia (CPO) – ASL Roma 3 e Fondazione Santa Lucia – IRCCS), ha elaborato un percorso assistenziale strutturato volto a garantire elevati standard qualitativi di cura e uniformità organizzativa sull'intero territorio regionale;

VISTO il documento denominato “*Ottimizzazione del percorso assistenziale dei pazienti con lesione midollare*”;

RILEVATO che tale percorso dà attuazione a quanto previsto dal paragrafo 5.5 “Percorso Lesioni Midollari e Ustioni” del Piano di Rete per il Trauma Grave, approvato con Determinazione n. G01810/2025;

TENUTO CONTO che il suddetto documento denominato “*Ottimizzazione del percorso assistenziale dei pazienti con lesione midollare*” integra il Piano di Rete Regionale per il Trauma Grave, disciplinando in maniera organica il percorso assistenziale delle persone con lesione midollare e definendo un modello organizzativo multidisciplinare, integrato e orientato alla continuità della presa in carico, al fine di garantire uniformità di intervento e appropriatezza delle cure sull'intero territorio regionale;

PRESO ATTO che il predetto documento è stato condiviso con le Direzioni Sanitarie delle strutture afferenti alla Rete Regionale per la gestione dei pazienti con lesione midollare;

RITENUTO di approvare il documento: “*Ottimizzazione del Percorso Assistenziale dei Pazienti con Lesione Midollare*”, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, disponendone l'integrazione nel Piano di Rete Regionale per il Trauma Grave, di cui alla determinazione regionale n. G01810 del 13 febbraio 2025;

DETERMINA

Per le motivazioni indicate in premessa che si richiamano integralmente;

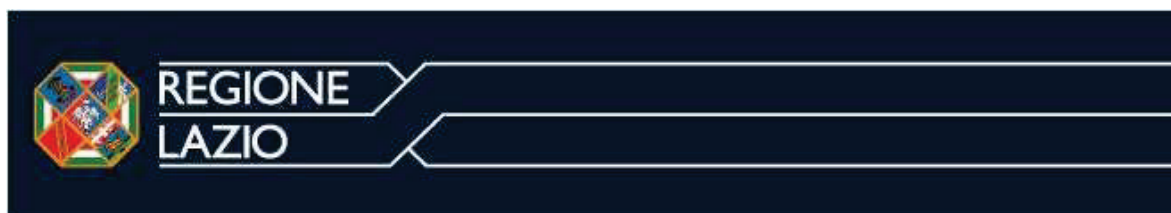
- di approvare il documento: “*Ottimizzazione del Percorso Assistenziale dei Pazienti con Lesione Midollare*”, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, disponendone l'integrazione nel Piano di Rete Regionale per il Trauma Grave, di cui alla determinazione regionale n. G01810 del 13 febbraio 2025.

Il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà all'adozione di tutti gli atti necessari all'attuazione del presente atto.

Il presente atto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale da presentarsi entro 60 (sessanta) giorni, ovvero in via alternativa, al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni dalla sua pubblicazione.

IL DIRETTORE
Andrea Urbani



**OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DEI PAZIENTI
CON LESIONE MIDOLLARE**

Sommario

INTRODUZIONE	2
1 PREMESSA	2
2 CONTESTO	3
3 SCOPO	3
4 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
5 OBIETTIVO	3
6 IL PERCORSO.....	4
6.1 FASE PRE-ACCESSO	4
6.2 FASE DEL RICOVERO	5
6.3 PRESA IN CARICO PRECOCE DEL PAZIENTE CON BISOGNO DI SERVIZI TERRITORIALI E SOCIALI	7
6.4 FASE DELLA DIMISSIONE	8
6.5 TRANSIZIONE VERSO REPARTI RIABILITATIVI A MINORE INTENSITÀ	8
6.6 FASE DEL RIENTRO	8
7 SVILUPPO DEL PERCORSO AUSILI.....	9
8 SVILUPPO DELL'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE	9
9 REGISTRO DI PATOLOGIA	10
10 ASSOCIAZIONE DEGLI UTENTI E DEI FAMILIARI	10
11 INDICATORI	10
12 PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI	11

INTRODUZIONE

Il presente documento definisce il percorso assistenziale regionale dedicato alle persone con lesione midollare, attraverso un modello multidisciplinare e integrato finalizzato a garantire una presa in carico globale e continuativa della persona in tutte le fasi del percorso di cura, dall'evento acuto alla riabilitazione, fino al reinserimento nel contesto familiare, sociale e lavorativo.

Il documento costituisce parte integrante e attuativa del **Piano di Rete per il Trauma Grave della Regione Lazio**, approvato con **Determinazione n. G01810 del 13 febbraio 2025**, e dà attuazione a quanto previsto al **paragrafo 5.5 "Percorso Lesioni Midollari e Ustioni"**, che individua la necessità di assicurare un percorso assistenziale dedicato alle persone con lesione midollare nell'ambito della Rete Trauma Grave regionale.

Il percorso è stato sviluppato dal **Coordinamento della Rete Trauma Grave (RTG)**, con il supporto del Coordinamento Regionale delle **Centrali Operative Territoriali (CR-COT)** e delle strutture di riferimento della rete regionale per il trattamento delle lesioni midollari (**Unità Spinale Unipolare dell'Ospedale CTO Andrea Alesini – ASL Roma 2, Centro Paraplegici Ostia (CPO) – ASL Roma 3 e Fondazione Santa Lucia -IRCCS**).

In coerenza con la programmazione regionale, il modello organizzativo è rivolto alle persone di tutte le fasce di età affette da lesione midollare di origine traumatica e, ove appropriato, non traumatica. La complessità clinica e assistenziale di tali condizioni richiede una valutazione multidimensionale precoce, orientata all'individuazione del setting assistenziale più appropriato e alla definizione di un progetto di cura personalizzato, in grado di garantire continuità assistenziale e integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

Particolare attenzione è rivolta alla gestione delle condizioni cliniche che possono influenzare il percorso riabilitativo e alla tempestiva attivazione degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali necessari per favorire il recupero funzionale e l'autonomia della persona. Tra questi rientrano l'accesso agli ausili, gli interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche, il sostegno al reinserimento familiare, scolastico, lavorativo e sociale e l'eventuale accesso ai servizi territoriali e residenziali.

L'obiettivo del presente documento è pertanto quello di rafforzare l'integrazione tra la rete dell'emergenza-urgenza, le strutture ospedaliere specialistiche, i servizi riabilitativi e la rete territoriale, promuovendo uniformità organizzativa, appropriatezza clinica, tempestività degli interventi ed equità di accesso alle cure sull'intero territorio regionale.

1 PREMESSA

La gestione tempestiva e specializzata delle lesioni midollari (LM) è fondamentale per assicurare la sopravvivenza nella fase acuta, la riduzione del rischio di complicanze e il reinserimento attivo della persona nella società al termine dell'iter riabilitativo. La continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra i professionisti dei diversi setting può garantire il migliore percorso di cura e di recupero funzionale in assenza di una terapia in grado di rigenerare il tessuto nervoso.

2 CONTESTO

Il documento di Programmazione della Rete Ospedaliera (DGR 115/2026) individua i posti letto codice 28, collocati presso l'Unità Spinale (US) dell'Azienda Ospedaliera A. Alesini e presso i Centri Spinali (CS) del Centro Paraplegici di Ostia (CPO) e della Fondazione Santa Lucia.

Le strutture della rete dedicate al trattamento delle lesioni midollari (LM) devono essere organizzate per accogliere persone di tutte le fasce di età che abbiano riportato una lesione di origine traumatica o non traumatica.

La complessità del quadro clinico rende necessario un inquadramento multidimensionale della persona e una corretta valutazione prognostica funzionale, al fine di individuare il setting assistenziale più appropriato e garantire la continuità delle cure, tenendo conto anche delle eventuali problematiche cliniche che possono influenzare il percorso riabilitativo.

Il prolungamento della degenza dei pazienti con lesione midollare è frequentemente correlato sia a condizioni che determinano un rallentamento del turnover dei posti letto, sia alle difficoltà di accesso ai percorsi e ai servizi necessari per soddisfare i bisogni della persona. Tra questi rientrano la fornitura di ausili, gli interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche, il reinserimento socio-familiare e lavorativo e l'accesso alle strutture residenziali territoriali.

3 SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di rendere più fluide ed efficaci le fasi del percorso di cura e assistenza per le persone con lesione midollare.

4 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica ai pazienti con lesione midollare degenti presso le Strutture di ricovero della Rete ospedaliera, che necessitano di proseguire il percorso assistenziale nei reparti riabilitativi identificati con il Codice 28 (Unità Spinale e Centri Spinali) ed anche agli utenti dimessi a domicilio che necessitano di nuovo accesso in Codice 28 per trattare criticità emerse nella fase post-dimissione e rivalutare/modificare il progetto riabilitativo individuale.

5 OBIETTIVO

Il documento di *Ottimizzazione del Percorso Assistenziale dei Pazienti con Lesione Midollare* ha la finalità di migliorare le diverse fasi del percorso assistenziale, a partire dalla degenza nel reparto per acuti fino al rientro a domicilio o all'accesso in altro setting riabilitativo e/o residenziale territoriale. L'integrazione tra le Strutture ospedaliere per acuti, l'Unità spinale, i Centri spinali della Regione e le COT-A, coordinata dal CR-COT, è funzionale ad assicurare appropriatezza e continuità nella presa in carico della persona con LM e il più veloce transito tra un setting e l'altro.

6 IL PERCORSO

6.1 FASE PRE-ACCESSO

Attivazione Team codice 28 e valutazione nel reparto per acuti

L'organizzazione di un collegamento tra i clinici dei diversi setting assistenziali, sin dalla fase iniziale del ricovero in acuzie, può permettere l'attivazione precoce del trattamento riabilitativo e valutare la congruità delle condizioni per il ricovero in reparto codice 28. A questo fine è prevista la costituzione di un "*team valutativo multidisciplinare*" (denominato **team codice 28**) composto da professionisti esperti, inizialmente afferenti all'US, per la presa in carico e il trattamento della lesione midollare, attraverso una prima valutazione da effettuare direttamente nei reparti per acuti.

Il team è composto da un medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione afferente alla US del CTO, un infermiere formato e un autista dedicato afferenti ad ARES 118.

Modalità di attivazione del team codice 28:

- 1) il Team Operativo Ospedaliero (TOH), entro 48 ore dal ricovero di un paziente con lesione midollare, invia una comunicazione al CR-COT all'indirizzo e-mail dedicato (crcot.codice28@ares118.it), indicando il nominativo e i recapiti del clinico di riferimento (telefono e/o e-mail), necessari per consentire la comunicazione diretta con il team codice 28;
- 2) il CR-COT (attivo 7/7 dalle ore 8:00 alle ore 20:00), una volta ricevute tali informazioni, le trasmette al responsabile del team codice 28;
- 3) il team codice 28, entro 24 ore dalla richiesta avanzata dal TOH, fornisce riscontro contattando il referente clinico e concordando con lo stesso, tramite e-mail, la data della valutazione. Il primo intervento del team avviene entro 72 ore dalla segnalazione della Struttura di ricovero.

È prevista, nell'ambito delle prossime implementazioni della Piattaforma Transitional Care, l'integrazione del flusso informativo relativo all'intero processo operativo sopra descritto, al fine di garantirne una gestione tracciabile e uniforme sull'intero territorio regionale.

Valutazione del paziente e definizione del percorso clinico:

L'attività viene svolta congiuntamente dal Team codice 28 con il clinico di riferimento e, laddove disponibile nella Struttura, lo specialista in medicina fisica e riabilitazione ed il fisioterapista attraverso una prima valutazione al letto del paziente e una collaborazione durante l'intero ricovero anche attraverso incontri in telemedicina.

Questa attività ha lo scopo di garantire:

- un appropriato percorso riabilitativo;
- un'attività di prevenzione di complicanze trombo emboliche;
- una valutazione dell'intestino neurogeno con prescrizione di adeguata terapia;
- una gestione dei posizionamenti a letto al fine di evitare lo sviluppo di lesioni da pressione e di retrazioni muscolo-tendinee.

La condivisione della continuità assistenziale permette di valutare i seguenti aspetti per definire il setting appropriato:

- ✓ diagnosi;
- ✓ necessità di assistenza intensivistica;
- ✓ grado di aderenza della persona ad un programma riabilitativo intensivo (valutazione comorbidità, stato fisico e stato mentale);
- ✓ grado di modificabilità del quadro neurologico o di disabilità della persona mediante il trattamento riabilitativo;
- ✓ prognosi *quoad vitam* sufficientemente prolungata (6 mesi almeno od oltre).

L'identificazione congiunta di condizioni cliniche appropriate attiva la richiesta di trasferimento in codice 28 nella Piattaforma TC, mentre nel caso di condizioni di non idoneità il team codice 28 supporta la decisione congiunta con una consulenza, finalizzata all'identificazione del setting assistenziale più idoneo.

6.2 FASE DEL RICOVERO

L'ingresso presso il codice 28 può avvenire:

- da reparto per acuti, in caso di pazienti con quadri clinici stabilizzati e senza complicanze acute attive, in assenza di ventilazione di supporto. È possibile l'accesso di pazienti con minimo supporto respiratorio (fino a 2 lt/min).
- da domicilio, in caso di pazienti che necessitano di procedure chirurgiche per la comparsa di gravi complicanze successive all'evento acuto, quali trattamento di lesioni da pressione complicate da osteomielite e sepsi, infezioni e disfunzioni dell'apparato urinario, diagnostica per il follow-up di complicanze dell'alvo neurogeno, trattamento di dolore e spasticità.

Presso il CTO è inoltre possibile ricoverare pazienti che provengono:

- da reparto per acuti nei posti letto di terapia intensiva dedicati ai pazienti con lesione midollare; in questo caso i pazienti sono presi in carico dal personale dell'Unità Spinale per la realizzazione di un primo progetto riabilitativo in accordo con i colleghi della terapia intensiva, relativo a tutti quegli aspetti che nell'acuto possono influenzare sia la prognosi *quoad vitam* che il potenziale riabilitativo (respirazione, posizionamenti e prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione, gestione dell'alvo e della vescica neurogeni). I pazienti, quando le condizioni di stabilità clinica lo permettono, verranno trasferiti presso L'Unità spinale del CTO per proseguire il proprio iter riabilitativo.

Degenza

Nel periodo di ricovero vengono gestiti gli aspetti dell'assistenza alle persone con lesione midollare a partire da quelli clinico-diagnostici, funzionali, psicosociali e di continuità assistenziale atti ad inquadrare la situazione del paziente, a facilitare la prognosi e permettere il più alto livello di recupero funzionale in relazione al livello neurologico della lesione.

- 1) A 24-48 ore dal ricovero del Paziente si elabora il progetto riabilitativo individualizzato (PRI) e comunque non oltre dieci giorni (se si tratta di rivalutazione) dal ricovero del paziente, si definisce la prognosi funzionale. Per ogni paziente, il PRI conterrà gli obiettivi riabilitativi a breve, medio e lungo termine e verrà realizzato il programma riabilitativo in relazione alle principali aree di intervento, compresi gli ambiti psicologico e sociale. La definizione del progetto e del programma è condivisa con la persona assistita e con il relativo caregiver individuato e/o assistente personale, se presente. Il progetto e il programma sono inseriti nella cartella clinica dell'assistito, insieme alle informazioni cliniche ed alla relazione sociale.
- 2) Di norma, ogni 7-10 giorni, si svolge un incontro del team multidisciplinare (medici riabilitatori, fisioterapisti, infermieri, terapisti occupazionali, assistenti sociali, psicologi, logopedisti, consulenti alla pari) dedicato a valutare i progressi e le necessità del paziente, con conseguente aggiornamento del progetto riabilitativo.
- 3) La prognosi viene comunicata dal medico al paziente ed ai familiari/caregiver e viene effettuata la valutazione e la prescrizione di ortesi, protesi, ausili. Le richieste vengono inviate al Servizio Protesica della ASL di residenza del paziente tramite SANPRO (Sistema Informativo Sanitario di Assistenza Protesica regionale), da parte dei fornitori accreditati per la Regione Lazio, ad esclusione degli ausili assorbenti che prevedono che la richiesta dello specialista venga consegnata direttamente al Servizio Protesica della ASL di residenza. Per facilitare il percorso, tale documentazione è inviata anche alla COT-D del Distretto sanitario di residenza per l'attivazione, laddove necessario, della valutazione domiciliare mirata alla richiesta di ausili particolari [es.: montascale, corrimano o altri ausili per cui potrebbero esserci vincoli di abitabilità (es.: ampiezza porte, conformità impianti)].
- 4) Per i pazienti extracomunitari non soggiornanti regolarmente è garantita la fornitura di ausili e presidi indispensabili alla dimissione purché l'evento acuto sia avvenuto dopo l'ingresso in Italia (ai sensi della DGR 427/2005). In questi casi l'autorizzazione di presidi ed ausili va richiesta alla ASL competente per territorio dell'US/Centro Spinale.
- 5) In caso di persone in età scolare, viene garantito il proseguimento degli studi presso il reparto in collegamento con le scuole di riferimento e, nella prospettiva del rientro a domicilio, vengono fornite alle stesse comunicazioni sugli aspetti clinici che possono interferire con la frequenza scolastica e indicazioni operative sugli aspetti strutturali (adattamenti per garantire la frequenza scolastica).
- 6) Il TOH dell'Unità Spinale/Centro Spinale provvede a fornire al paziente e ai familiari le informazioni relative alla tutela dei diritti ed ai benefici previsti dalla normativa vigente e ad informare circa le prassi amministrative utili alla gestione della nuova condizione clinica, compresa l'indicazione che la fornitura di presidi ed ausili è sempre a carico della ASL di residenza.

6.3 PRESA IN CARICO PRECOCE DEL PAZIENTE CON BISOGNO DI SERVIZI TERRITORIALI E SOCIALI

Il governo della transizione del paziente dalla struttura di riabilitazione codice 28 alla presa in carico territoriale e sociale è disciplinato secondo il seguente assetto organizzativo:

- Il TOH della struttura codice 28 attiva il percorso attraverso una richiesta alla COT-A di residenza della persona assistita;
- la COT-A provvede ad attivare la COT-D del Distretto di residenza della persona assistita mantenendo al contempo una funzione di monitoraggio sull'intero iter;
- la COT-D assume la gestione del percorso assistenziale, raccordandosi con i servizi sociali dell'Ente locale (Comune/Municipio);
- il CR-COT assicura il supporto trasversale all'intero processo, su attivazione della COT-A.

In particolare, il percorso viene sviluppato attraverso le seguenti fasi

- 1) Il TOH del reparto codice 28, entro 10 giorni dall'ingresso, informa la COT-A di residenza della presenza in reparto del paziente con lesione midollare; la COT-A, a sua volta, attiva la COT-D del Distretto di residenza che, di concerto con il Servizio Sociale dell'Ente Locale (Comune di residenza o Municipio, in caso di residenza in Roma Capitale) organizza la presa in carico del paziente nell'ottica della continuità assistenziale.
- 2) Sei/otto settimane prima della dimissione, l'équipe del reparto codice 28 presenta il caso clinico, anche tramite strumenti di telemedicina, ai professionisti sanitari e sociali coinvolti (ivi compresi quelli dell'Ente Locale individuati dalla COT-D). In tale sede viene definito, congiuntamente alla persona con lesione midollare e ai familiari/caregiver, il progetto di continuità assistenziale con l'esplicitazione dei bisogni e delle specificità del paziente (scheda di pre-dimissione). Particolare attenzione è riservata agli interventi funzionali al percorso di inclusione sociale, favorendo l'accesso ai servizi per il collocamento mirato, nonché alle opportunità in ambito sportivo, ricreativo, associativo e di volontariato, per coloro che possono tornare a fruire delle opportunità presenti nel territorio, compresa la possibilità di attivare il progetto di vita così come previsto dal D.lgs. 62/24. Nel corso dell'incontro viene concordata la data di dimissione, da confermarsi almeno 5 giorni prima dell'uscita.

Il coinvolgimento diretto e strutturato della COT-A è comunque previsto nei seguenti casi:

- elevata complessità socio-sanitaria, con segnalazione precoce da parte del TOH della struttura per acuti alla COT-A di residenza;
- assenza di residenza del paziente, con segnalazione da parte del TOH della struttura per acuti alla COT-A del territorio di riferimento;
- criticità non pienamente gestibili a livello distrettuale, segnalate dal TOH della struttura codice 28 e dalla COT-D di residenza.

6.4 FASE DELLA DIMISSIONE

In relazione alle autonomie raggiunte e alle capacità residue, ed in condizioni di stabilità clinica generale, il paziente viene dimesso al domicilio o presso strutture residenziali sociosanitarie/socioassistenziali.

Condizioni per la dimissione sono:

- ✓raggiungimento degli obiettivi del progetto riabilitativo;
- ✓definizione del programma gestionale relativo alle funzioni autonome (vescica/intestino/sessualità);
- ✓fornitura del set necessario di ausili;
- ✓riduzione/eliminazione delle barriere tramite adattamenti ambientali necessari per il ritorno al proprio domicilio.

Per tutte le fattispecie di dimissioni, è organizzato il programma di *follow-up* che deve prevedere una verifica dell'*outcome* anche in termini di attività e partecipazione (ICF), da effettuarsi di concerto con il Distretto della Asl di residenza che ha in carico il paziente.

6.5 TRANSIZIONE VERSO REPARTI RIABILITATIVI A MINORE INTENSITÀ

In caso di necessità di completamento del Percorso Riabilitativo Individuale in continuità con quello già attuato nei reparti codice 28, la persona con LM può essere trasferita verso reparti di post-acuzie riabilitativa a minore intensità assistenziale (codice 56) e strutture riabilitative territoriali residenziali, come previsto dalla DGR 1299/2025. Il trasferimento verso codice 56 viene gestito tramite la Piattaforma Transitional Care ed è prevista l'implementazione dell'applicativo per i setting territoriali.

6.6 FASE DEL RIENTRO

Il progetto riabilitativo individuale, dopo la dimissione, viene svolto attraverso un percorso definito di controlli ambulatoriali prenotati in proattività che permetta una rivalutazione per individuare eventuali criticità emerse durante il rientro al domicilio.

Le tempistiche per il primo controllo ambulatoriale vanno concordate tra il medico referente ed il paziente e possono variare tra i 40 e 60 giorni dalla data di dimissione, stante la possibilità di organizzare una rivalutazione più precoce in caso di problematiche urgenti.

Il possibile rientro come degente in codice 28 di una persona con lesione midollare presente nel territorio va garantito in caso di gravi problematiche non gestibili attraverso la presa in carico ambulatoriale, ovvero:

- gestione di gravi lesioni da pressione con rischio settico,
- complicanze della vescica neurogena e necessità di interventi di chirurgia urologica,
- complicanze dell'intestino neurogeno, valutazione del percorso per l'organizzazione di eventuale colonscopia,
- peggioramento del quadro clinico a causa di una nuova acuzie.

Il rientro in reparto codice 28 è subordinato alla valutazione specialistica che ne attesti la specifica condizione clinica presso gli ambulatori delle strutture codice 28, previa prescrizione di visita specialistica effettuata dal medico di medicina generale/specialista.

È attualmente in corso la definizione della procedura per consentire agli operatori delle strutture codice 28 di prenotare direttamente le visite fisiatriche dei pazienti con lesione midollare, sia in caso di primo accesso che in caso di controlli successivi, avvalendosi anche della modalità di prenotazione in "cross ente" per il referral verso altra struttura codice 28.

Il medico specialista ambulatoriale delle strutture codice 28, qualora un paziente necessiti di ricovero presso una struttura codice 28 dovrà rilasciare la documentazione necessaria per l'accesso secondo le modalità attualmente in uso, nelle more dell'implementazione della sezione dedicata nell'applicativo TC.

In caso di impossibilità per l'utente di recarsi presso l'ambulatorio specifico, il team codice 28 può effettuare una valutazione domiciliare e assicurare una presa in carico supportando i presidi territoriali, valutando, altresì, l'eventuale necessità di ricovero appropriato presso un reparto codice 28 o altro setting.

7 SVILUPPO DEL PERCORSO AUSILI

Per recuperare autonomia e prevenire complicanze, gli ausili per le persone con lesione midollare devono essere personalizzati, devono cioè tener conto delle specificità di ciascun paziente e del relativo contesto. Pertanto, in considerazione che parte del Piano Riabilitativo individuale (PRI) verte proprio sull'istruzione del paziente all'utilizzo degli ausili, massimizzando le capacità residue, essi devono essere richiesti e forniti tempestivamente.

A questo fine il Coordinamento Regionale della Rete Trauma Grave ha attivato un gruppo tecnico con i professionisti dell'Unità Spinale/Centri Spinali per uniformare sia le procedure di prescrizione che i criteri di autorizzazione. Pertanto, verrà sviluppato un documento dedicato al Percorso Regionale della protesica per i pazienti con lesione midollare.

8 SVILUPPO DELL'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Le unità e i centri spinali assicurano la propria disponibilità a promuovere e realizzare iniziative formative strutturate, articolate come segue:

- predisposizione di programmi online, corredati da strumenti didattici rivolti ai professionisti delle strutture ospedaliere per acuti e ai MRUAP/PLS, con particolare riferimento alla valutazione secondo gli *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury* (ISNCSCI) e alla gestione dei bisogni clinici di primo livello;
- l'organizzazione di incontri di Audit & Feedback sui percorsi assistenziali e sugli esiti di cura dei pazienti con lesione midollare, in collaborazione con il Coordinamento delle Reti di Patologia ed il CR-COT nell'ambito delle attività del Coordinamento della Rete Trauma Grave;
- momenti formativi secondo i principi dell'"educazione terapeutica" destinati ai familiari di pazienti in ventilazione meccanica continua, finalizzati a garantire l'acquisizione di adeguate competenze in vista della dimissione al domicilio.

9 REGISTRO DI PATOLOGIA

Il Coordinamento Regionale Reti di Patologia ha il compito di sviluppare con il Coordinamento di Rete Trauma Grave, il Coordinamento Regionale COT e le Strutture Ospedaliere codice 28 un modello di registro regionale delle lesioni midollari di origine traumatica e non traumatica attraverso le informazioni disponibili nei sistemi informativi regionali e successive implementazioni.

10 ASSOCIAZIONE DEGLI UTENTI E DEI FAMILIARI

All'interno dell'organizzazione dei reparti codice 28 è garantito il rapporto con le Associazioni rappresentative delle persone con lesione midollare e sono ben definiti gli ambiti delle attività di consulenza alla pari svolte da persone con lesione midollare stabilizzata, utili a fornire indicazioni ed orientamenti.

Il percorso di comunicazione e informazione deve essere sviluppato secondo i criteri dell'educazione terapeutica.

Le Associazioni degli utenti e dei familiari sono coinvolte relativamente agli aspetti socializzanti, ricreativi e di inclusione sociale e lavorativa e all'introduzione delle attività sportive, quali strumenti per migliorare le performance motorie e l'autonomia.

11 INDICATORI

Ai fini della valutazione dell'appropriatezza organizzativa, della continuità assistenziale e dell'efficacia del percorso di presa in carico, vengono definiti i seguenti indicatori, corredati dai relativi target, sistemi di rilevazione e periodicità di monitoraggio.

Indicatore	Target	Fonte dati	Frequenza di rilevazione
Tempo medio tra ingresso nel reparto per acuti e valutazione al letto del paziente da parte del Team Codice 28	≤ 72 ore	CR-COT	Trimestrale
Tempo medio tra data prevista di dimissione e ingresso in US/CS	≤ 3 giorni	Transitional Care	Trimestrale
Tempo medio tra prescrizione e consegna degli ausili principali finalizzati alla dimissione	≤ 10 giorni	SANPRO	Trimestrale
Tempo medio tra dimissibilità da US/CS e dimissione effettiva	≤ 7 giorni	Transitional Care	Trimestrale
Percentuale di ricoveri ripetuti in US/CS entro 60 giorni	≤ 10%	SIO	Semestrale
Numero di attivazioni COT-A e/o CR-COT per pazienti complessi	(assenza target predefinito)	CR-COT	Trimestrale

12 PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Accordo Stato-Regioni n. 1427 del 4 aprile 2002 *“Linee-guida per l’organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi.”*

Accordo Stato-Regioni n. 1967 del 29 aprile 2004 *“Linee guida per le unità spinali unipolari”.*

Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 *“Piano d'indirizzo per la Riabilitazione”.*

Accordo Stato-Regioni RA 14 / CSR 24 gennaio 2018 – *“Linee guida per la revisione delle reti Cliniche DM 70/2015. Le reti tempo dipendenti”.*

Accordo Stato-Regioni del 4 agosto 2021 *“Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”.*

DPCM 3.03.2017 *“Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie” .*

Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62 *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.*

DGR Lazio n. 427/2005 *“Assistenza protesica per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)”.*

DGR Lazio 169/2008, *“Linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza” .*

DGR Lazio n 621/2025 *“Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”.*

Determinazione dirigenziale n. G01810/2025, *“Revisione del Piano di Rete per il Trauma Grave (Determinazione n. G15438/2020) in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018).”*

Deliberazione 5 marzo 2026, n. 115 *Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028, in conformità agli standard previsti nel DM n. 70/2015.*

Determina 289 del 07 maggio 2026: Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali.