

Fondazione Giovan Battista Baroni

Censimento
nazionale
delle strutture
per l'assistenza
a motulesi
e neurolesi

**Rapporto conclusivo
Marzo 2005**

Nebo Ricerche PA

Cattedra di Igiene,
Università Tor Vergata

Fondazione S. Lucia

esseditrice

Fondazione Giovan Battista Baroni

Presidente Gian Carlo Noris

***Censimento nazionale delle strutture
per l'assistenza a motulesi e neurolesi***

Supervisione scientifica

Università di Roma Tor Vergata
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva
Direttore Augusto Panà

Progettazione e realizzazione

Nebo Ricerche PA, Roma
Natalia Buzzi (direzione)
Iolanda Mozzetta, Monia D'Alessandro, Elio Tondo

Consulenza scientifica

Rita Formisano, Francesca Penta
Fondazione Santa Lucia, Roma

Giuseppe Cananzi
ARaN / Università di Roma Tor Vergata

Rapporto Conclusivo - Marzo 2005

Gli Autori autorizzano la diffusione a fini non commerciali del presente fascicolo - anche in formato pdf - e la riproduzione di dati in esso contenuti a condizione che sia citata la fonte.

Prefazione

di Gian Carlo Noris

Fondazione Giovan Battista Baroni

L'attività della Fondazione Giovan Battista Baroni, il cui Consiglio di Amministrazione ho l'onore di presiedere in questi anni, ha puntato la sua attenzione al supporto di iniziative verso il settore dei soggetti neurolesi e neuromotulesi in maniera diversificata, fornendo aiuto non solo a singoli individui o ad istituzioni che necessitavano di un supporto economico di vario grado, ma anche proponendo attività di ricerca scientifica attraverso il finanziamento di borse di studio, di convegni specifici anche a carattere internazionale e di progetti di ricerca vagliati da un suo proprio Comitato scientifico. La ricerca che viene presentata in questo volume, che riguarda il Censimento nazionale delle strutture per l'assistenza a neurolesi e motulesi, costituisce un fiore all'occhiello della attività della Fondazione perché ha portato a risultati molto originali e tra i più completi sinora esistenti, riferiti peraltro a tutto il territorio nazionale, anche se necessita di ulteriori approfondimenti per la caratteristica che i risultati conseguiti sono frutto di risposte non obbligatorie, ma volontarie.

È ben nota la disomogeneità quantitativa e qualitativa di tali strutture, la cui diffusione nel territorio presenta degli squilibri dai quali si evince la necessità di fare ordine per garantire un minimo di possibilità assistenziale ai sempre più numerosi utenti di tali servizi il cui aumento è conseguenza dell'allungamento della vita e al conseguente aumento di malattie invalidanti e del proliferare di attività e tecnologie che sono fortemente a rischio di provocare handicap.

Appare evidente come la riabilitazione o prevenzione terziaria gioca un ruolo fondamentale, permettendo in molti casi un recupero delle attività funzionali o in ogni caso migliorando il sistema di vita di tali persone.

La ricerca condotta ha voluto fare, in maniera originale, luce sulla esistenza

delle strutture di riabilitazione, le loro dotazioni in termine di spazi, l'organizzazione e le attrezzature, nonché il personale dedicato, offrendo un inedito insieme di dati accessibile per conoscere e valutare l'offerta in tal senso rivolta al cittadino.

Pur con le sue ovvie limitazioni legate ad un campionamento non certo esaustivo, la ricerca potrà costituire la base importante di partenza per la costruzione di un osservatorio permanente che potrà alimentare continuamente le conoscenze ed essere punto di riferimento per il cittadino bisognoso.

Il progetto peraltro ha avuto già nel recente passato una sua pubblicizzazione in Convegni nazionali e in Riviste accreditate e i risultati di questa ricerca rappresentano una risposta quanto programmato in precedenza.

In conclusione mi è gradito ancora una volta manifestare la soddisfazione della Fondazione Baroni con tutto il suo Consiglio di Amministrazione per avere contribuito ad una indagine i cui risultati costituiscono una importante sin ora unica premessa per conoscenze sempre più approfondite in un settore in cui regna ancora oggi purtroppo poca circolazione di informazione e soprattutto è carente di un centro di riferimento nazionale o almeno di centri di riferimento regionali di informazione e di tutela.



Prefazione

di Augusto Panà

Cattedra di Igiene e Med. Preventiva - Università di Roma Tor Vergata

Viene qui presentata la ricerca condotta dalla Società Nebo Ricerche PA con la supervisione scientifica dalla Cattedra di Igiene dell'Università di Tor Vergata che riguarda la situazione a livello nazionale delle strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza dei neurolesi e motulesi.

Occorre innanzitutto volgere un doveroso ringraziamento alla Fondazione Baroni e al suo Presidente dott. Noris che, supportando economicamente la ricerca, ha dimostrato ancora una volta la sua importanza sia organizzativa che scientifica tanto che si può parlare della Fondazione come di un punto di riferimento qualificato e sicuro nella difficile opera di aiuto non solo economico ma anche scientifico alle numerose iniziative rivolte ad aiutare il mondo diffuso ed eterogeneo dell'handicap.

È importante sottolineare che tale ricerca, svolta a livello nazionale, permette con i suoi risultati di avere, si può dire per la prima volta, un quadro molto ampio e significativo della variegata realtà presente nel nostro paese della situazione assistenziale, in tale settore, con tutte le sue diversificazioni permettendole così di costituire un punto di riferimento che possa permettere interventi specifici dove esistono delle reali carenze.

Pur essendo numerosi, fino ad ora non era stato possibile valutare i servizi erogati sul territorio da Comuni, Aziende Sanitarie e Regioni; questa ricerca oltre a dare un contributo in tal senso, si muove anche nella considerazione della necessità di un punto informativo sicuro stante l'evoluzione verso il federalismo in campo sanitario, che potrebbe favorire l'accentuarsi di differenze a volte molto pronunciate.

Nel nostro paese esiste, per il settore, un universo di disposizioni e normative non solo per l'organizzazione dei servizi ma anche per la definizione degli handicap; tali disposizioni in molti casi addirittura si contraddicono tra

di loro facendo emergere la necessità di un approccio uniforme.

Malgrado la grande mole di risultati ottenuti nella presente ricerca, essa non si esaurisce certo con la presentazione di questo volume ma costituirà la base per un osservatorio permanente sulla problematica che potrà avere diverse valenze per gli studi epidemiologici ai fine di impostazione corretta di soluzioni organizzative, per i responsabili delle politiche sanitarie e sociali e per gli stessi cittadini interessati che potranno usufruire di informazioni più sicure e complete per le esigenze e i bisogni che molto spesso trovano difficile soluzione.

In questa ricerca si è potuta rilevare la numerosità e la significatività delle risposte al complesso questionario inviato; infatti oltre un decimo delle strutture intervistate (oltre quattro mila) hanno risposto e se si considera che in questa prima ricerca sono state intervistate “alla cieca” anche strutture che non hanno servizi specifici e che si è trattato di una rilevazione a carattere scientifico non vincolata da obbligo di risposta, il risultato ottenuto appare oltremodo lusinghiero.

In conclusione la produttiva unione di competenze già collaudata in precedenti ricerche di epidemiologia e organizzazione sanitaria ha fornito anche in questa circostanza una felice occasione per condurre una ricerca che possa contribuire alla tutela della salute e dell'assistenza di persone così compromesse e al sia pur parziale aiuto a famiglie già così colpite da problemi di rilevante gravità.



Prefazione

di Natalia Buzzi

Nebo Ricerche PA, Roma

Realizzare una indagine sulle strutture di riabilitazione per neurolesi e motulesi in Italia con il patrocinio della Fondazione Baroni, la lente scientifica della Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata e l'autorevole discussione specialistica offerta dalla Fondazione Santa Lucia di Roma ha permesso la costituzione di una équipe multidisciplinare, cui la società di ricerche che rappresento ha contribuito con le proprie componenti progettuali, statistiche, organizzative e tecnico-realizzative.

Le pagine che seguono sono il risultato di questo lavoro di gruppo entusiasmante. In primo luogo per la materia: non esiste purtroppo ancora una "mappa" dell'assistenza riabilitativa italiana in grado di orientare diffusamente la crescente utenza di questi servizi a capire quali strutture, possibilmente nel proprio territorio, possono essere loro di aiuto, per tipo di assistenza, di prestazioni erogabili, di patologie trattate. In secondo luogo per la sfida affrontata, cioè dimostrare che questa mappa si può effettivamente disegnare, purché venga salvaguardata l'autorevolezza scientifica dell'indagine e anche la sua espressa destinazione a coloro che operano nel mondo della riabilitazione. Molta cura è stata infatti dedicata alla semplicità del linguaggio utilizzato sia in sede di indagine che di stesura dei risultati.

Il questionario di rilevazione è stato realizzato in modo che la compilazione potesse essere agevole ma rigorosa. Agevole perché non è mai buona politica sovraccaricare di richieste di informazioni non strettamente necessarie le strutture chiamate a rispondere all'indagine, mentre è importante che invece queste sentano che il questionario è stato impostato con l'attenzione di chi lavora nel medesimo campo e con l'interesse di chi conosce i problemi del settore. Rigoroso perché una volta raccolti i questionari compilati, questi debbono produrre risultati conoscitivi.

Anche la stesura dei risultati dell'indagine, presentata in questo volume, ha avuto lo stesso fine, la sfida di dimostrare che si tratta di un prodotto conoscitivo che, salvaguardando in ogni caso il rigore scientifico sia destinato soprattutto a chi, con il proprio contributo di dati, ha reso possibile questa indagine e che desidero in questa sede pubblicamente ringraziare: si tratta degli oltre 400 presidi sanitari il cui elenco è riportato in coda al volume.

A noi sembra che il progetto abbia dato risultati concretamente verificabili: la rilevazione è andata molto bene, con un grado di completezza delle 400 schede raccolte vicino al 100%; anche la seconda parte dell'indagine, cioè l'analisi dei dati raccolti per capire cosa raccontano e proporlo al lettore, ha a nostro avviso dimostrato che lo strumento conoscitivo messo a punto, pur se ulteriormente migliorabile, si presta a essere diffusamente analizzato, come documentato nel volume.

Una buona partenza, quindi, ma la strada da percorrere è ancora molta. Con questa esperienza possiamo però dire che la strada imboccata è quella giusta: la strada della collaborazione fra tutte le istituzioni interessate e la scelta strategica di un approccio utile e semplice oltre che, ma questo da solo non basta, corretto.



Prefazione

di Rita Formisano e Luigi Amadio

Fondazione Santa Lucia, Roma

Negli ultimi anni i piani sanitari nazionali hanno dedicato una particolare attenzione alla riabilitazione, riconoscendo l'importanza del progetto riabilitativo nella riduzione delle diverse disabilità e nella promozione di un soddisfacente recupero funzionale e reinserimento sociale.

La riabilitazione rappresenta l'intervento terapeutico comune alle principali patologie d'organo, dalle malattie cardiologiche a quelle respiratorie, neurologiche, ortopediche e reumatologiche. Una ulteriore differenziazione dello specifico riabilitativo è relativa alla fascia di età di intervento, da quella pediatrica a quella geriatrica, con esigenze di competenze specialistiche dell'intera équipe riabilitativa (neuropsichiatra infantile, psicomotricista, psicologo, neuropsicologo, infermiere, fisioterapista e logopedista, con esperienza specifica nella popolazione di pazienti in età infantile o geriatrica).

Il processo riabilitativo riconosce inoltre un intervento nella fase acuta della malattia, in quella post-acuta e cronica. In particolare, alcune patologie, di crescente rilevanza sociale, come il trauma cranico e spinale, la malattia cerebrovascolare, i politraumatismi, le amputazioni di arto, il morbo di Parkinson, la sclerosi multipla e altre patologie neurodegenerative richiedono progetti riabilitativi complessi, che vedono coinvolte le diverse professionalità in équipe riabilitative multidisciplinari, che devono accompagnare il paziente dalla fase di diagnosi o intervento acuto, alla fase di degenza in riabilitazione e successivo passaggio in day hospital, ambulatorio, fino al reinserimento domiciliare e sociale.

Un censimento delle strutture riabilitative e delle competenze disponibili sul territorio nazionale rappresenta quindi un impegno sociale irrinunciabile, per consentire all'utente e alla famiglia di rivolgersi alla struttura riabilitativa più adeguata alle esigenze specifiche della patologia da riabilitare.

È infatti intuitivo che la riabilitazione neurologica richieda un'interazione pa-

rallela di una valutazione e terapia neuropsicologica, mentre la riabilitazione ortopedica necessita di un monitoraggio radiologico costante dell'evoluzione delle fratture e delle lesioni osteoarticolari e di un supporto di mezzi fisici di terapia e di ausili ortopedici. Allo stesso modo il trauma cranico o gli esiti di coma prolungato di diversa eziologia richiedono un intervento riabilitativo complesso, che prevede l'accoglienza di pazienti con necessità assistenziali intensive, come nel caso di pazienti portatori di cannula tracheostomica, alimentazione parenterale ed enterale. Questi pazienti necessitano quindi di training riabilitativi specifici, come la rieducazione respiratoria, la riabilitazione della disfagia, la musicoterapia, la terapia cognitiva, ortottica, oltre alla riabilitazione neuromotoria in palestra, piscina e terapia occupazionale. La conoscenza della distribuzione di strutture riabilitative ospedaliere e sul territorio può offrire agli utenti quel necessario continuum riabilitativo, che può consentire di raggiungere il fine ultimo della riabilitazione, che è il reinserimento familiare, scolastico, lavorativo e più in generale sociale.

L'auspicio che tale censimento possa rappresentare l'avvio di un osservatorio permanente delle strutture riabilitative distribuite sul territorio nazionale, con la mappa delle competenze specifiche e delle professionalità disponibili, merita il sostegno non soltanto degli utenti e degli operatori della riabilitazione, ma soprattutto delle autorità sanitarie locali e regionali e delle società scientifiche del settore.

Un sito internet dedicato alle strutture censite potrebbe rappresentare la sfida del prossimo futuro, non soltanto per disporre di statistiche ufficiali del Paese, ma per consentire alle autorità politiche e agli amministratori preposti un adeguamento della programmazione sanitaria e delle risorse necessarie nel settore della riabilitazione sull'intero territorio nazionale.



1. Materiali e metodi

1.1. Fasi di articolazione del progetto

L'indagine è stata progettata e realizzata secondo una architettura articolata in cinque fasi.

Fase 1 – Indagine preliminare

Indagine conoscitiva finalizzata alla acquisizione di documentazione correlata all'obiettivo del progetto e in particolare materiali normativi, pubblicazioni di interesse della rilevazione in oggetto, indirizzari ed elenchi in base ai quali rilevare le unità di osservazione (*cf. Bibliografia*).

Fase 2 – Definizione del piano di rilevazione e stesura del questionario

Stesura del piano della rilevazione, inclusa la redazione del questionario di rilevazione dei dati anagrafici e delle informazioni circa l'attività in materia di assistenza a neurolesi e motulesi della Struttura censita (*cf. paragrafo 2*).

Fase 3 – Invio del modello e adozione di interventi di supporto all'indagine

Diffusione del questionario per via postale previa realizzazione di un indirizzario delle unità di osservazione presso le quali inviare il modello di rilevazione (*cf. paragrafi 3 e 4*), creazione di un sito Internet dedicato (*cf. paragrafo 5*), pubblicizzazione dell'iniziativa (*cf. paragrafo 6*).

Fase 4 – Acquisizione, controllo, inserimento ed elaborazione dei dati

Controllo di qualità delle schede di rilevazione compilate ritornate presso la struttura dedicata; inserimento e gestione dei dati mediante un database relazionale per l'archiviazione e l'elaborazione delle informazioni raccolte e per la consultazione mediante maschere di interfaccia utente; stesura di rapporti periodici e del presente lavoro conclusivo (*cf. paragrafo 7*).

Fase 5 – Stesura del rapporto di analisi e valutazioni conclusive

Analisi dei dati raccolti e validati; valutazioni di merito a) metodologiche circa la appropriatezza del modello di rilevazione e di analisi realizzato; b) metodologiche circa il livello di ritorno delle schede inviate; c) strategico in termini di interesse dimostrato dalle società scientifiche alla ricerca e circa la possibilità di realizzare un Osservatorio permanente sulle strutture della riabilitazione italiane in collaborazione con Università e, auspicabilmente, Istituto nazionale di statistica (*cf. paragrafo 8*).

1.2. Il questionario di rilevazione

Il modello per la raccolta dati è stato progettato in due sezioni: la prima destinata alle notizie generali dell'Ente censito, la seconda relativa ad informazioni specifiche di ciascuna Struttura di riabilitazione operativa nell'ambito dell'Ente.

Nella sezione dedicata all'Ente è stata prevista la sola richiesta di dati anagrafici generali, l'indicazione del compilatore e la conferma (o meno) dello svolgimento di attività di riabilitazione. La sezione dedicata a ciascuna *Struttura* di riabilitazione è stata articolata in modo più complesso, finalizzandola alla raccolta dati su personale impegnato, risorse disponibili, tipo di attività e aree specialistiche di intervento, trattamenti riabilitativi erogabili, attività ambulatoriali e in regime di ricovero.

Per standardizzare le risposte e rendere quindi confrontabili i dati rilevati fra le diverse strutture nel questionario di rilevazione quasi tutte le variabili sono state rilevate attraverso *domande strutturate*, cioè quesiti che prevedono risposte predefinite (al fine di evitare gli errori tipici di ogni classificazione a posteriori).

La definizione del set di possibili risposte proposte per ciascun quesito è stata curata dal gruppo di lavoro interdisciplinare medico-clinico e statistico, che per ciascuna domanda ha valutato la serie più adeguata ai fini della ricerca, lasciando se del caso la possibilità al compilatore di inserire eventuali voci che non ritenesse altrove riconducibili nell'item "altro".

Di seguito viene data una rassegna delle sezioni in cui è distinto il modello di rilevazione relativo alla Struttura di riabilitazione con indicazione di alcune delle principali caratteristiche, rimandando al questionario riportato in appendice per la versione estesa.

- *Dati anagrafici e tipologia della struttura (domanda 1)*

Oltre ai dati anagrafici, nella sezione è richiesto di segnalare la *tipologia della struttura*, da scegliere sulla base di un set di item ricavato dalle *Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione* (GU 30/5/98 n. 124) in cui sono indicati quali servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri sono abilitati a erogare i diversi tipi di attività di riabilitazione.

- *Personale impegnato (domanda 2)*

Per indagare su tipo e consistenza del personale coinvolto nelle attività della Struttura è stata acquisita documentazione utile a valutare il tipo di figure da proporre nel questionario, comprese le *Linee guida sulle attività ambulatoriali*

di riabilitazione redatte dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER). Al fine di rendere agevole la compilazione del questionario, tenuto conto del tipo di dati usualmente disponibili presso le Strutture sanitarie e quindi più facilmente reperibili, le tipologie sono state ricondotte ad un numero limitato di categorie: medici, psicologi, specializzandi e tirocinanti, operatori di comunità e operatori di riabilitazione, includendo in questi ultimi fisioterapisti, massoterapisti, logopedisti, ecc.. Per ciascun profilo si richiede di sapere quanti operatori svolgono attività a tempo pieno presso la Struttura e quanti invece a tempo parziale. Inoltre è richiesto di segnalare l'eventuale utilizzo di personale volontario, avendo riscontrato, in base al materiale acquisito nel corso della preparazione del progetto, un significativo ricorso a questo tipo di supporto assistenziale.

- *Risorse disponibili (domanda 3)*

In questa parte del questionario è richiesto il genere di strutture a disposizione del Centro riabilitativo: palestra, piscina, laboratori, eccetera. Per ciascuna risorsa è inoltre chiesto di specificare se tali risorse fossero interne all'Ente oppure esterne (ad esempio, in convenzione). Le voci proposte sono state individuate in base alla documentazione raccolta all'avvio del progetto.

- *Tipo di attività della struttura e aree specialistiche di intervento (domanda 4)*

La classificazione del tipo di attività svolta deriva dalle definizioni di riabilitazione *intensiva*¹ e *estensiva o intermedia*² fornite dalle già citate *Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione* ed elaborate in base all'intensità e alla complessità dell'assistenza erogata e alla quantità delle risorse assorbite. Contestualmente al tipo di attività si richiede anche di segnalare le aree specialistiche di intervento se possibile indicandone l'ordine di rilevanza in base alle risorse normalmente assorbite.

- *Trattamenti riabilitativi erogabili (domanda 5)*

Per rilevare informazioni circa i trattamenti di natura riabilitativa che la struttura è in grado di erogare è stato proposto un set di diverse modalità (desunte dal materiale acquisito nel corso della fase preliminare), offrendo l'opzione di inserire ulteriori voci.

- *Dati di attività della Struttura – Dimessi e Prestazioni (domande 6 e 7)*

Sono state proposte due domande finalizzate a raccogliere informazioni sul numero di prestazioni erogate (si è optato per una domanda strutturata, offrendo 13 voci di prestazioni già codificate) e, nel caso di strutture ospedaliere, di posti letto e di ricoveri (per i quali è stata richiesta la casistica per Drg, limitatamente ai più numerosi).

1.3. Costruzione dell'indirizzario degli Enti di rilevazione

L'elenco degli Enti sanitari cui inviare il questionario di rilevazione è stato redatto attingendo alle seguenti fonti.

Ministero della Salute

- Anagrafica di Aziende Usl e Ospedaliere e di Ospedali a gestione diretta, Policlinici universitari, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Ospedali classificati o assimilati, altri Istituti presidi della Usl, Enti di ricerca, Istituti e Centri di riabilitazione in convenzione, Case di cura private.
- Anagrafica di Presidi sanitari direttamente correlati ai temi dell'indagine quali Centri di riabilitazione, Centri fisioterapici, Palestre.
- Anagrafica di Centri medici, Ambulatori, Laboratori e Presidi sanitari in genere non necessariamente correlati all'assistenza riabilitativa.

Regioni e Province autonome, Aziende USL e Ospedaliere, Irccs, Società Scientifiche ³, *Associazioni professionali* ⁴, *Fondazioni sanitarie* ⁵

- Anagrafica e altre informazioni relative a presidi e centri di riabilitazione, con particolare riferimento all'assistenza non ospedaliera e della sanità privata.

Le diverse fonti informative sono state fra loro confrontate ed una serie di procedure di revisione e di interventi per il controllo di qualità dei dati ha consentito di pervenire ad un elenco di 3.436 indirizzi cui inviare il questionario di rilevazione, distintamente per grandi gruppi di Enti (Aziende USL e Ospedaliere, Ospedali del SSN e Istituti Privati, Centri territoriali, ecc.).

1.4. L'invio dei questionari

Ai 3.436 presidi individuati è stata spedita per via postale una busta contenente il primo foglio (dedicato all'Ente) e più copie del secondo foglio (dedicato alle strutture) del modello di rilevazione, corredato di una lettera di accompagnamento esplicativa degli obiettivi e delle finalità dell'iniziativa. La scadenza indicata per il ritorno dei questionari compilati (da restituire via posta o via fax) è stata indicata in cinque mesi circa dall'invio delle buste.

1.5. La scheda di rilevazione su web

Il progetto si è avvalso di *supporti informatizzati* sul fronte della gestione dei dati (è stato realizzato un database relazionale dedicato contenente i dati rilevati e le procedure di elaborazione ed interrogazione degli stessi) ma anche per l'attività di raccolta dati via Internet, oltre che tramite posta e fax.

E' stato infatti creato uno specifico sito di riabilitazione dedicato al Censimento (*riabilitazione.nebo.it*), nell'ambito del quale sono stati messi a disposizione tutti i materiali informativi e tecnici utili alla partecipazione al Progetto, ivi inclusa una procedura automatizzata per la rilevazione dati direttamente via internet, articolata secondo una impostazione del tutto analoga a quella cartacea.

1.6. Attività di ottimizzazione e supporto al Progetto

Per promuovere e favorire l'efficacia della fase di rilevazione dati sono state adottate alcune iniziative, di seguito descritte.

- *Creazione di una struttura tecnica*, raggiungibile sia telefonicamente sia per posta elettronica, dedicata – nell'ambito della gestione del Progetto – a fornire assistenza tecnica e informazioni utili alla compilazione del modello (tale struttura è stata attivata nel mese di luglio 2003 e ha concluso i propri lavori nel mese di maggio 2004).
- *Contatti telefonici con alcune delle Strutture rispondenti* nei casi di incongruenze o altri elementi di dubbio sui dati pervenuti mediante la scheda compilata.
- *Contatti con Referenti degli Assessorati alla sanità regionali*, per acquisire dagli stessi eventuali informazioni raccolte a livello regionale circa gli enti sanitari di interesse per la presente ricerca.
- *Monitoraggi telefonici a campione sulle Strutture non rispondenti*, per ampliare la casistica e per conoscere, sia pure su un sottoinsieme, caratteristiche utili a descrivere l'universo dei non rispondenti.
- *Pubblicazione di un progress report* nell'ambito di una quotata rivista scientifica (Igiene e Sanità Pubblica): *Censimento nazionale delle strutture per l'assistenza a motulesi e neurolesi* (IgSanPubb 2003; LIX/1-2:99-102), iniziativa finalizzata a raggiungere operatori di direzioni sanitarie aziendali e ospedaliere.
- *Relazione al II Congresso Nazionale CARD – Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (Censimento nazionale delle strutture per l'assistenza ai disabili)* – Riccione, 16-18 ottobre 2003, intervento finalizzato a sensibilizzare operatori sanitari del territorio.
- *Partecipazione con stand dedicato* al XXXI Congresso Nazionale Simfer – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione – Verona, 7-11 ottobre 2003, al fine di coinvolgere operatori specialisti nell'area di indagine.
- *Pubblicizzazione su Siti di interesse del settore*, quali quelli delle citate Società Scientifiche Simfer e Sim, dove è stata segnalata l'iniziativa e fornito il collegamento web per raggiungere il sito internet dedicato al censimento.

1.7. Ritorno dei questionari compilati, acquisizione ed elaborazione dati

I questionari sono stati inviati nel mese di giugno 2003 e già nel corso del mese successivo è iniziato il flusso delle schede ritornate compilate e delle prime notifiche di inserimento dati su web. Tutti i dati acquisiti sono stati inseriti, previo controllo di qualità, nel database implementato *ad hoc* per il progetto.

In questa fase particolare attenzione è stata posta nella lettura delle segnalazioni fornite alla modalità “altro” presente in 4 delle 7 sezioni del questionario ⁶ in modo da valutare la numerosità di eventuali risposte ricorrenti da segnalare nella fase di elaborazione del rapporto statistico. Su queste ultime è stato eseguito un accurato lavoro di valutazione a cura di collaboratori di area medico-clinica per interpretare correttamente le informazioni ricevute senza distorcerne l'interpretazione, contattando direttamente i compilatori laddove necessario.

Questo lavoro ha condotto ad adottare due comportamenti differenti in base al tipo di informazione fornita:

- alcune voci sono state ricondotte a modalità già presenti sul questionario di rilevazione alla luce della considerazione che ne rappresentavano un livello di dettaglio maggiore di quello necessario ai fini della presente indagine;
- in altri casi sono state riportate alcune determinazioni delle variabili inizialmente trascurate dal gruppo di lavoro, che hanno successivamente trovato spazio nella elaborazione finale consentendo di mettere in luce la loro importanza o il loro carattere di novità o rarità.

La fase di codifica ha portato ad una riduzione significativa delle variabili direttamente oggetto della elaborazione, riconducendo alla voce *Altro* tutte le informazioni caratterizzate da una frequenza limitata e valutata scarsamente utile in termini conoscitivi.

L'elaborazione è stata caratterizzata dalla conduzione di analisi preliminari, utilizzate allo scopo di studiare le informazioni disponibili: distribuzioni di frequenze semplici o a doppia entrata, distribuzione delle strutture secondo la combinazione di tutte le informazioni ottenute per ciascuna domanda a risposta multipla. Sono quindi seguite, sulla base delle discussioni intercorse nell'ambito del gruppo di lavoro interdisciplinare, elaborazioni ad hoc per ciascuna sezione del questionario, volte a verificare, padroneggiare ed approfondire i diversi portati conoscitivi da esporre nella sezione *Risultati*. In alcuni casi significativi (personale impegnato, risorse disponibili, aree specialistiche di interesse e cause di dimissio-

ni), le diverse distribuzioni delle risposte ottenute sono specificamente classificate, allo scopo di renderne apprezzabile in maniera sintetica e semplice il contenuto informativo al lettore del presente Rapporto di Ricerca.

In generale, pur curando con attenzione il rispetto di standard scientifici e metodologici, l'analisi e l'esposizione delle evidenze raggiunte è stata realizzata curandone attentamente la concreta fruibilità da parte di operatori e responsabili di strutture che si occupano di riabilitazione in Italia (e più in generale di coloro che operano nelle decisioni di politica sanitaria legate al mondo della riabilitazione) che usualmente hanno competenze specifiche (cliniche e/o manageriali) non necessariamente specializzate in statistica applicata e metodi quantitativi in genere.

1.8. Stesura del rapporto di analisi e valutazioni conclusive

La stesura del rapporto di analisi ha un iter scandito in quattro diverse fasi:

- a. elaborazione e discussione di un progress report preliminare quantitativo nell'ambito del gruppo di lavoro multidisciplinare della ricerca (febbraio - marzo 2004);
- b. costruzione e discussione di una prima versione delle tavole da destinare alla pubblicazione ed al commento a carattere conoscitivo (maggio 2004);
- c. elaborazione della sezione *risultati* e, nell'ambito di questa, stesura definitiva delle tavole conoscitive (giugno-settembre 2004);
- d. discussione dei *risultati* da parte del gruppo interdisciplinare al fine di elaborare le *valutazioni conclusive* e formulare alcune proposte per il consolidamento della ricerca (ottobre 2004).

2. Risultati

2.1. Unità di rilevazione individuate

Il questionario di rilevazione è stato inviato a 3.436 organizzazioni sanitarie presenti sull'intero territorio nazionale, prevalentemente *Strutture di ricovero* (48,4%) ed *Istituti di riabilitazione in convenzione* (20,4%). Una quota significativa (25,5% del totale) è stata indirizzata anche a tipologie ancora poco rappresentate e conosciute nelle indagini statistiche di settore (*Strutture minori/private*, composte da Centri di fisioterapia, Ambulatori, Palestre, eccetera). Con riferimento alla distribuzione geografica le regioni del Mezzogiorno, isole comprese, hanno raccolto complessivamente il 40% degli invii, le Regioni del Nord il 32,9% e quelle del Centro il 27,1%.

Nelle regioni settentrionali (cfr. *tavola 1 e figura 1*) è risultata localizzata la maggior parte delle Strutture di ricovero (655, pari a circa il 40% del totale); nel sud e nelle isole gli Istituti di riabilitazione (375, pari al 53,4%) e le Strutture minori/private (333, cioè il 38,1%); le regioni centrali hanno raccolto circa un quarto delle Strutture di ricovero (409, 24,6%), il 27,5% degli Istituti di riabilitazione (193) e un terzo delle Strutture minori/private (289, 33,0%).

La *tavola 2* disaggrega ulteriormente le tipologie di Enti cui è stato inviato il questionario. Fra le *Strutture di ricovero* la quota più rilevante risulta costituita da circa 700 *Ospedali a gestione diretta* del Servizio Sanitario Nazionale (20,2%), mentre gli *Istituti di riabilitazione in convenzione* e le *Case di cura private* rappresentano rispettivamente il 20,4% e il 18,7% del totale. Fra le *Strutture minori/private* sono presenti in particolare *Ambulatori e laboratori* (12,2% del totale generale degli invii), *Centri di riabilitazione* (5,1%) e *Centri fisioterapici* (4,8%).

Figura 1
Distribuzione geografica
dei 3.436 questionari inviati

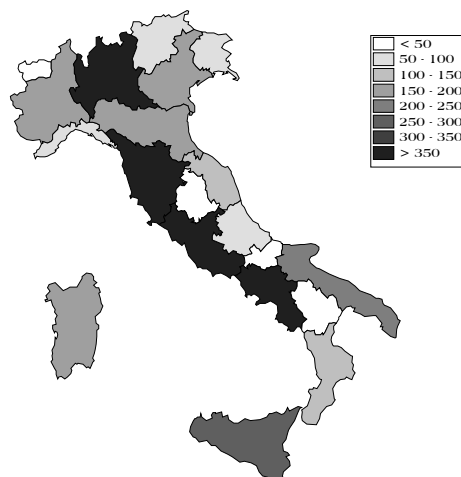
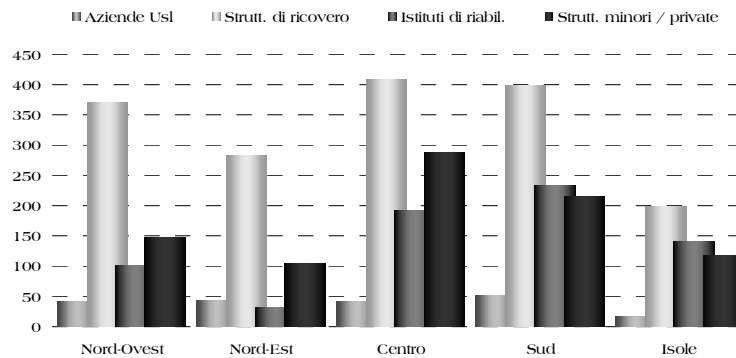


Tavola 1
Distribuzione geografica dei questionari inviati

	Questionari inviati		di cui:			
	N.ro	comp. %	Az. Usl	Strutture di ricovero	Ist. riabil. in conu.	Strutture minori/priv.
Piemonte	194	5,6	22	122	6	44
Valle d'Aosta	3	0,1	1	1	-	1
Lombardia	371	10,8	15	208	82	66
p.a. Bolzano	27	0,8	4	17	1	5
p.a. Trento	26	0,8	1	19	5	1
Veneto	178	5,2	21	105	12	40
Friuli Venezia Giulia	62	1,8	6	27	12	17
Liguria	97	2,8	5	41	13	38
Emilia Romagna	172	5,0	13	115	3	41
Toscana	365	10,6	12	96	111	146
Umbria	41	1,2	4	29	-	8
Marche	122	3,6	13	51	25	33
Lazio	404	11,8	12	233	57	102
Abruzzo	82	2,4	6	35	27	14
Molise	25	0,7	4	9	8	4
Campania	378	11,0	13	150	124	91
Puglia	226	6,6	12	111	58	45
Basilicata	40	1,2	5	16	6	13
Calabria	150	4,4	11	79	11	49
Sicilia	287	8,4	9	144	59	75
Sardegna	186	5,4	8	54	82	42
<i>Nord-Ovest</i>	<i>665</i>	<i>19,4</i>	<i>43</i>	<i>372</i>	<i>101</i>	<i>149</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>465</i>	<i>13,5</i>	<i>45</i>	<i>283</i>	<i>33</i>	<i>104</i>
<i>Centro</i>	<i>932</i>	<i>27,1</i>	<i>41</i>	<i>409</i>	<i>193</i>	<i>289</i>
<i>Sud</i>	<i>901</i>	<i>26,2</i>	<i>51</i>	<i>400</i>	<i>234</i>	<i>216</i>
<i>Isole</i>	<i>473</i>	<i>13,8</i>	<i>17</i>	<i>198</i>	<i>141</i>	<i>117</i>
Totale	3.436	100,0	197	1.662	702	875

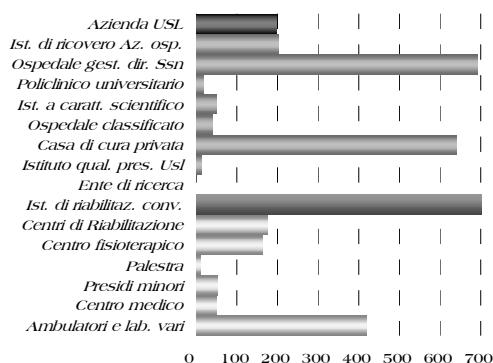


2.2. Livelli di risposta ai questionari inviati

A fronte delle quasi 3.500 schede di rilevazione inviate sono stati restituiti 421 questionari compilati, pari al 12,3% del totale degli invii (tavola 3). Di questi, 62 sono pervenuti da Aziende Usi (31,5% degli invii), 220 da Strutture di ricovero (tasso di risposta pari al 13,2%), 79 da Istituti di riabilitazione in convenzione (11,3% degli invii) ed i restanti 60 da Strutture minori/private (6,9% degli invii).

Tavola 2
Distribuzione dei questionari inviati per tipologia di Ente

	N.	%
Azienda USL	197	5,7
Ist. di ricovero di Az. ospedaliera	202	5,9
Ospedale a gestione diretta Ssn	693	20,2
Policlinico universitario	18	0,5
Istituto a carattere scientifico	52	1,5
Ospedale classificato	41	1,2
Casa di cura privata	641	18,7
Istituto qualificato presidio Usi	13	0,4
Ente di ricerca	2	0,1
Strutture di ricovero	1.662	48,4
Istituti di riabilitazione in conv.	702	20,4
Centri di Riabilitazione	176	5,1
Centro fisioterapico	164	4,8
Palestra	11	0,3
Presidi minori	54	1,6
Centro medico	51	1,5
Ambulatori e laboratori vari	419	12,2
Strutture minori/private	875	25,5
Totale	3.436	100,0



Gli Enti che hanno restituito il questionario sono risultati dislocati principalmente nel Nord Italia (175 Enti pari al 41,6% dei rispondenti, per un tasso di risposta più favorevole nelle regioni del nord-est, 18,3% contro il 13,5% delle regioni del nord-ovest); l'Italia Centrale ha registrato il 24,7% dei questionari compilati (104 Enti per un tasso di risposta dell'11,2%); il meridionale e le isole hanno raccolto circa un terzo delle risposte (142 Enti per un tasso di risposta significativamente più modesto nelle Isole, 7,4% contro l'11,9% del Sud).

A livello di singola regione è stato calcolato il tasso di risposta nei casi che hanno superato la soglia di 50 invii (25 invii per ciascuna fattispecie di dettaglio). Con tale precisazione va segnalato un tasso di risposta relativamente elevato in

Tavola 3
Distribuzione geografica degli Enti censiti ^(*)

	Totale risposte		di cui			
	N.ro	comp.%	Az. Usl	Strutture di ricovero	Istituti di riabilitaz.	Strutture min./priv.
Piemonte	25 (12,9)	5,9	5 (...)	18 (14,8)	- (...)	2 (4,5)
Valle d'Aosta	- (...)	-	- (...)	- (...)	- -	- (...)
Lombardia	62 (16,7)	14,7	1 (...)	45 (21,6)	13 (15,9)	3 (4,5)
p.a. Bolzano	6 (...)	1,4	1 (...)	4 (...)	- (...)	1 (...)
p.a. Trento	7 (...)	1,7	1 (...)	6 (...)	- (...)	- (...)
Veneto	36 (20,2)	8,6	9 (...)	20 (19,0)	- (...)	7 (17,5)
Friuli V.G.	11 (17,7)	2,6	2 (...)	7 (25,9)	1 (...)	1 (...)
Liguria	3 (3,1)	0,7	- (...)	1 (2,4)	- (...)	2 (5,3)
Emilia R.	25 (14,5)	5,9	6 (...)	17 (14,8)	1 (...)	1 (2,4)
Toscana	43 (11,8)	10,2	6 (...)	16 (16,7)	7 (6,3)	14 (9,6)
Umbria	2 (...)	0,5	- (...)	2 (6,9)	- -	- (...)
Marche	21 (17,2)	5,0	8 (...)	10 (19,6)	2 (...)	1 (3,0)
Lazio	38 (9,4)	9,0	3 (...)	20 (8,6)	7 (12,3)	8 (7,8)
Abruzzo	5 (6,1)	1,2	3 (...)	2 (5,7)	- -	- (...)
Molise	11 (...)	2,6	3 (...)	3 (...)	5 (...)	- (...)
Campania	20 (5,3)	4,8	3 (...)	13 (8,7)	3 (2,4)	1 (1,1)
Puglia	47 (20,8)	11,2	3 (...)	10 (9,0)	30 (51,7)	4 (8,9)
Basilicata	7 (...)	1,7	2 (...)	4 (...)	1 (...)	- (...)
Calabria	17 (11,3)	4,0	3 (...)	7 (8,9)	1 (...)	6 (12,2)
Sicilia	23 (8,0)	5,5	2 (...)	9 (6,3)	4 (6,8)	8 (10,7)
Sardegna	12 (6,5)	2,9	1 (...)	6 (11,1)	4 (4,9)	1 (2,4)
<i>Nord-Ovest</i>	<i>90 (13,5)</i>	<i>21,4</i>	<i>6 (14,0)</i>	<i>64 (17,2)</i>	<i>13 (12,9)</i>	<i>7 (4,7)</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>85 (18,3)</i>	<i>20,2</i>	<i>19 (42,2)</i>	<i>54 (19,1)</i>	<i>2 (6,1)</i>	<i>10 (9,6)</i>
<i>Centro</i>	<i>104 (11,2)</i>	<i>24,7</i>	<i>17 (41,5)</i>	<i>48 (11,7)</i>	<i>16 (8,3)</i>	<i>23 (8,0)</i>
<i>Sud</i>	<i>107 (11,9)</i>	<i>25,4</i>	<i>17 (33,3)</i>	<i>39 (9,8)</i>	<i>40 (17,1)</i>	<i>11 (5,1)</i>
<i>Isole</i>	<i>35 (7,4)</i>	<i>8,3</i>	<i>3 (...)</i>	<i>15 (7,6)</i>	<i>8 (5,7)</i>	<i>9 (7,7)</i>
Totale	421 (12,3)	100,0	62 (31,5)	220 (13,2)	79 (11,3)	60 (6,9)

^(*) In parentesi è indicato il tasso di risposta specifico per ciascuna tipologia. Il simbolo (...) indica che il tasso di risposta non è stato calcolato in quanto corrispondente ad un modesto numero di invii (≤ 50 per il totale invii e ≤ 25 per i casi di dettaglio).

Puglia ed in Veneto (risposte per circa il 20% degli invii), Friuli Venezia Giulia, Marche e Lombardia (tasso di risposta pari al 17-18%). Tassi di risposta modesti, comunque inferiori al 10% del totale dei questionari rispettivamente inviati, sono stati registrati in Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania e nelle due isole.

In generale le percentuali di risposta in relazione al totale degli invii sono risultate più elevate nelle regioni settentrionali (ad eccezione come notato della Liguria). L'Italia Centrale ha presentato complessivamente tassi di risposta inferiori alla media nazionale (ad eccezione delle Marche). Infine le risposte nelle regioni me-

ridionali ed insulari sono risultato più a macchia di leopardo, relativamente elevate in Puglia e Calabria e relativamente modeste nei restanti casi.

La *tavola 4* disaggrega i medesimi dati in termini di tipologie analitiche di Ente (*Aziende Usl, Aziende Ospedaliere, Centri di riabilitazione ecc.*). I livelli di risposta più rilevanti sono stati riscontrati fra le *Aziende Usl* e gli *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*. Gradi di risposta relativamente modesti sono stati registrati in particolare fra le *Strutture minori/private*, ad eccezione del caso dei *Centri di riabilitazione*.

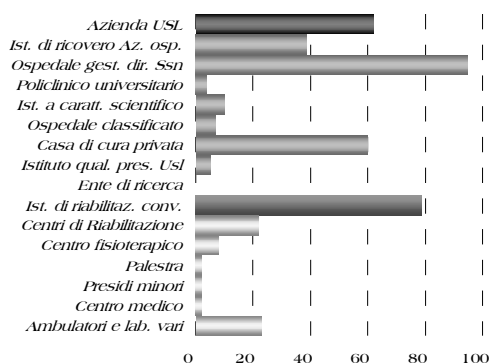
2.3. Articolazione in Strutture degli Enti censiti

Rispetto ai 3.500 invii, i 421 questionari restituiti hanno consentito di identificare altrettanti Enti attraverso una sezione generale del questionario. La considerazione che tali Enti non necessariamente svolgono unicamente o prevalentemente attività riabilitative (es. Aziende Usl, Ospedali, Policlinici universitari ecc.) ha suggerito di dedicare una unica sezione all'Ente in generale ed una ulteriore scheda di rilevazione dedicata a ciascuna specifica Struttura che, nel-

Tavola 4
Distribuzione degli Enti censiti per tipologia ^(*)

	N.	%
Azienda USL	62 (31,5)	14,7
Ist. di ricovero di Az. ospedaliera	39 (19,3)	9,3
Ospedale a gestione diretta Ssn	95 (13,7)	22,6
Policlinico universitario	4 (...)	1,0
Istituto a carattere scientifico	10 (19,2)	2,4
Ospedale classificato	7 (...)	1,7
Casa di cura privata	60 (9,4)	14,3
Istituto qualificato presidio Usl	5 (...)	1,2
Ente di ricerca	- (...)	-
Strutture di ricovero	220 (13,2)	52,3
Istituti di riabilitazione in conv.	79 (11,3)	18,8
Centri di Riabilitazione	22 (13,1)	5,5
Centro fisioterapico	8 (4,9)	1,9
Palestra	2 (...)	0,5
Presidi minori	2 (3,7)	0,5
Centro medico	2 (3,9)	0,5
Ambulatori e laboratori vari	23 (5,5)	5,5
Strutture minori/private	60 (6,9)	14,3
Totale	421 (12,3)	100,0

^(*) In parentesi è indicato il tasso di risposta specifico per ciascuna tipologia. Il simbolo (...) indica un numero di invii ≤ 50.



l'ambito dell'Ente stesso, svolge attività riabilitativa di interesse per la presente indagine. Per le organizzazioni più semplici tale struttura raccoglie l'attività principale o unica svolta dall'Ente; per le organizzazioni più complesse sono state rilevate da una a undici Strutture di riabilitazione, ciascuna nell'ambito del medesimo Ente, rilevata attraverso una distinta scheda di indagine (cfr. *appendice*).

Nel complesso i 421 questionari di carattere generale raccolti sono stati accompagnati da 479 schede riferite ad altrettante Strutture riabilitative segnalando che:

- *nella maggioranza dei casi (293) ad una scheda di Ente ha fatto riscontro una unica Struttura*
- *in 59 casi il questionario di carattere generale è stato accompagnato da due o più schede*
- *per le restanti 69 organizzazioni il questionario generale non è stato accompagnato da alcuna scheda di Struttura (47 organizzazioni hanno dichiarato di non svolgere attività riabilitativa, 21 di svolgere attività riabilitativa attraverso risorse esterne ed una organizzazione ha deciso di non partecipare all'indagine).*

Poiché, a differenza delle *schede di Ente*, le *schede di Struttura* sono state designate per la raccolta di dati specifici sul tema della riabilitazione, le sezioni che seguono analizzano i risultati delle elaborazioni riferite alle accennate 479 Strutture riabilitative individuate nel corso della presente indagine nell'ambito dei 421 Enti che hanno risposto al questionario loro inviato.

2.4. Strutture censite per tipologia

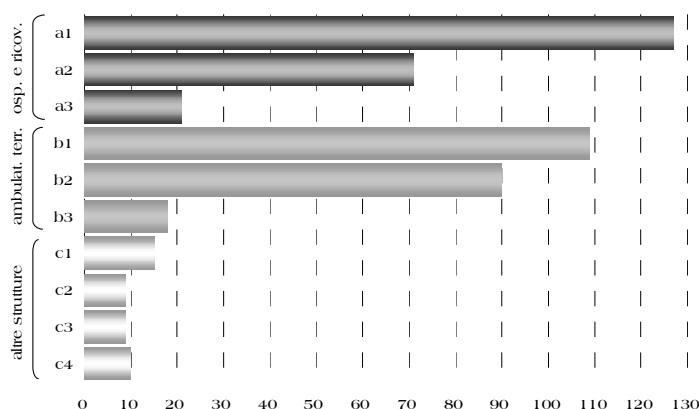
Le 479 strutture che compongono l'indagine sono state raccolte in tre grandi tipologie che ne individuano alcuni tratti comuni (*tavola 5*):

- a. *ospedaliera o comunque di ricovero per acuti di riferimento ospedaliero (45,7% del totale);*
- b. *ambulatoriali territoriali (45,3%);*
- c. *destinate al trattamento non acuto e diverse (restante 9%).*

Il primo gruppo, *Strutture ospedaliere e comunque di ricovero per acuti di riferimento ospedaliero* raccoglie 219 centri, prevalentemente di ricovero (127 casi), cui si aggiungono 71 strutture ambulatoriali ospedaliere e 21 presidi di riabilitazione extraospedaliera ma comunque funzionalmente collegati con le relative strutture ospedaliere. Il secondo gruppo, costituito da *Strutture ambulatoriali territoriali* è formato da un numero di centri praticamente uguale al precedente (217) a loro volta suddiviso in ambulatori di riabilitazione (109 casi), ambulatori di recupero e rieducazione funzionale (90 casi) ed infine 18 centri socio-riabilitativi. Il

Tavola 5
Distribuzione delle Strutture censite per tipologia

	N.ro	Comp.%
a1 Struttura ospedaliera (DH, reg. ordinario, entrambi)	127	26,5
a2 Presidio ambul. recupero e rieducaz. funz. ospedaliero	71	14,8
a3 Presidio di riabilitaz. extraospedaliera (DH e/o ord.)	21	4,4
a. Strutture ospedaliere e di ricovero	219	45,7
b1 Centro ambul. di riabilitaz.	109	22,8
b2 Presidio ambul. recupero e rieducaz. funz. territoriale	90	18,8
b3 Centro socio-riabilitativo	18	3,8
b. Strutture ambulatoriali territoriali	217	45,3
c1 Struttura residenziale e/o semiresidenz. socio-assist.	15	3,1
c2 Struttura di lungodegenza	9	1,9
c3 Residenza Sanitaria Assistenziale	9	1,9
c4 Altro	10	2,1
c. Altre strutture	43	9,0
Totale	479	100,0



terzo ed ultimo gruppo è costituito da 43 centri, 33 dei quali destinati al trattamento non acuto e di lungodegenza (socio-assistenziale, assistenziale ecc.) e 10 strutture diverse e non altrimenti raggruppabili (centri di volontariato, palestre, centri per malati terminali ecc.), per comodità classificate in una voce residuale. La distribuzione territoriale delle unità rilevate è riportata nella *tavola 6*. La tavola segnala come le regioni del nord-est, quelle del centro e quelle del meridione rappresentino ciascuna un numero di strutture relativamente rilevante e praticamente uguale come incidenza percentuale (123, 122 e 116 strutture rispettivamente per un peso in ciascun caso molto vicino al 25%). Meno rappresentate

risultano di contro l'area nord-occidentale (86 unità, pari al 18% del totale), e le Isole, i cui 32 centri censiti costituiscono il 7% del totale.

La sezione di destra della *tavola 6* permette di apprezzare la distribuzione per grande tipologia (di riferimento ospedaliero, ambulatoriale territoriale, ecc.). In questa sezione è indicato in parentesi il peso di ciascuna tipologia sul totale regionale. Ciò permette di evidenziare ad esempio come pesi simili a livello nazionale delle strutture di riferimento *ospedaliero* e di quelle *ambulatoriali* sul territorio (circa il 45%) siano il risultato di differenti distribuzioni territoriali delle schede raccolte:

a fronte di una prevalenza ospedaliera, per esempio, in Piemonte e nella Provincia Autonoma di Trento, in regioni come la Toscana, la Calabria e la Sicilia prevalgono invece le strutture ambulatoriali. Al contempo la tavola segnala come in ampie zone non è stato possibile raccogliere dati riferiti a strutture destinate al trattamento di pazienti non acuti e classificate sotto la voce *altre*.

Infine il grafico esposto in coda alla tavola 6 permette di cogliere alcune evidenze per macro-area geografica ed in particolare:

- per le *strutture di riferimento ospedaliero* si equivalgono le aree del nord-ovest e del nord-est, mentre centro, sud e isole registrano progressivamente un numero minore di strutture censite
- per le strutture di *tipo ambulatoriale territoriale* la tendenza è affatto diversa, progressivamente crescente a partire dal nord-ovest sino alle regioni meridionali e modesta, ma non trascurabile, nelle isole
- infine le altre strutture dimostrano una distribuzione complessivamente più limitata, come si è già avuto modo di osservare, ma anche più omogeneamente distribuita.

2.5. Le professionalità coinvolte

Una sezione del questionario di rilevazione è stata dedicata a rilevare la presenza, in ciascuna struttura, di specifiche figure professionali, al fine di consentire, sia pure dal punto di vista qualitativo (appunto la presenza/assenza) di valutare una prima dimensione della varietà dichiarata dalle diverse strutture (*tavola 7*).

Dalla tavola emergono due evidenze non sorprendenti:

1. per la quasi totalità delle strutture censite è registrata la presenza di operatori di riabilitazione (94,8%) (parzialmente o totalmente dedicati al centro); tale percentuale risulta leggermente inferiore, ma comunque elevata nelle strutture classificate come altre (79%);

Tavola 6
Distribuzione geografica delle Strutture censite ⁽¹⁾

	Strutture		di cui		
	N.ro	comp. %	Osped. e ricou.	Ambulat. territor.	Altre strutture
Piemonte	17	3,5	14 (82,4)	2 (11,8)	1 (5,9)
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	66	13,8	44 (66,7)	14 (21,2)	8 (12,1)
p.a. Bolzano	6	1,3	3 (50,0)	3 (50,0)	-
p.a. Trento	6	1,3	6 (100,0)	-	-
Veneto	61	12,7	18 (29,5)	34 (55,7)	9 (14,8)
Friuli Venezia Giulia	22	4,6	15 (68,2)	7 (31,8)	-
Liguria	3	0,6	1 (33,3)	2 (66,7)	-
Emilia Romagna	28	5,8	20 (71,4)	6 (21,4)	2 (7,1)
Toscana	49	10,2	15 (30,6)	32 (65,3)	2 (4,1)
Umbria	3	0,6	2 (66,7)	1 (33,3)	-
Marche	33	6,9	15 (45,5)	16 (48,5)	2 (6,1)
Lazio	37	7,7	17 (45,9)	10 (27,0)	10 (27,0)
Abruzzo	4	0,8	3 (75,0)	1 (25,0)	-
Molise	12	2,5	3 (25,0)	9 (75,0)	-
Campania	13	2,7	5 (38,5)	8 (61,5)	-
Puglia	56	11,7	14 (25,0)	38 (67,9)	4 (7,1)
Basilicata	5	1,0	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)
Calabria	26	5,4	10 (38,5)	14 (53,8)	2 (7,7)
Sicilia	21	4,4	7 (33,3)	13 (61,9)	1 (4,8)
Sardegna	11	2,3	5 (45,5)	5 (45,5)	1 (9,1)
Nord-Ovest	86	18,0	59 (68,6)	18 (20,9)	9 (10,5)
Nord-Est	123	25,7	62 (50,4)	50 (40,7)	11 (8,9)
Centro	122	25,5	49 (40,2)	59 (48,4)	14 (11,5)
Sud	116	24,2	37 (31,9)	72 (62,1)	7 (6,0)
Isole	32	6,7	12 (37,5)	18 (56,3)	2 (6,3)
Totale	479	100,0	219 (45,7)	217 (45,3)	43 (9,0)

⁽¹⁾ I valori in parentesi rappresentano la percentuale di ogni tipologia sul totale regionale.

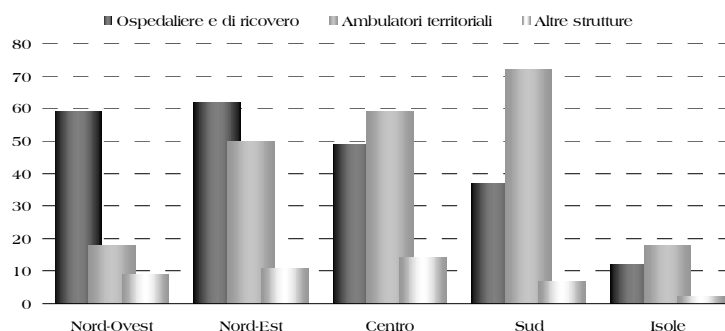


Tavola 7
Strutture censite per professionalità e tipologia di centro
 legenda: MED medici, PSIC psicologi, INF infermieri, RIAB operatori di riabilitazione, COM operatori di comunità, VOL volontari, N.I. non indicato

	MED	PSIC	INF	RIAB	COM	VOL	N.I.	TOTALE
<i>Numero di strutture</i>								
Osped. e di ricovero	214	81	162	213	31	8	1	219
Ambul. territoriali	192	87	77	207	8	2	3	217
Altre tipologie	38	16	26	34	15	3	1	43
Totale (*)	444	184	265	454	54	13	5	479
<i>% per tipol. di personale</i>								
Osped. e di ricovero	97,7	37,0	74,0	97,3	14,2	3,7	0,5	100,0
Ambul. territoriali	88,5	40,1	35,5	95,4	3,7	0,9	1,4	100,0
Altre tipologie	88,4	37,2	60,5	79,1	34,9	7,0	2,3	100,0
Totale	92,7	38,4	55,3	94,8	11,3	2,7	1,0	100,0
<i>% per tipol. di struttura</i>								
Osped. e di ricovero	48,2	44,0	61,1	46,9	57,4	61,5	20,0	45,7
Ambul. territoriali	43,2	47,3	29,1	45,6	14,8	15,4	60,0	45,3
Altre tipologie	8,6	8,7	9,8	7,5	27,8	23,1	20,0	9,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Ciascun totale deve essere interpretato come numero delle strutture nelle quali è esplicitamente registrata la figura professionale in esame (es. 444 riferita ai Medici indica che, appunto, in 444 strutture su 479 è segnalata la presenza della figura del medico).

2. con frequenza similmente elevata è stata segnalata tra le risorse di personale almeno una figura di area medica (92,7% del totale), che diviene praticamente la totalità nel caso delle *Strutture ospedaliere e di ricovero*.

La presenza di infermieri è indicata in poco più della metà delle strutture censite (55,3%) ma con una significativa disparità nel dato di dettaglio: mentre nel caso delle *Strutture ospedaliere e di ricovero* è stato segnalato personale infermieristico in 3 centri su 4, i *Centri ambulatoriali non ospedalieri* sembrano avvalersi solo in circa un terzo dei casi di queste professionalità.

La disponibilità di psicologi è segnalata in poco meno del 40% delle strutture censite; tale percentuale risulta abbastanza costante per le tre tipologie di centri adottate per l'esposizione di questi dati.

Gli operatori di comunità sono indicati come presenti unicamente in poco più di un caso ogni dieci (11,3%), oltre la metà dei quali relativi a *Strutture ospedaliere e di ricovero*.

Il quadro delle risorse umane è infine completato dall'eventuale supporto offerto da organizzazioni di volontariato, indicato da 13 strutture.

Rispetto alla tavola precedente, che concentra l'attenzione sulla presenza di ciascuna professione singolarmente presa, la *tavola 8* si propone di restituire, sia pure in misura schematizzata e non esaustiva, una seconda dimensione della varietà di tipologie professionali dichiarate dalle diverse strutture, identificata nel "mix" di queste che meglio caratterizza ciascuna tipologia di struttura.

La tavola è il risultato di due successivi approfondimenti:

- a. *elaborazione delle combinazioni elementari di professionalità* ~ si è in primo luogo proceduto a classificare ciascuna struttura secondo la specifica combinazione di professionalità indicata nel questionario di rilevazione (dalla più semplice, ad esempio l'indicazione della sola presenza dell'operatore di riabilitazione, alla più articolata, che ha visto la compresenza, a tempo pieno ovvero a tempo parziale, di tutte le figure indagate); questa prima fase di elaborazioni ha consentito di individuare mediamente circa otto possibili combinazioni di figure professionali per ciascuna delle 10 tipologie di strutture prescelte; le

Tavola 8

Personale impegnato per tipologia di Struttura (associazioni prevalenti)

legenda: Med medici, Inf infermieri, Ria operatori di riabilitazione, Psic psicologi, Com operatori di comunità

Strutture	Associazioni prevalenti (% specifica)	% totale
<i>Ospedaliere e di ricovero</i>		
a1. Struttura ospedaliera	Med+Inf+Ria (37%) + Psic (37%)	74%
a2. Presidio amb. rec. e ried. funz. ospedaliero	Med+Ria (55%) + Inf (31%)	86%
a3. Presidio di riabilitaz. extraospedaliera	Med+Psic+Inf+Ria (29%) + Com (43%)	72%
<i>Ambulatoriali territoriali</i>		
b1. Centro ambul. di riabilitazione	Med+Ria (33%) + Psic (39%)	72%
b2. Presidio amb. rec. e ried. funz. territoriale	Ria (16%) + Med (30%) + Inf (24%)	70%
b3. Centro socio-riabilitativo	Med+Psic+Ria (17%) + Inf (39%) + Com (11%)	67%
<i>Altre tipologie</i>		
c1. Strutt. resid. e/o semires. socio-assist.	nessuna prevalenza significativa	n.d.
c2. Struttura di lungodegenza	Med+Inf+Ria (56%) + Psic (22%)	78%
c3. Residenza Sanitaria Assistenziale	Med+Ria (33%) + Inf+Com (33%)	66%
c4. Altro	nessuna prevalenza significativa	n.d.

circa 80 diverse combinazioni raccolte hanno costituito la base di calcolo per individuare le tendenze di fondo che hanno caratterizzato questa sezione della rilevazione;

- b. *selezione delle combinazioni prevalenti* ~ a partire dai ventagli elaborati al punto precedente, sono state quindi selezionate le combinazioni di professionalità più frequenti per ciascuna tipologia di struttura esaminata ed è stata quindi elaborata la distribuzione di frequenza presentata nella tavola 8.

Poiché le combinazioni prevalenti raccolgono, sia pure con due eccezioni, i due terzi e anche i tre quarti delle strutture censite, la rappresentazione della tavola descrive con grande precisione un corpo comune che coglie dal 66% a oltre l'80% delle strutture censite per ciascuna tipologia. Le restanti schede, ciascuna delle quali rappresenta una variante (più o meno articolata ma in ogni caso numericamente molto limitata) del corpo principale rappresentato nella tavola, sono invece trascurate in quanto non significative a causa della limitata frequenza realizzata.

La tavola consente in definitiva le seguenti tipizzazioni.

a. Strutture ospedaliere e di ricovero

- *strutture di ricovero con specializzazione di riabilitazione* - in 7,4 casi su 10 hanno dichiarato di avvalersi di uno staff caratterizzato dalla compresenza di medici, infermieri ed operatori della riabilitazione; in 3,7 casi su 10 questa tipologia di struttura indica anche la presenza dello psicologo;
- *presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale di riferimento ospedaliero* - nella quasi totalità (86%) sono indicate presenti le figure del medico e dell'operatore di riabilitazione; in 5,5 casi su 10 queste risultano essere le uniche figure professionali presenti, mentre in 3 ulteriori casi ogni 10 è stata dichiarata in aggiunta anche la presenza della figura dell'infermiere;
- *presidi di riabilitazione extraospedaliera funzionalmente connessi alle strutture ospedaliere* - in 7 casi su 10 questa tipologia ha dichiarato di disporre di una équipe composta da medici, infermieri, psicologi ed operatori della riabilitazione; in oltre 4 casi su 10 questa tipologia ha segnalato anche la presenza dell'operatore di comunità.

b. Strutture ambulatoriali territoriali

- *centri ambulatoriali di riabilitazione* - le associazioni di personale impegnato indicate sono costituite prevalentemente (oltre 7 casi su 10) da personale di area medica e della riabilitazione; in quasi 4 casi ogni 10 si aggiunge la figura dello psicologo;
- *presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale di tipo territoriale* - la

figura dell'operatore di riabilitazione è presente il 7 casi su 10 e risulta completata dal medico in 3 casi su 10 e dall'infermiere in 2,4 casi su 10;

- *centri socio-riabilitativi* - queste strutture sono caratterizzate in quasi 7 casi ogni 10 dalla presenza dello psicologo insieme al medico ed all'operatore della riabilitazione; viene rilevata la presenza anche di personale infermieristico in 4 casi ogni 10 e quella dell'operatore di comunità in un caso ogni 10.

c. Altre tipologie di strutture

- *strutture di lungodegenza* - in quasi 8 casi ogni 10 è presente la terna medico / infermiere / operatore di riabilitazione; in 2 casi su 10 a tali figure si aggiunge quella dello psicologo;
- *residenze sanitarie assistenziali* - in 2 casi su 3 (66%) si registra la funzione medica e quella dell'operatore di riabilitazione; in un caso su 3 (33%) si aggiungono quelle dell'infermiere e dell'operatore di comunità.
- per quanto riguarda infine le *strutture residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali* e le strutture di tipologia minore (centri di volontariato, palestre, centri per malati terminali ecc.), la notevole varietà di combinazioni del personale impegnato non permette di rilevare tendenze comuni che siano statisticamente significative.

2.6. Le risorse tecniche e strumentali

Il quadro delle risorse professionali che operano in ciascuna struttura è completato dalla rilevazione, sia pure per grandi aggregati, di ulteriori risorse (tecniche e strumentali) a disposizione dei pazienti: palestre, laboratori, aree attrezzate ecc., indagate mediante una specifica sezione del questionario di rilevazione.

Il livello di risposta a questa sezione, pur non raggiungendo il 99% che ha caratterizzato la sezione dedicata alle risorse umane, è risultato comunque elevato: solo il 5% delle strutture indagate (23 su 479) ha restituito questa sezione in bianco (*tavola 9*).

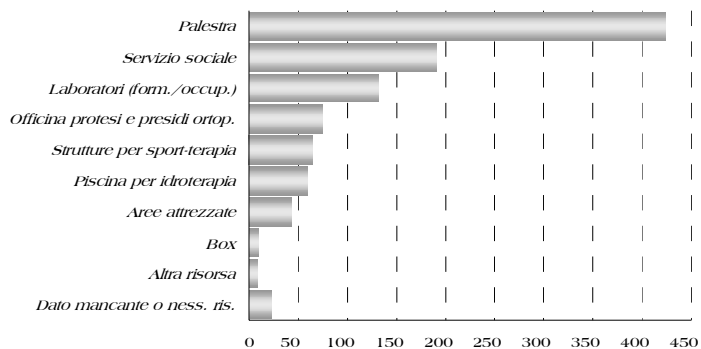
Una prima evidenza che pare opportuno segnalare è data da livelli di presenza molto diversi che caratterizzano le differenti tipologie indagate:

- la risorsa *palestra* risulta disponibile nel 90% dei casi (424 su 479);
- la risorsa *servizio sociale* è dichiarata presente nel 40% dei casi (191);
- i *laboratori di formazione e occupazione* sono presenti in poco meno del 30% dei casi (132);
- in 1-2 casi su 10 sono risultate presenti le *Officine per protesi e presidi ortopedici*,

Tavola 9
Risorse disponibili (interne e/o esterne alle strutture)

	N.	% (*)	di cui			
			Int.	Est.	Entr.	n.d.
Palestra	424	88,5	304	17	5	98
Servizio sociale	191	39,9	141	24	2	24
Laboratori (formaz./occupaz.)	132	27,6	100	13	4	15
Officina protesi e pres. ortop.	75	15,7	18	52	1	4
Strutture per sport-terapia	65	13,6	37	16	1	11
Piscina per idroterapia	60	12,5	42	12	-	6
Aree attrezzate valutazione e/o terapia riabilitativa	43	9,0	28	4	-	11
Box	10	2,1	7	2	-	1
Altra risorsa	9	1,9	8	-	1	-
Dato mancante o nessuna risorsa	23	4,8	-	-	-	-

(*) Percentuale calcolata su 479 strutture censite.



le strutture per sport-terapia (65 su 479), le piscine per idroterapia (60) e le aree attrezzate per terapie di riabilitazione (43);

- molto limitata infine è la presenza dichiarata di box e altre risorse, che ha riguardato in media unicamente un caso ogni 50.

Un ulteriore aspetto che si coglie nelle risposte elaborate è la diversa graduazione delle risorse direttamente attive presso il Centro di rilevazione rispetto all'utilizzo, anche mediante convenzioni di servizi, di risorse esterne ad esso:

- come era ragionevole attendersi, l'indagine ha evidenziato come in genere nel 70-80% dei casi le fattispecie esaminate siano presenti direttamente presso la struttura censita;
- sono risultate prevalentemente esterne tuttavia le Officine per la realizzazione di protesi e presidi ortopedici, anche se va segnalato come in un quarto dei

casi (18 su 75) questa risorsa è dichiarata come presente direttamente all'interno del Centro;

- sono risultate significativamente esternalizzate anche le strutture per sport-terapia, esplicitamente indicate come tali nel 25% dei casi (16 su 65);
- le restanti tipologie risultano esterne al Centro in misura minore, da un minimo del 4% (*palestra*) a un massimo del 20% (*piscina per idroterapia, box*) dei casi.

Una terza evidenza riguarda l'indicazione, a cura dei compilatori, di due tipologie di risorse non previste inizialmente nel questionario di rilevazione (nella modalità lasciata aperta proprio allo scopo di raccogliere queste informazioni aggiuntive)

- in quasi un caso ogni dieci sono state segnalate risorse assimilabili ad *Aree attrezzate per la valutazione e/o la terapia riabilitativa*, principalmente di tipo interno ed equamente distribuite tra le *strutture ospedaliere e di ricovero* e quelle *ambulatoriali territoriali*;
- nel 2,1% dei casi, prevalentemente in ambito ambulatoriale, è stata inoltre indicata la presenza di *box*, cioè di ambienti di dimensioni ridotte dedicati in maniera quasi esclusiva a particolari forme di riabilitazione (ad esempio i massaggi) e che non richiedono attrezzature specifiche di supporto allo specialista.

Una quarta evidenza riguarda la disaggregazione delle informazioni presentate nella tavola precedente per macro-tipologia di struttura (*tavola 10*). Si nota in

Tavola 10
Risorse disponibili per tipologia di struttura

	Ospedaliere e di ricovero		Ambulatoriali territoriali		Altre tipologie	
	N.	% ^(a)	N.	% ^(b)	N.	% ^(c)
Palestra	207	94,5	186	85,7	31	72,1
Servizio sociale	94	42,9	74	34,1	23	53,5
Laboratori (formaz./occupaz.)	69	31,5	44	20,3	19	44,2
Officina protesi e pres. ortop.	53	24,2	17	7,8	5	11,6
Strutture per sport-terapia	29	13,2	26	12,0	10	23,3
Piscina per idroterapia	35	16,0	16	7,4	9	20,9
Aree attrezzate valutazione e/o terapia riabilitativa	19	8,7	21	9,7	3	7,0
Box	2	0,9	8	3,7	-	-
Altra risorsa	8	3,7	-	-	1	2,3
<i>Dato mancante o nessuna ris.</i>	7	3,2	14	6,5	2	4,7

^(a) Percentuale calcolata sul totale delle strutture ospedaliere = 219

^(b) Percentuale calcolata sul totale delle strutture extra-ospedaliere = 217

^(c) Percentuale calcolata sul totale delle altre strutture = 43

particolare come la risorsa in generale più diffusa, la *palestra*, presenti in realtà una distribuzione decrescente, massima nel caso delle *Strutture ospedaliere e di ricovero* (94,5% dei casi), intermedia nel caso delle *strutture ambulatoriali* (85,7%) e leggermente più modesta nel caso delle *strutture minori/private* (72,1%). La medesima tavola segnala anche come in oltre la metà delle 23 *strutture minori/private* indagate sia presente la dotazione tipica di un *servizio sociale* e che anche i *laboratori di formazione e occupazione* costituiscano in tale fattispecie una modalità relativamente diffusa (44,3% dei casi) rispetto alle strutture più propriamente pubbliche, *ospedaliere e di ricovero* (31,5% dei casi) ovvero *ambulatoriali/territoriali* (20,3% dei casi).

La quinta e ultima dimensione su cui si richiama l'attenzione è (in analogia alle équipes esaminate nel caso delle professionalità coinvolte), data dai *mix di risorse* che con maggiore frequenza compaiono nelle 479 strutture esaminate. Nella *tavola 11* sono rappresentate alcune di queste combinazioni, raccolte con riferimento alle tre voci più diffuse (*palestra*, *servizio sociale* e *laboratori*):

- la voce più diffusa, la *palestra*, viene segnalata quale unica risorsa disponibile in ben un caso ogni 3 (33,6% dei casi)
- la combinazione *palestra/servizio sociale* si conta in 3 casi ogni 10 (30,5%), uno dei quali limitato a queste due uniche tipologie (9,8%) di risorse ed i restanti due in associazione ad altre risorse;
- la combinazione *palestra/laboratorio di formazione/occupazione* emerge in due casi su dieci (19,8%), di cui l'associazione *palestra/laboratorio/servizio sociale* rappresenta la modalità relativamente più frequente (6,7% dei casi, 10% se si aggiunge la risorsa *officina protesi e presidi ortopedici*).

Tavola 11
Risorse disponibili (associazioni)
legenda: Pal palestra, Pis piscina per idroterapia, Sport altre strutture per sport terapia, Lab laboratori (formazione/occupazione), Soc servizio sociale, Off officina protesi e presidi ortopedici, Aree Aree attrezzate per valutazione e/o terapia riabilitativa

Associazioni di risorse	Strutture	
	N.	% ^(*)
-Pal-	161	33,6
-Pal-Soc-	146	30,5
-Pal-Soc-	47	9,8
-Pal-Lab-Soc-	32	6,7
-Pal-Lab-Off-Soc-	16	3,3
-Pal-Off-Soc-	12	2,5
-Pal-Pis-Soc-	10	2,1
Altro	29	6,1
-Pal-Lab-	95	19,8
-Pal-Lab-Soc-	32	6,7
-Pal-Lab-Off-Soc-	16	3,3
-Pal-Lab-	11	2,3
Altro	36	7,5
Altre associazioni	131	27,3
Dato mancante o nessuna risorsa	23	4,8

^(*) Percentuale calcolata sul totale delle strutture (479).

In grande sintesi e senza pretesa di completezza l'analisi delle 479 strutture esaminate in termini di risorse tecniche e strumentali ha lasciato emergere: che sono risultate prevalentemente (e spesso unicamente) dotate di *palestra*; che le restanti risorse, in particolare il *servizio sociale* e i *laboratori di formazione/occupazione* compaiono in associazione alla *palestra* ed in *mix* variamente diversificati; che sempre il *servizio sociale* e il *laboratorio di formazione/occupazione* tendono ad essere relativamente più diffusi nelle strutture *minori/private*.

2.7. Le aree di intervento

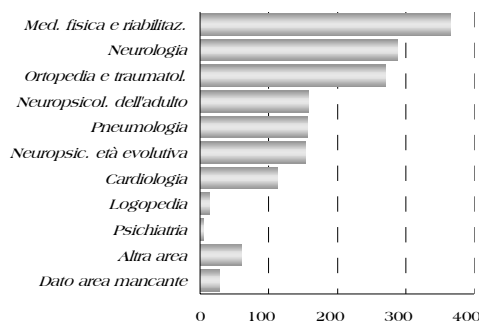
Dopo le dimensioni più propriamente strutturali in termini di risorse umane, tecniche e strumentali coinvolte, il questionario aveva lo scopo di rilevare anche le aree di intervento delle attività svolte, riassunte nella *tavola 12*, da cui emergono tre fattispecie:

- *aree di intervento maggiormente diffuse* (presenti in oltre la metà dei casi), costituite da *medicina fisica e riabilitazione* (76,4% dei casi), *neurologia* (60,1%) e *ortopedia e traumatologia* (56,6%);
- (restanti) *aree di intervento di rilievo* (con frequenza compresa fra il 20% e il 50% dei casi), costituite da *neuropsicologia dell'adulto* e *dell'età evolutiva* e *pneumologia*, ciascuna delle quali presente in circa un terzo dei casi esaminati ed infine *cardiologia*, rilevata nel 23,4% dei casi;
- due *aree minori*, la cui frequenza tuttavia è superiore o uguale all'1% dei casi (*logopedia* e *psichiatria*).

Tavola 12
Strutture per aree specialistiche di intervento indicate

	N.	% (*)
Medicina fisica e riabilitazione	366	76,4
Neurologia	288	60,1
Ortopedia e traumatologia	271	56,6
Neuropsicologia dell'adulto	158	33,0
Pneumologia	157	32,8
Neuropsicologia età evolutiva	154	32,2
Cardiologia	112	23,4
Logopedia	14	2,9
Psichiatria	5	1,0
Altra area	61	12,7
Dato area mancante	29	6,1

(*) Percentuale calcolata su 479 strutture censite



RESULTATI

Tutte le restanti aree sono risultate diffuse sotto la soglia dell'1% dei casi e raccolte per comodità in una unica voce della tavola. Va segnalato come in circa il 5% dei casi questa sezione del questionario non è stata compilata.

La disaggregazione delle aree di intervento per macro-tipologia di struttura (*tavola 13*) conferma sostanzialmente questa ripartizione fra aree di intervento maggiormente diffuse, restanti aree di intervento di rilievo ed aree minori:

- le tre *aree di intervento maggiormente diffuse* registrano percentuali di presenza superiori alla metà dei casi con la limitata eccezione (44%) di *ortopedia e traumatologia* per le strutture minori/private;
- tra le restanti cinque *aree di rilievo* (cioè in generale comprese fra il 20 ed il 50% dei casi) si nota un addensamento relativamente più modesto della *neuropsicologia dell'età evolutiva* nelle *strutture minori/private* (18,6% dei casi), compensato tuttavia dalla più marcata presenza nel caso degli *ambulatori territoriali* (44,7% dei casi); similmente la modesta presenza della *cardiologia* nelle *strutture ambulatoriali* (11,1%) si affianca ad una sicuramente prevedibile maggior presenza nelle *strutture ospedaliere*;
- delle due *aree minori*, l'attività di *logopedia* è stata rilevata in 6 strutture ospedaliere, altrettante ambulatoriali ed in 2 centri minori/privati mentre l'attività di *psichiatria* è risultata concentrata in 4 centri minori/privati ed in una unica struttura di ricovero.

Tavola 13
Aree specialistiche di intervento per tipologia di struttura

	Ospedaliere e di ricovero		Ambulatoriali territoriali		Altre tipologie	
	N.	% ^(a)	N.	% ^(b)	N.	% ^(c)
Med. fisica e riabilitaz.	183	83,6	155	71,4	28	65,1
Neurologia	145	66,2	118	54,4	25	58,1
Ortopedia e traumatol.	138	63,0	114	52,5	19	44,2
Neuropsicol. dell'adulto	87	39,7	57	26,3	14	32,6
Pneumologia	99	45,2	46	21,2	12	27,9
Neuropsic. età evolutiva	49	22,4	97	44,7	8	18,6
Cardiologia	79	36,1	24	11,1	9	20,9
Logopedia	6	2,7	6	2,8	2	4,7
Psichiatria	1	0,5	-	-	4	9,3
Altra area	31	14,2	22	10,1	8	18,6
Dato area mancante	7	3,2	18	8,3	4	9,3

^(a) Percentuale calcolata sul totale delle strutture ospedaliere = 219

^(b) Percentuale calcolata sul totale delle strutture extra-ospedaliere = 217

^(c) Percentuale calcolata sul totale delle altre strutture = 43

È interessante notare (*tavola 14*) come circa un quarto delle strutture censite (119) abbiano indicato una unica attività specialistica di intervento mentre quasi il 50% (226 strutture) presenti un grado di complessità più rilevante, dato dalla presenza di quattro o più aree di intervento. È altrettanto interessante rilevare come, disaggregando questa informazione generale, non emergono differenze acutissime tra *strutture di ricovero*, *strutture ambulatoriali* e *strutture minori/private*: quelle mono-specialistiche vanno dal 22 al 27%; le strutture con due aree di intervento sono in ogni caso risultate non lontane dal 10% dei casi; unicamente le strutture che dispongono di oltre tre aree di intervento risultano più presenti fra le strutture di ricovero e, ordinatamente, quelle ambulatoriali anche se, va sottolineato, questa modalità risulta, in ciascuna delle tipologie esaminate, largamente la più diffusa.

Tavola 14
Strutture per numero di specialità indicate

	Strutture		di cui		
	N.	%	Osped. e ricov. ^(a)	Ambulat. territ. ^(b)	Altre tipologie ^(c)
Una sola area specialistica	119	24,8	21,9	27,2	27,9
Due aree specialistiche	44	9,2	8,7	10,1	7,0
Tre aree specialistiche	61	12,7	13,7	10,6	18,6
Oltre tre aree specialistiche	226	47,2	52,5	43,8	37,2
Dato area mancante	29	6,1	3,2	8,3	9,3
Totale	479	100,0	100,0	100,0	100,0

^(a) Percentuale calcolata sul totale delle strutture ospedaliere e di ricovero = 219

^(b) Percentuale calcolata sul totale delle strutture ambulatoriali territoriali = 217

^(c) Percentuale calcolata sul totale delle altre strutture = 43

2.8. Assistenza di tipo intensivo/estensivo

La differenziazione fra attività riabilitative di tipo estensivo ovvero intensive (*cfr note 1 e 2, citate*) costituisce una ulteriore chiave di lettura affrontata dal questionario di rilevazione.

La *tavola 15* offre un semplice ma incisivo quadro di questa dimensione:

- circa la metà delle strutture censite (246 su 479) risulta collocata nella fascia di attività *estensiva/intermedia* ed il 20% (97) è specializzato unicamente sul ver-

RESULTATI

- sante intensivo; solo il 13% delle strutture rilevate (62) dichiara la presenza di entrambe le tipologie di attività anche se non va dimenticato che questa sezione del questionario è stata lasciata in bianco in oltre il 15% dei casi (74);
- le *strutture ospedaliere e di ricovero* concentrano l'85% delle strutture rilevate dall'indagine con vocazione intensiva ed il 74% di quelle che dichiarano di svolgere attività sia di tipo intensivo che estensivo; le strutture di ricovero sono risultate quelle che hanno presentato una distribuzione relativamente più omogenea: oltre un terzo dei casi intensivi (83), quasi un terzo caratterizzati da attività estensiva o intermedia (69); un quinto dedicato ad entrambe le tipologie (46);
 - le *strutture ambulatoriali territoriali* concentrano il maggior numero di strutture di assistenza di tipo estensivo/intermedio (148) dimostrando una evidente polarizzazione in questa direzione (68% dei casi, mentre solo il 2,8% delle strutture ambulatoriali risulta predisposto per interventi riabilitativi di tipo intensivo);
 - anche i *centri privati/minori* sono risultati svolgere prevalentemente attività di tipo estensivo/intermedio (67% dei casi) ma hanno altresì segnalato circa il 20% di strutture con vocazione intensiva (8 su 43).

Tavola 15
Tipo di attività svolta per tipologia di Struttura

Strutture	Estens.e/o			Dato mancante	Totale
	Intensiva	intermedia	Entrambe		
<i>Ospedaliere e di ricovero</i>	83	69	46	21	219
<i>Ambulatoriali territoriali</i>	6	148	14	49	217
<i>Altre tipologie</i>	8	29	2	4	43
Totale	97	246	62	74	479
% per tipologia di attività					
<i>Ospedaliere e di ricovero</i>	37,9	31,5	21,0	9,6	100,0
<i>Ambulatoriali territoriali</i>	2,8	68,2	6,5	22,6	100,0
<i>Altre tipologie</i>	18,6	67,4	4,7	9,3	100,0
Totale	20,3	51,4	12,9	15,4	100,0
% per tipologia di struttura					
<i>Ospedaliere e di ricovero</i>	85,6	28,0	74,2	28,4	45,7
<i>Ambulatoriali territoriali</i>	6,2	60,2	22,6	66,2	45,3
<i>Altre tipologie</i>	8,2	11,8	3,2	5,4	9,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2.9. Trattamenti erogabili, casistica Drg e prestazioni erogate

La finalità del questionario di rilevazione di essere la base di una indagine a carattere censuario ha indotto ad indagare, oltre alla tipologia delle unità censite e delle relative strutture (§§ da 2.1 a 2.4), alle risorse umane, strumentali e tecniche coinvolte (§§ da 2.4 a 2.6) ed alle aree di intervento ed al carattere di intensività o estensività delle attività svolte (§§ 2.7 e § 2.8), tre ulteriori versanti, sia pure con l'approfondimento consentito nell'ottica di una indagine complessivamente sostenibile/accettabile da parte delle amministrazioni compilanti:

- a. trattamenti riabilitativi erogabili
- b. indicazione dei più diffusi Drg attribuiti nella scheda di dimissione dei pazienti trattati
- c. alcune informazioni circa le prestazioni effettivamente erogate nell'anno.

2.9.1. Trattamenti erogabili

La *tavola 16* raccoglie le informazioni rilevate in termini di tipologie di trattamenti offerti dalle 479 strutture indagate ed evidenzia come:

- a. nella assoluta maggioranza dei casi (90,2%) è stata indicata la *Terapia fisica (funzionale e neuromotoria)*;
- b. in una percentuale che varia dal 30 al 60% dei casi esaminati sono state segnalate sei tipologie di trattamento a carattere *relativamente diffuso*; di queste due sono a vocazione prevalentemente fisica (*riabilitazione respiratoria e rieducazione foniatrica*), tre a vocazione neuropsicologica (*terapia cognitiva, rieducazione neuropsicologica e terapia psicologica*) ed una che si colloca in un'area idealmente intermedia (*terapia occupazionale*);

Tavola 16
Trattamenti riabilitativi erogabili

	N.	% (*)
Terapia fisica (funzionale e neuromotoria)	432	90,2
Riabilitazione respiratoria	276	57,6
Terapia cognitiva	249	52,0
Terapia occupazionale	239	49,9
Rieducaz. neuropsicologica	214	44,7
Rieducazione foniatrica	214	44,7
Terapia psicologica	172	35,9
Assistenza domiciliare	139	29,0
Terapia ricreazionale	78	16,3
Sport terapia	76	15,9
Musicoterapia	50	10,4
Riabilitazione ortottica	28	5,8
Riabilitazione logopedica	24	5,0
Altro trattamento	56	11,7
Dato trattamento mancante	8	1,7

(*) Percentuale calcolata su 479 strutture censite

- c. con un grado di prevalenza minore, compreso fra il 10 ed il 30% dei casi, sono risultate le attività di *assistenza domiciliare*, la *terapia ricreazionale* e la *sport- e musico-terapia*;
- d. meno diffuse, ricomprese tra il 5 ed il 10% dei casi esaminati, sono le segnalazioni riferite alla *riabilitazione ortottica* ed alla *riabilitazione logopedica* (questa ultima non prevista inizialmente dal questionario e ricostruita in base alle indicazioni della sezione a risposta libera della specifica domanda del questionario).

Va rilevato come unicamente il 2% delle risposte (ricordando che si trattava di una domanda a risposta multipla) risulta raccolta nella voce residuale, che peraltro ha visto elencate un complesso di 40 tipologie di attività. Infine va segnalato come solo 8 strutture su un totale di 479 hanno evitato di compilare questa sezione del questionario (1,7% del totale).

La *tavola 17* disaggrega le evidenze appena discusse per grande tipologia di struttura (di ricovero, ambulatoriale e minore/privata). Seguendo la classificazione appena accennata:

Tavola 17
T Trattamenti riabilitativi erogabili per tipologia di Struttura

	Ospedaliere e di ricovero		Ambulatoriali territoriali		Altre tipologie	
	N.	% ^(a)	N.	% ^(b)	N.	% ^(c)
Terapia fisica (funzionale e neuromotoria)	208	95,0	194	89,4	30	69,8
Riabilitazione respiratoria	157	71,7	106	48,8	13	30,2
Terapia cognitiva	124	56,6	101	46,5	24	55,8
Terapia occupazionale	115	52,5	100	46,1	24	55,8
Rieducazione neuropsicologica	103	47,0	98	45,2	13	30,2
Rieducazione foniatrica	95	43,4	107	49,3	12	27,9
Terapia psicologica	77	35,2	78	35,9	17	39,5
Assistenza domiciliare	42	19,2	91	41,9	6	14,0
Terapia ricreazionale	37	16,9	21	9,7	20	46,5
Sport terapia	37	16,9	29	13,4	10	23,3
Musicoterapia	18	8,2	17	7,8	15	34,9
Riabilitazione ortottica	20	9,1	6	2,8	2	4,7
Riabilitazione logopedica	9	4,1	13	6,0	2	4,7
Altro trattamento	28	12,8	24	11,1	4	9,3
Dato trattamento mancante	1	0,5	6	2,8	1	2,3

^(a) Percentuale calcolata sul totale delle strutture ospedaliere = 219

^(b) Percentuale calcolata sul totale delle strutture extra-ospedaliere = 217

^(c) Percentuale calcolata sul totale delle altre strutture = 43

- a. la *Terapia fisica (funzionale e neuromotoria)* risulta in ogni caso la tipologia di trattamento maggiormente diffusa, pur se graduata dal 95% delle strutture ospedaliere al 70% delle strutture minori/private;
- b. le sei tipologie a carattere *relativamente diffuso* variano da oltre il 70% al 35%, nell'ordine indicato nella tavola, nel caso delle strutture ospedaliere e di ricovero; sono con una unica eccezione ricomprese tra il 45-50% dei casi nel caso delle strutture a carattere ambulatoriale; le strutture minori/private dimostrano una frequenza relativamente più elevata di *terapia cognitiva* e di *terapia occupazionale* (56% in entrambi i casi), compensata da livelli di presenza vicini al 30% di *riabilitazione respiratoria*, *rieducazione neuropsicologica* e *rieducazione foniATRica*;
- c. il gruppo di quattro tipologie individuate in generale nella tavola 16 come a *prevalenza minore* è risultato quello più variabile nell'analisi di dettaglio, mostrando una polarizzazione verso l'assistenza domiciliare delle strutture a carattere ambulatoriale (41,9% dei casi) e verso la terapia ricreazionale e la musicoterapia delle strutture minori/private (rispettivamente 46,5 e 34,9% dei casi)
- d. infine le due tipologie meno diffuse rilevate, *riabilitazione ortottica* e *riabilitazione logopedica* si confermano con percentuali modeste, tra il 5 ed il 10%, per tutte le tipologie di struttura esaminate.

2.9.2. La casistica Drg

Nel caso di attività di ricovero una apposita sezione del questionario prevedeva l'indicazione della casistica dei più frequenti Drg desunti dalle schede di dimissione ospedaliere nell'anno immediatamente precedente quello in cui si è svolta l'indagine, cioè nel 2002. Destinatario atteso di questa sezione erano quindi unicamente le strutture pubbliche caratterizzate da attività di ricovero. Le risposte hanno riguardato un centinaio di strutture ospedaliere e di ricovero (su circa 200 censite, di cui 70 tuttavia a carattere ambulatoriale e quindi estranee a casistiche Drg) e circa un quinto delle 34 strutture minori/private indagate con esclusione delle RSA, anche queste escluse dal regime Drg.

La *tavola 18* consente di esaminare in dettaglio i livelli di risposta per le diverse categorie di struttura esaminate:

- unicamente nel caso delle strutture ospedaliere il livello di risposta a questa sezione appare esaustivo (83,5% delle strutture censite)
- hanno risposto a questa sezione anche 4 delle 9 *strutture di lungodegenza* indagate

Tavola 18
Distribuzione delle strutture che hanno fornito l'indicazione dei Drg

		risposte		% risp.
		sez. drg	totali	drg/tot
a1	Struttura ospedaliera (DH, reg. ordinario, entrambi)	106	127	83,5
a2	Presidio ambul. recupero e rieducaz. funz. ospedaliero	-	71	-
a3	Presidio di riabilitaz. extraospedaliera (DH e/o ord.)	4	21	19,0
a.	Strutture ospedaliere e di ricovero	110	219	50,2
b1	Centro ambul. di riabilitaz.	-	109	-
b2	Presidio ambul. recupero e rieducaz. funz. territoriale	-	90	-
b3	Centro socio-riabilitativo	-	18	-
b.	Strutture ambulatoriali territoriali	-	217	-
c1	Struttura residenziale e/o semiresidenz. socio-assist.	2	15	13,3
c2	Struttura di lungodegenza	4	9	44,4
c3	Residenza Sanitaria Assistenziale	-	9	-
c4	Altro	1	10	10,0
c.	Altre strutture	7	43	16,3
e.	Totale	117	479	24,4

- le restanti tipologie mostrano livelli di risposta ulteriormente più limitati, compresi tra il 10 ed il 20% del totale delle strutture rilevate per ciascuna categoria).

Si è ritenuto ragionevole sottoporre ad elaborazioni di dettaglio unicamente le 106 risposte a questa sezione del questionario pervenute da altrettante strutture ospedaliere. In primo luogo è stata affrontata una evidente ambiguità di classificazione operata da parte dei compilatori: in numerosi casi, in luogo del Drg è stata indicata la diagnosi principale secondo la *Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD9CM)* ovvero direttamente l'Mdc di appartenenza di questa ultima. Le tre classificazioni emerse dalle schede originali inviate sono state raggruppate nei seguenti grandi gruppi di cause di dimissione che rispondono con sufficiente rigore agli obiettivi conoscitivi che caratterizzano la presente ricerca:

Sistema nervoso; Sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo; Sistema circolatorio; Occhio, orecchio, naso, bocca e gola; Apparato respiratorio; Tessuto cutaneo, sottocutaneo e mammella; Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici; Apparato genitourinario; Sistema immunitario e organi emopoietici; Disturbi mentali; Traumatismi e avvelenamenti; Tumori; Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso al Ssn; Altri fattori.

Come di consueto l'analisi è stata effettuata seguendo due dimensioni: l'analisi di frequenza di ciascun gruppo singolarmente preso (*tavola 19*) e quindi l'analisi di come i diversi gruppi di cause si combinano in modo associato nelle diverse strutture (*tavola 20*).

La *tavola 19* permette di ordinare distintamente i grandi gruppi di cause secondo l'ordine di diffusione di ciascun gruppo singolarmente preso:

- in oltre tre casi ogni quattro (81 su 106) sono indicate cause di dimissione riconducibili al *sistema nervoso*;
- anche le cause di dimissione riconducibili al *sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo* appaiono maggioritarie, in quanto presenti in circa il 60% delle risposte (61 casi);
- le cause legate al *sistema circolatorio* riguardano poco più di un caso ogni cinque (17 casi);
- le restanti classificazioni sono risultate indicate con una frequenza minore, in ogni caso inferiore al 20% delle strutture esaminate.

La *tavola 20* restituisce le combinazioni di area di dimissione che caratterizzano ciascuna struttura in particolare con riferimento alle tre aree più diffuse individuate nella tavola precedente. Tre strutture su quattro sono risultate aver trattato pazienti con dimissioni afferenti più aree di dimissione e solo il 25,5% è risultata "mono-area".

Le 79 strutture "pluri-area" censite sono risultate distribuite

- a. in circa la metà dei casi (41) con pazienti dimessi di area *sistema nervoso e muscolo-scheletrico* (oltre che da eventuali ulteriori aree minori)
- b. in un numero più limitato di casi (16) come combinazioni, diverse dal caso precedente, delle tre aree più diffuse (di nuovo oltre che da eventuali ulteriori aree minori)
- c. nei residui 22 casi le combinazioni pluri-area dichiarate dalla struttura censita hanno riguardato unicamente i raggruppamenti minori.

Le 27 strutture "mono-area" censite sono risultate distribuite principalmente sull'area del *sistema nervoso* (12 casi), in misura minore alle due restanti aree di rilievo (rispettivamente 7 casi per il *sistema circolatorio* e 5 per il *muscolo scheletrico*, mentre unicamente tre strutture hanno dichiarato una monotematicità sulle aree a minore diffusione.

In sintesi ben 86 su un totale di 106 strutture hanno visto pazienti riferiti a combinazioni singole o associate di area *sistema nervoso*, *sistema circolatorio* e *sistema muscolo scheletrico e del sistema collettivo*; le rimanenti 25 strutture hanno coinvolto pazienti afferenti ai gruppi di cause risultati di minore diffusione.

2.9.3. Il ventaglio delle prestazioni erogate

Nell'ultima sezione del questionario sono state rilevate le tipologie delle prestazioni erogate nell'anno 2002. I risultati, riportati nella *tavola 21*, mostrano che le

Tavola 19
Principali cause di dimissione indicate - Dati di attività Anno 2002

Gruppo di cause	Struttura ospedaliera (DH, reg. ordinario, entrambi)	
	N.	% (*)
Sistema nervoso	81	76,4
Sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	61	57,5
Sistema circolatorio	24	22,6
Fattori che influenzano stato di salute e ricorso a Ssn	17	16,0
Apparato respiratorio	11	10,4
Traumatismi e avvelenamenti	10	9,4
Disturbi mentali	6	5,7
Altre cause di dimissione	15	14,2

(*) Percentuale calcolata sulle 106 strutture censite che hanno risposto alla specifica domanda (cfr. tavola 18).

Tavola 20
Principali cause di dimissioni
(associazioni con le tre aree più diffuse indicate in tavola 19)
legenda: Nerv Sistema nervoso, Musc Sistema muscolo
scheletrico e del tessuto connettivo, Circ = Sistema circolatorio

Associazioni di cause	Struttura ospedaliera (DH, reg. ordinario, entrambi)	
	N.	% (*)
Strutture "pluri-area"	79	74,5
- in cui compaiono le aree -Nerv- e -Musc-	41	38,7
- in cui compaiono le aree -Nerv- e -Circ-	5	4,7
- in cui compaiono le aree -Circ- e -Musc-	3	2,8
- in cui compaiono le aree -Nerv-, -Circ- e -Musc-	8	7,5
- ulteriori associazioni diverse dalle precedenti	22	20,8
Strutture "mono-area"	27	25,5
- cause unicamente riconducibili a -Nerv-	12	11,3
- cause unicamente riconducibili a -Circ-	7	6,6
- cause unicamente riconducibili a -Musc-	5	4,7
- ulteriori casi monotematici	3	2,8

(*) Percentuale calcolata sulle 106 strutture censite che hanno risposto alla specifica domanda (cfr. tavola 18).

prestazioni maggiormente effettuate sono state le *Elettrostimolazioni (incluso TENS)*, segnalate nel 66,0% dei casi, seguite da *Massaggi*, *Ultrasuonoterapia*, *Correnti Diadinamiche* e *Ionoforesi*, tutte segnalate da più della metà delle strutture.

Ulteriori cinque tipologie di prestazioni (*Magnetoterapia*, *Laserterapia*, *Radioraggioterapia*, *Trazioni vertebrali* ed *Infrarossi*) sono risultate mediamente diffuse, con percentuali comprese fra il 33 ed il 45% delle 479 strutture oggetto del censimento. In misura variabile tra il 20 e il 25% delle strutture è stata segnalata, oltre a quelle sin qui indicate, una serie di prestazioni che rientrano nell'ambito della *Galvanoterapia*, della *Chinesiterapia* (che comprende anche l'*idrochinesiterapia*), *Manipolazioni "manu medica"* e prestazioni di *Mesoterapia*.

Le restanti prestazioni elencate nella tavola hanno riguardato percentuali minori di casi di cui vanno in particolare segnalate alcune voci ricostruite ex-post sulla base delle risposte da parte del compilatore nella sezione non predefinita della domanda: in alcuni di casi le segnalazioni sono state numerose tanto da rendere interessante un ampliamento della casistica predisposta sul questionario; in altri le tipologie di prestazioni segnalate sono state troppo specifiche per essere considerate in maniera autonoma in fase di elaborazione. La soluzione adottata è stata quella di raggruppare le voci in tipologie omogenee dal punto di vista del settore specialistico: sono così emerse in questo modo le prestazioni ricondotte alla generica *Terapia neuropsicologica e psicologica* (6,5%), alla *Terapia del linguaggio* (4,4%), già emersa anche nelle domande precedenti, e alla *Terapia respiratoria* (3,3% delle indicazioni) mentre nella voce "Altra prestazione" sono stati raccolti i 33 casi di risposte più diversificate.

Tavola 21
Tipologia di prestazioni erogate - Anno 2002

	N.	% (*)
Elettrostimolazioni (incluso TENS)	316	66,0
Massaggi	265	55,3
Ultrasuonoterapia	262	54,7
Correnti Diadinamiche	261	54,5
Ionoforesi	254	53,0
Magnetoterapia	215	44,9
Laserterapia	200	41,8
Radarterapia	190	39,7
Trazioni Vertebrali	179	37,4
Infrarossi	157	32,8
Galvanoterapia	127	26,5
Chinesiterapia	114	23,8
Manipolaz. "manu medica"	97	20,3
Mesoterapia	86	18,0
Terapia neuropsic. e psicol.	31	6,5
Terapia del linguaggio	21	4,4
Terapia respiratoria	16	3,3
Altra prestazione	33	6,9
Dato mancante o nessuna prestazione	125	26,1

(*) Percentuale calcolata su 479 strutture censite

3. Discussione e proposte

3.1. Considerazioni preliminari

3.1.1. Il punto di partenza dell'indagine

La riabilitazione è tradizionalmente l'ultima delle tre grandi branche della medicina (prevenzione, cura e, appunto, riabilitazione). Ultima perché viene dopo, dopo che si è tentato di prevenire e dopo che si è intervenuti nella fase acuta, non ultima perché meno importante. Anzi, l'accentuarsi delle malattie cronico-degenerative, il continuo estendersi della vita (ancora lungo gli anni novanta l'età media alla morte migliora in Italia di oltre tre mesi ogni anno che passa) e il miglioramento delle conoscenze e delle possibilità di intervento riabilitativo possono essere considerate le tre grandi concause per la quale questo "dopo" risulta per ampie fasce di popolazione oggi una realtà viva ed attuale.

Poco tuttavia si conosce, quantitativamente, di questo mondo laddove, sul versante cura, di praticamente ogni Istituto di ricovero per acuti ogni anno vengono appositamente censiti il Bilancio (se si tratta di una Azienda), struttura dei posti letto, dotazioni di personale, assetti retributivi, sino alle singole schede di dimissione ospedaliera di ciascuno dei ricoverati che vi transitano in regime sia ordinario che di day-hospital.

La ricerca prende le mosse dalla considerazione che non esiste, in Italia, una mappa articolata ed aggiornata delle strutture di riabilitazione per motulesi e neurolesi e delle relative attività. Non esiste, quindi, un luogo accessibile dove rintracciare compiutamente l'offerta di servizi di riabilitazione e questa assenza pesa tanto nell'orientare l'utenza quanto nel rappresentare adeguatamente la terza dimensione fondante dell'attività sanitaria, quella, appunto, della riabilitazione.

3.1.2. Il punto di arrivo attuale

Nel corso della ricerca è stato inviato un questionario appositamente ideato ad alcune migliaia di enti (circa 3.500) che, in tutto o in parte, apparivano di possibile interesse per l'argomento. Il livello di risposta a tale invio ha superato il 10% degli interpellati ed ha quindi permesso di esaminare mediamente una amministrazione ogni 10 di quelle inizialmente identificate.

La base informativa raccolta, in definitiva, può essere considerata una delle più significative, estese ed accurate oggi disponibili sul versante delle indagini sulla

riabilitazione in Italia. Per un corretto posizionamento di tale risultato risultano utili alcune richiami di inquadramento generale:

- a. le evidenze raccolte descrivono, sebbene con cura, solo una parte minoritaria delle strutture di riabilitazione per motulesi e neurolesi presenti in Italia
 - b. questa parte è, molto approssimativamente, un decimo dell'universo di riferimento e, considerato l'onere di compilazione richiesto unitamente alla non obbligatorietà della risposta, è riferita alle sole strutture che hanno liberamente scelto di partecipare all'indagine
 - c. delle restanti strutture, cioè dei nove decimi di enti che non hanno voluto o potuto compilare il questionario di rilevazione non è dato allo stato sapere in che misura sono state correttamente identificate, se cioè rientrano a pieno titolo nella mappa che si intende costruire
 - d. né d'altronde è possibile allo stato valutare quante e quali strutture operano nel settore (in particolare fra le strutture minori/private) senza essere intercettate nelle statistiche utilizzate per costruire l'indirizzario utilizzato dalla ricerca.
- In definitiva l'indagine descrive approfonditamente una parte limitata ed a stretto rigore statistico non rappresentativa dell'universo di riferimento, sicuramente rilevante se si considera lo stato attuale delle conoscenze e delle informazioni di base pubblicamente disponibili e descrittiva delle amministrazioni la cui direzione si è dimostrata maggiormente sensibile ai grandi temi delle rilevazioni statistiche del settore.

3.2 Il taglio di lettura proposto

Appare opportuno discutere l'esperienza realizzata sotto tre diversi, fra loro coerenti e complementari, angoli visuali:

- il questionario di rilevazione, con l'obiettivo di concentrare l'attenzione sullo strumento conoscitivo adottato
- la tecnica logistico-organizzativa utilizzata, cioè l'insieme delle procedure che hanno permesso il concreto svolgersi dell'indagine, identificate separatamente dall'oggetto conoscitivo perseguito dalla stessa
- ed infine il sistema di relazioni posto in essere per far conoscere ed apprezzare l'iniziativa fra gli addetti ai lavori.

L'insieme di queste valutazioni circa l'adeguatezza conoscitiva, la realizzabilità organizzativa e la capacità di coagulare gli interessi dei principali addetti al settore della riabilitazione a neurolesi e motulesi permette, in sede di conclusioni del Rapporto, di formulare alcune indicazioni per non disperdere in una iniziativa *una*

tantum il valore aggiunto accumulato ed anzi suggerire alcune idee guida circa i requisiti per radicare l'esperienza maturata e massimizzarne l'utilità e la fruibilità.

3.2.1. Il questionario di rilevazione

Lo strumento conoscitivo adottato per l'indagine si è dimostrato complessivamente robusto ed efficace sotto i due profili desiderati, cioè quello della compilabilità da parte delle organizzazioni di riabilitazione interpellate e quello della utilizzabilità delle informazioni raccolte ai fini della stesura del rapporto di analisi quantitativo realizzato.

La prima osservazione trova riscontro tanto nel livello di risposta realizzato, senz'altro superiore alle attese (come si ricorderà risulta compilato il 10% dei questionari inviati, rispetto a valori che di norma in questo tipo di indagini si attestano sul 3-5% degli invii) quanto nel grado di completezza di compilazione di ciascun questionario: le sezioni lasciate in bianco sono risultate ragionevolmente residuali, come facilmente verificabile nelle tavole esposte nel capitolo 2 ed in Appendice, nonostante la estesa articolazione dei quesiti proposti abbia riguardato, per ciascuna struttura di riabilitazione, la tipologia, le professionalità coinvolte, le risorse tecniche e strumentali, le aree di intervento, la modalità intensiva o estensiva dell'assistenza, i trattamenti erogati ivi inclusa, quando applicabile, la casistica per *Drg*. In definitiva, la cura dei contenuti del questionario, realizzato da un gruppo di lavoro multidisciplinare medico-clinico e statistico e testato preliminarmente su alcune amministrazioni pilota, e soprattutto la scelta di concentrare in uno strumento agevole e sintetico tutte le informazioni desiderate (metà pagina dedicata ai dati generali di ente, una unica facciata da compilarsi con riferimento a ciascuna struttura che nell'ambito dell'ente svolge attività di riabilitazione) ha sicuramente contribuito alla buona riuscita dell'iniziativa da questo punto di vista.

La seconda osservazione, riferita alla fruibilità delle informazioni raccolte ai fini della stesura del rapporto di analisi richiede un giudizio più articolato.

Senz'altro corretta si è dimostrata la scelta di dedicare una sezione alle informazioni generali di Ente ed una seconda a ciascuna struttura che, nell'ambito dell'Ente, svolge concretamente l'assistenza riabilitativa. Ciò ha permesso di utilizzare lo stesso strumento di rilevazione

- per le strutture di dimensione più modesta, per le quali l'ente coincide spesso con l'unità che eroga il servizio riabilitativo,
- per le strutture più specializzate, che nell'ambito di una medesima organizzazione vedono attive diverse unità operative di riabilitazione

- per le amministrazioni, come le aziende ospedaliere del Servizio sanitario nazionale, per le quali il reparto di riabilitazione e di lungodegenza costituisce solo una delle attività sanitarie erogate.

La classificazione degli Enti (ripresa dal Ministero della Salute) è risultata anch'essa funzionale, anche se va rimarcato, alla luce delle elaborazioni effettuate ex post, come sia tornata utile alla esposizione quantitativa ed al commento dei risultati anche la suddivisione meno dettagliata in *Strutture di ricovero, Istituti di riabilitazione in convenzione e strutture minori/private*.

Proseguendo, la classificazione delle tipologie di struttura che attuano l'attività di riabilitazione ha consentito senza difficoltà di pervenire ad una classificazione intermedia a tre elementi (*Strutture ospedaliere e di ricovero, Strutture ambulatoriali territoriali e Altre strutture*) che si è dimostrata adatta ad accompagnare senza dispersioni l'analisi di tutte le restanti sezioni del questionario, pur lasciando la possibilità di analizzare, quando necessario, distintamente le oltre 10 voci elementari selezionate.

Le restanti sezioni costituiscono una concreta verifica di fattibilità della creazione di un "luogo" atto ad orientare l'utenza e rappresentare adeguatamente la riabilitazione intesa come la terza grande realtà che caratterizza l'assistenza sanitaria dei paesi più industrializzati. Se fosse possibile, con le tecniche oramai collaudate della navigazione su web, rintracciare facilmente un centro di riabilitazione e conoscerne, in poche informazioni essenziali, le professionalità coinvolte, la dotazione tecnica e strumentale nonché le prestazioni possibili, ciò sarebbe evidentemente di grande aiuto per gli assistiti e al contempo fornirebbe il materiale di base per ricerche quantitative atte a rappresentare, nel mondo scientifico ed in quello della comunicazione di massa il settore in esame. Dal punto di vista conoscitivo, il questionario realizzato ha dimostrato di essere adatto a questo scopo, pur scontando l'evidente limite del modesto numero di strutture rappresentate nell'indagine.

3.2.2. La tecnica logistico-organizzativa adottata

Un secondo ordine di discussione riguarda le modalità pratiche di realizzazione dell'indagine, che ha visto, come ricordato nella sezione iniziale del Rapporto, il questionario somministrato per via postale, la realizzazione di una struttura tecnica di supporto alla compilazione⁷, un monitoraggio telefonico calibrato a garantire il supporto alla compilazione e la risoluzione delle eventuali incoerenze o incertezze, oltre ad alcune soluzioni via web, fra le quali va segnalata la possibilità di compilazione on-line del questionario di rilevazione.

Queste scelte hanno indubbiamente contribuito, in modo sinergico alla sinteticità e correttezza dei contenuti del questionario dal punto di vista conoscitivo, alla positiva riuscita dell'iniziativa.

3.2.3 Le iniziative volte ad accreditare la rilevazione

Il terzo livello che ha caratterizzato la presente ricerca, oltre all'attenzione specifica agli aspetti conoscitivi ed alla macchina organizzativa, è stato di perseguire strumenti di penetrazione dell'iniziativa attraverso alcune azioni finalizzate a renderne visibili i contenuti e gli scopi:

- la pubblicazione di una sintesi del progetto nell'ambito del bimestrale a carattere scientifico *Igiene e Sanità Pubblica*, a sua volta accreditato sul circuito internazionale Med-Line / Index-Medicus (*Censimento nazionale delle strutture per l'assistenza a motulesi e neurolesi* (IgSanPubb 2003; LIX/1-2:99-102)
- la presentazione dell'indagine nell'ambito di alcuni convegni del settore (*Relazione* al II Congresso Nazionale CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto, Riccione, 16-18 ottobre 2003, e *Partecipazione con stand dedicato* al XXXI Congresso Nazionale Simfer – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione, Verona, 7-11 ottobre 2003)
- la pubblicizzazione su Siti di interesse del settore, quali quelli delle Società Scientifiche Simfer e Sim, dove è stata segnalata l'iniziativa e fornito il collegamento web per raggiungere il sito internet dedicato al censimento.

Anche tale terzo aspetto, pur nella limitatezza delle risorse disponibili, ha contribuito alla positiva realizzazione della presente ricerca.

3.3 Conclusioni

La principale difficoltà dell'indagine è stata la resistenza alla compilazione del questionario da parte delle Amministrazioni contattate. Questa difficoltà è risultata in parte determinata dalla diffidenza verso indagini destinate usualmente a scopi commerciali, in particolare alle analisi di mercato di aziende interessate al settore. Ma è soprattutto riconducibile alla caratteristica di indagine scientifica non legata ai flussi della statistica ufficiale, caratterizzati invece dalla obbligatorietà di risposta, e dalla scarsa percezione dei ritorni che l'iniziativa può generare in termini approfondimento e diffusione dell'immagine del settore.

In grande sintesi le considerazioni che appare utile sviluppare, anche in relazione alla auspicabile pubblicazione in ambito scientifico dei risultati esposti nel pre-

sente Rapporto, sono quelle di radicare l'iniziativa valutando la possibilità di rendere permanente un *Osservatorio sulle strutture italiane di riabilitazione per neurolesi e motulesi*.

Tale *Osservatorio* potrebbe trovare tre versanti di alimentazione.

Il primo versante è costituito dalla presente ricerca, intesa come il bagaglio accumulato in termini di informazioni raccolte (va ribadito che la base dati raccolta può essere considerata una delle più significative, estese ed accurate oggi disponibili sul versante delle indagini sulla riabilitazione in Italia), di strumentazione logica ed organizzativa messa a punto nonché di rapporti posti in essere con i singoli Enti, le Autorità sanitarie locali e regionali e le Società scientifiche del settore.

Il secondo versante di alimentazione potrebbe consistere nella realizzazione di un sito internet dedicato che consenta di consultare individualmente le strutture censite. Tale iniziativa avrebbe il vantaggio di accreditare in modo trasparente il progetto, eliminando alla radice, grazie alla libera diffusione delle informazioni raccolte, ogni possibile critica circa un uso privatistico delle stesse.

Inoltre la presenza di una massa critica di strutture accreditate su web favorirebbe la possibilità di emulazione delle strutture non monitorate rendendo, nel tempo, il progetto via via più esteso e riconosciuto.

Infine il terzo versante da esplorare appare quello della ricerca delle modalità per inserire l'iniziativa nell'ambito delle statistiche ufficiali del Paese, auspicabilmente fra quelle a risposta obbligatoria.

La positiva verifica di queste strade potrebbe autorevolmente offrire al settore della riabilitazione il doppio obiettivo di una "mappa" in grado di orientare una utenza oggi affidata principalmente alle conoscenze interpersonali ed alle indicazioni informali ed una più che dignitosa vetrina nel complesso ed articolato mondo dell'assistenza sanitaria generale del Paese.

¹ "Dirette al recupero di disabilità importanti, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o durata dell'intervento."

² "Caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale."

³ SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione), SIRN (Società Italiana di Riabilitazione Neurologica).

⁴ Associazione Italiana Fisioterapisti, Associazione Nazionale Infermieri Professionali.

⁵ Fondazione Santa Lucia, Fondazione Don Gnocchi, Fondazione Maugeri.

⁶ Risorse disponibili, Aree specialistiche di intervento, Trattamenti riabilitativi erogabili, Prestazioni erogate.

⁷ Attiva in orario lavorativo tutti i giorni feriali.

Bibliografia

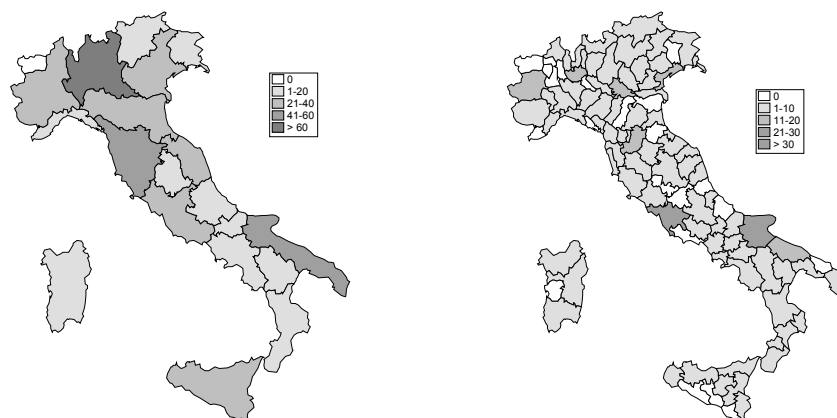
- ⁽¹⁾ Ministero della Salute – SIS. *Rapporti annuali sui ricoveri ospedalieri, vari anni.*
- ⁽²⁾ Ministero della Salute – SIS. *Flussi Informativi delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere, vari anni.*
- ⁽³⁾ Istat - *Indagine multiscopo sulle famiglie. Anni 1999-2000.*
- ⁽⁴⁾ Fondazione S. Lucia-IRCCS. *Attività scientifica 2001*, Editrice Erre, 2002.
- ⁽⁵⁾ Simfer - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione. *Linee Guida - Attività Ambulatoriali Di Riabilitazione.* <http://www.simfer.it/simferdoc.htm>.
- ⁽⁶⁾ Simfer - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione. *Linee Guida - Trattamento riabilitativo del paziente in età evolutiva affetto da patologie del rachide;* http://www.simfer.it/linee_guida.htm
- ⁽⁶⁾ Simfer - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione. *TCE - Sezione sulla riabilitazione del traumatizzato cranico encefalico.* http://www.simfer.it/sezione_TCE.htm.
- ⁽⁷⁾ Simfer - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione. *Estratto dal censimento nazionale delle strutture sanitarie di riabilitazione.* <http://www.comune.bologna.it/bologna1/Sanita/Simfer/censimento.html>.
- ⁽⁸⁾ Simfer - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione. *Aggiornamenti legislativi sul Decreto sui Livelli Minimi di Assistenza 30/11/2001.* <http://www.simfer.it/leggi.htm>.
- ⁽⁹⁾ Gaj F, Trecca A, Buzzi N, Restifo A, Tonelli F. *Il censimento dei centri nazionali di colonproctologia: il profilo e le principali problematiche della colonproctologia nel nostro Paese.* Italian Journal of Coloproctology, January 2000, vol. 19; 1:3-14.
- ⁽¹⁰⁾ Gaj F, Buzzi N, Restifo A, Scardamaglia F, Tonelli F. *3th International Congress on Ambulatory Surgery.* Venezia, aprile 1999. Abstracts presentati sul tema "Results of a survey questionnaire filled in by 281 centers of proctologic surgery": a. Evaluation of the clinical condition of the patient at discharge; b. Tests to be taken by the patient in case of surgical intervention; c. Anesthesiological techniques most frequently employed, taking into account the different types of pathology; d. Role of the anesthesiologist; e. Procedures to be performed as preparation to the surgical intervention; f. Patients' requirements in case of surgical intervention. In: *Ambulatory Surgery – International Journal covering Surgery, Anaesthesiology, Nursing and Management Issues in Day Surgery.* Ed. Elsevier aprile 1999; vol. 7 / suppl. 1: S48, S100, S101, S103.
- ⁽¹¹⁾ Buzzi N. *Lo scenario ufficiale: 14 mila posti letto, 90 mila all'anno i ricoveri. Ma c'è di più.* Erre come riabilitazione, 1993; 16.
- ⁽¹²⁾ Buzzi N, Noviello G. *Riabilitazione - Una rilevazione dell'ISIS su presidi, strutture e personale medico.* ISIS News - Mensile di sanità pubblica, 1993; 2/3/4.
- ⁽¹³⁾ DPCM 16/04/2002. *Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.*
- ⁽¹⁴⁾ DPCM 29/11/2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza.*
- ⁽¹⁵⁾ DM 12/12/2001. *Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.*
- ⁽¹⁶⁾ Conferenza Stato-Regioni - Provvedimento 7/5/1998. *Linee guida del ministero della sanità per le attività di riabilitazione.*
- ⁽¹⁷⁾ LR Reg. Lombardia 31/1997. *Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.*

BIBLIOGRAFIA

- ⁽¹⁸⁾ Regione Sicilia – Decreto Assessoriale n. 1062 del 27 giugno 2002. *Disposizioni relative all'erogazione di alcune prestazioni in attuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.*
- ⁽¹⁹⁾ DPR 14/01/1997. *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- ⁽²⁰⁾ DGR Reg. Lazio 10/05/2002. *Attività riabilitativa e di mantenimento. Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali.*
- ⁽²¹⁾ Giunta Regionale della Campania – Assessorato alla Sanità. Settore interventi a favore di fasce deboli socio-sanitarie particolarmente deboli. Servizio riabilitazione. *Linee guida per le attività di riabilitazione in regione Campania.* Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22 del 03/05/2003.
- ⁽²²⁾ Fondazione Santa Lucia Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Roma. *Carta dei Servizi Sanitari 2002.* <http://www.hsantalucia.it/san/itsan.htm>.
- ⁽²³⁾ Fondazione Santa Lucia Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Roma. *Dati statistici sull'Attività Assistenziale.* http://www.hsantalucia.it/rel2001/s.lucia_87_99.pdf
- ⁽²⁴⁾ Ministero della Salute. *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche.*
- ⁽²⁵⁾ ISTAT. *Manuale di tecniche di indagine. 2 – Il questionario: progettazione, redazione e verifica.* Note e Relazioni. Anno 1989, n. 1.
- ⁽²⁶⁾ <http://www.dongnocchi.it>
- ⁽²⁷⁾ <http://www.sanita.it/indirizzari/azist1.asp>
- ⁽²⁸⁾ <http://www.sanita.it/indirizzari/riab1.asp>
- ⁽²⁹⁾ http://www.sanita.it/indirizzari/r_naz.asp
- ⁽³⁰⁾ <http://www.umbriariabilitazione.it>
- ⁽³¹⁾ <http://www.fisioterapia.org/> Federazione Italiana Fisioterapisti
- ⁽³¹⁾ <http://www.siot.it/pagine/index.html> Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Elenco degli Enti partecipanti

(per Regione e Provincia e con indicazione della denominazione dell'Ente e della località)



Piemonte

ALESSANDRIA	AZIENDA USL 20	ALESSANDRIA
ASTI	AZIENDA USL	ASTI
CUNEO	CASA DI CURA "LA RESIDENZA"	RODELLO
	OSPEDALE CIVICO DI SAN LAZZARO	ALBA
	OSPEDALE SANTO SPIRITO	BRA
	OSPEDALE DI CARAGLIO	CARAGLIO
	CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO	ALBA
	CASA DI CURA MONTESERRAT S.R.L.	BORGO SAN DALMAZZO
	AZIENDA USL N. 18	ALBA
TORINO	AZIENDA USL N. 6	CIRIÈ
	I.F.O.R. CENTRO FISIOTERAPICO ORTOPEDICO RIEDUCATIVO SRL	TORINO
	OSPEDALE MARTINI	TORINO
	STABILIMENTO OSPEDALIERO	CIRIÈ
	CIOV COMMISSIONE ISTITUTI OSPITALIERI VALDESI H. EVANG VALDESI	TORINO
	RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	VENARIA REALE
	PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO	TORINO
	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	TORINO
	OSPEDALE S. GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	TORINO
	CASA DI CURA CELLINI	TORINO
	SANTA CROCE CASA DI CURA VILLA IDA	LANZO TORINESE
	VILLA "LA BERTALAZONA"	SAN MAURIZIO CANAVESE
	CASA DI CURA IGEA "SEDES SAPIENTIAE"	TORINO
	PRESIDIO AUSILIATRICE	TORINO
VERBANIA	AZIENDA USL	OMEGNA
	OSPEDALE "MADONNA DEL POPOLO"	OMEGNA

Lombardia

BERGAMO	OSPEDALI RIUNITI	BERGAMO
	ISTITUTO OPERA PIA ROSA	ALMENNO SAN SALVATORE
	VILLA SANT'APOLLONIA S.R.L.	BERGAMO
	CASA DI CURA CASTELLI	BERGAMO
BRESCIA	A.N.F.F.A.S.S. CENTRO TONNI	BRESCIA

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

	PRESIDIO OSPEDALIERO	CHIARI
	POLIAMBULANZA	BRESCIA
	DOMUS SALUTIS	BRESCIA
	OSPEDALE CIVILE	MONTICHIARI
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	GARDONE VAL TROMPIA
	CASA DI SALUTE MORO - GIRELLI FONDAZIONE DON C. GNOCCHI	BRESCIA
	CENTRO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	GARDONE RIVIERA
	SPEDALI CIVILI	BRESCIA
COMO	STRUTTURA DI CANTU'	CANTÙ
	OSPEDALE SACRA FAMIGLIA - F.B.F.	ERBA
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA VALDUCE	COMO
CREMONA	CASA DI CURA FIGLIE DI S. CAMILLO	CREMONA
	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'	CREMONA
	ISTITUTI OSPITALIERI	CREMONA
	OSPEDALE CASALMAGGIORE VIADANA BOZZOLO	CASALMAGGIORE
	OSPEDALE MAGGIORE	CREMA
LECCO	OSPEDALE DI CIRCOLO UMBERTO I	BELLANO
	OSPEDALE DI CIRCOLO	MERATE
	OSPEDALE DI CIRCOLO	LECCO
MANTOVA	OSPEDALE CIVILE	VOLTA MANTOVANA
	OSPEDALE	PIEVE DI CORIANO
	OSPEDALE CIVILE	BOZZOLO
	C. POMA	MANTOVA
	OSPEDALE CIVILE MONTECCHI	SUZZARA
	AZIENDA USL	MANTOVA
	OSPEDALE CIVILE S. PELLEGRINO	CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
	ISTITUTO MONS. MAZZALI	MANTOVA
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ASOLA	ASOLA
	FONDAZIONE S. MAUGERI - CLINICA DEL LAVORO E RIABILITAZIONE	CASTEL GOFFREDO
	ISTITUTO GERIATRICO INTERCOMUNALE	RODIGO
MILANO	ISTITUTO DON GNOCCHI	PESSANO CON BORNAGO
	CASA DI CURA S. CARLO	PADERNO DUGNANO
	CASA DI CURA S. GIOVANNI SRL	MILANO
	OSPEDALE L. SACCO	MILANO
	OSPEDALE CA' GRANDA - NIGUARDA	MILANO
	ISTITUTO ORTOPEDICO G. PINI	MILANO
	CASA DI CURA S. CARLO	MILANO
	ISTITUTO SACRO CUORE DI GESU' - F.B.F.	SAN COLOMBANO AL LAMBRO
	CENTRO GINNICO FISIOTERAPICO SAS	MILANO
	CASA SAN PAOLO AS.FRA	VEDANO AL LAMBRO
	CASA IRIS AS.FRA	MONZA
	OSPEDALE S. GIUSEPPE F.B.F.	MILANO
	CENTRO DI RIABILITAZIONE LA PRATERIA	PADERNO DUGNANO
	A.I.L.	MILANO
	C. RIUNTI TRABATTONI - BORELLA	SEREGNO
	CENTRO FISIOTERAPICO RIABILITAZIONE CONTI	MILANO
	OSPEDALE VALSASINO	SAN COLOMBANO AL LAMBRO
PAVIA	CENTRO FISIOKINESITERAPICO SRL	CASTEGGIO
SONDRIO	OSPEDALE MORELLI	SONDALO
VARESE	OSPEDALE DI CIRCOLO GALMARINI	TRADATE
	OSPEDALE DI CUASSO	CUASSO AL MONTE
	CASA DI CURA LE TERRAZZE	CUNARDO
	SIRIO SNC	VARESE
	CASA DI CURA MATER DOMINI	CASTELLANZA
	CASA DI CURA LA QUIETE	VARESE

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

DON C. GNOCCHI - ONLUS MALNATE
 CASA DI CURA SANTA MARIA CASTELLANZA

Trentino Alto Adige

BOLZANO FONDAZIONE INFERMERIE SARNTHEIN SARENTINO
 OSPEDALE CIVILE SAN CANDIDO
 AZIENDA USL EST BRUNICO
 OSPEDALE VIPITENO
 CENTRO RIABILITAZIONE FISICA BRUNICO
 OSPEDALE ZONALE DI BRUNICO BRUNICO
 TRENTO CASA DI CURA SACRA FAMIGLIA ARCO
 OSPEDALE VILLA ROSA PERGINE VALSUGANA
 OSPEDALE SAN LORENZO BORGIO VALSUGANA
 OSPEDALE DI ROVERETO ROVERETO
 OSPEDALE ALTO GARDA E LEDRO ARCO
 OSPEDALE VILLA IGEA TRENTO
 AZIENDA USL TRENTO

Veneto

BELLUNO OSPEDALE BELLUNO
 PADOVA CASA DI CURA "DIAZ" PADOVA
 OSPEDALE P. COSMA CAMPOSAMPIERO
 OSPEDALE SANT'ANTONIO PADOVA
 AZIENDA USL CITTADELLA
 AMBULATORI SPECIALISTICI VIGODARZERE
 CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO CADONEGHE
 AMBULATORI SPECIALISTICI PIAZZOLA SUL BRENTA
 OSPEDALE CITTADELLA
 CENTRO EFESTO LOREGGIA
 ROVIGO OSPEDALE CIVILE ADRIA
 AZIENDA USL ADRIA
 CASA DI CURA PORTO VIRO
 OSPEDALE "SAN LUCA" TRECENETA
 OSPEDALE ROVIGO
 CENTRO ATTIVITA' MOTORIE SRL ROVIGO
 CASA DI CURA PRIVATA "CITTA' DI ROVIGO" ROVIGO
 CASA DI CURA PRIVATA "S. M. MADDALENA" OCCHIOBELLO
 AZIENDA USL ROVIGO
 TREVISO A.R.E.P. ASSOCIAZIONE RIEDUCATIVA ENTE PRIVATO VILLORBA
 PRESIDIO OSPEDALIERO MOTTA DI LIVENZA
 AZIENDA USL TREVISO
 VENEZIA OSPEDALE CIVILE MIRANO
 COOPERATIVA VENETA CLODIENSE CHIOGGIA
 OSPEDALE P. F. CALVI NOALE
 OSPEDALE CIVILE DOLO
 OSPEDALE AL MARE LIDO VENEZIA
 OSPEDALE CIVILE VENEZIA
 OSPEDALE CLASSIFICATO S. CAMILLO VENEZIA
 AZIENDA USL CHIOGGIA
 AZIENDA USL MIRANO
 AZIENDA USL VENEZIANA VENEZIA
 AZIENDA USL SAN DONA' DI PIAVE
 VERONA OSPEDALE SACRO CUORE NEGRAR

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

	OSPEDALE DON CALABRIA	NEGRAR
VICENZA	AZIENDA USL	THIENE

Friuli Venezia Giulia

GORIZIA	AZIENDA USL ISONTINA	GORIZIA
	OSPEDALE	MONFALCONE
	OSPEDALE	GORIZIA
TRIESTE	ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO GAROFOLO	TRIESTE
	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI	TRIESTE
UDINE	COMUNITA' PIERGIORGIO	UDINE
	SANTA CATERINA SERVIZI SANITARI	UDINE
	POLICLINICO UNIVERSITARIO A GESTIONE DIRETTA	UDINE
	CASA DI CURA CITTA' DI UDINE	UDINE
	AZIENDA USL ALTO FRIULI	GEMONA DEL FRIULI
	AZIENDA OSPEDALIERA "S. M. MISERICORDIA"	UDINE

Liguria

GENOVA	AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO E CLINICA UNIVERSITARIA CONVENZIONATA	GENOVA
SAVONA	ASSOC. P.A. CROCE BIANCA	SAVONA
	ISTITUTO DI FISIOKINESITERAPIA PALESTRA LETIMBRO S.R.L.	SAVONA

Emilia Romagna

BOLOGNA	OSPEDALE MAGGIORE "C. A. PIZZARDI"	BOLOGNA
	MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE S.P.A.	IMOLA
	AZIENDA USL	IMOLA
	AZIENDA USL BOLOGNA	BOLOGNA
	AZIENDA USL BOLOGNA SUD	CASALECCHIO DI RENO
	AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO S. ORSOLA - MALPIGHI	BOLOGNA
	CENTRO DISABILITÀ NEUROMOTORIE	BOLOGNA
	OSPEDALE BELLARIA C. A. PIZZARDI	BOLOGNA
PARMA	CENTRO CARDINAL FERRARI SRL	FONTANELLATO
PIACENZA	CASA DI CURA PRIVATA S. GIACOMO S.R.L.	PONTE DELL'OLIO
	STABILIMENTO	FIORENZUOLA D'ARDA
	STABILIMENTO	CORTEMAGGIORE
	AZIENDA USL	PIACENZA
	CENTRO DI RECUPERO FUNZIONALE G. VERDI	VILLANOVA SULL'ARDA
	STABILIMENTO	BORGONOVO VAL TIDONE
	PRESIDIO OSPEDALIERO	PIACENZA
RAVENNA	CASA DI CURA VILLA MARIA CECILIA	COTIGNOLA
REGGIO E.	AZIENDA USL	REGGIO NELL'EMILIA
	OSPEDALE COMPRESORIALE GUASTALLA	GUASTALLA
	OSPEDALE S. SEBASTIANO	CORREGGIO
	OSPEDALE INFERMI ERCOLE FRANCHINI	MONTECCHIO EMILIA
	OSPEDALE DI ZONA C. MAGATI	SCANDIANO
	OSPEDALE S. ANNA	CASTELNOVO NE' MONTI
RIMINI	AZIENDA USL	RIMINI
	COOPERATIVA LUCE SUL MARE SOC. COOP.	BELLARIA-IGEA MARINA

Toscana

AREZZO	VILLAGGIO DELLA CONSOLATA	BIBBIENA
FIRENZE	PRESIDIO ROZZALUPI POLLAMBULATORIO	EMPOLI

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

	PRESIDIO OSPEDALIERO	MONTELUPO FIORENTINO
	PRESIDIO S.DONNINO	CAMPI BISENZIO
	PROSPERIUS T.A.C. S.R.L.	FIRENZE
	MISERICORDIA	CAMPI BISENZIO
	AZIENDA USL	EMPOLI
	ISTITUTO DI RICERCHE CLINICHE ECOMEDICA	EMPOLI
	BARBINI MASSOFISIOTERAPIA	RIGNANO SULL'ARNO
	ISTITUTO REUMATOLOGICO MUNARI S.P.A.	FIRENZE
	CASA DI CURA IL PERGOLINO S.P.A.	FIRENZE
	OSPEDALE SANTA VERDIANA	CASTELFIORENTINO
	PRESIDIO OSPEDALIERO	MONTESPERTOLI
	PRESIDIO MAMELI AMBULATORIO	CERTALDO
GROSSETO	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	GROSSETO
LIVORNO	USL 6 OSPEDALI RIUNITI	LIVORNO
	CENTRO POLIFUNZIONALE	CAMPIGLIA MARITTIMA
	PRESIDIO OSPEDALIERO	PORTOFERRAIO
	OSPEDALE DELLA BASSA VAL DI CECINA.....	CECINA
	AMB. VILLA PORCELLI	LIVORNO
	AMB. VIA S. CARLO	LIVORNO
	OSPEDALE CIVILE	PIOMBINO
	AZIENDA USL	LIVORNO
LUCCA	MISERICORDIA - TORRE DEL LAGO	VIAREGGIO
	CASA DI CURA M. D. BARBANTINI	LUCCA
MASSA C.	AZIENDA USL	MASSA
PISA	MISERICORDIA CASCINA-SPECIAL	CASCINA
	CASA DI CURA SUORE DELL'ADDOLORATA	PISA
	AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	VOLTERRA
PISTOIA	AZIENDA USL	PISTOIA
	OSPEDALE DELLA VALDINIEVOLE	PESCIA
PRATO	CENTRO EDUCAZIONE MOTORIA	PRATO
	CASA DI CURA VILLA FIORITA	PRATO
	OSPEDALE MISERICORDIA E DOLCE	PRATO
	AZIENDA USL	PRATO
SIENA	PRESIDIO RIABILITAZIONE FUNZIONALE SINALUNGA	SINALUNGA
	AZIENDA USL	SIENA
	PRESIDIO RIABILITAZIONE FUNZIONALE	ABBADIA SAN SALVATORE
	PRESIDIO RIABILITAZIONE FUNZIONALE	CHIUSI
	STABILIMENTO OSPEDALIERO	COLLE DI VAL D'ELSA
	PRESIDIO OSPEDALIERO VALDICHIANA SENESE	MONTEPULCIANO
	CENTRO RIABILITAZIONE S.FINA	SAN GIMIGNANO
	PRESIDIO RIABILITAZIONE FUNZIONALE	SIENA

Umbria

PERUGIA	OSPEDALE CIVILE CALAI	GUALDO TADINO
	AZIENDA OSPEDALIERA	PERUGIA

Marche

ANCONA	AZIENDA USL	JESI
	PALESTRA "ZENITH"	ANCONA
	AZIENDA USL	FABRIANO
	AZIENDA OSPEDALIERA TORRETTE - UMBERTO I	ANCONA
ASCOLI P.	AZIENDA USL	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
	PRESIDIO OSPEDALIERO	PORTO SAN GIORGIO
	AZIENDA USL	FERMO

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	MONTEGRANARO
	OSPEDALE	MONTEGIORGIO
	OSPEDALE	FERMO
	ISTITUTO DI RIABILITAZIONE SPORT-LIFE	ASCOLI PICENO
MACERATA	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO
	AZIENDA USL	CAMERINO
	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA	RECANATI
	PRESIDIO OSPEDALIERO	TOLENTINO
	CENTRO AMBULATORIALE S. STEFANO	MACERATA
	AZIENDA USL	CIVITANOVA MARCHE
	OSPEDALE	TREIA
	AZIENDA USL	MACERATA
PESARO E U.	AZIENDA USL	PESARO

Lazio

FROSINONE	CASA DI CURA "CENTER HOSPITAL"	CASSINO
ROMA	AZIENDA USL ROMA / H	ALBANO LAZIALE
	AZIENDA USL ROMA / C	ROMA
	FISIO CAST S.R.L.	ROMA
	PRESIDIO OSPEDALIERO INTEGRATO (EX S. VINCENZO)	ROMA
	OSPEDALE RIABILITAZIONE "S. LUCIA" I.R.C.C.S.	ROMA
	ISTITUTO REGINA ELENA	ROMA
	FISIOSEMERIA S.R.L.	ROMA
	IST. FISIOT.ORNELLA MARCUCCI	ROMA
	CENTRO METASTASIO AMB. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA ACCREDITATO SSN	POMEZIA
	AZIENDA USL ROMA / D	ROMA
	CASA DI CURA POLICLINICO ITALIA	ROMA
	CATTANEO SRL	ROMA
	KINESITERAPICO POMEZIA SRL	POMEZIA
	ASSOCIAZIONE ARCA COMUNITA' "IL CHICCO" ONLUS	CIAMPINO
	OSPEDALE BAMBINO GESU'	ROMA
	OSPEDALE BAMBINO GESU'	FIUMICINO
	OSPEDALE BAMBINO GESU'	SANTA MARINELLA
	CENTRO DON ORIONE	ROMA
	CASA DI CURA SAN RAFFAELE	VELLETRI
	ISTITUTO S. GIOVANNI DI DIO	GENZANO DI ROMA
	CASA DI CURA VALLE GIULIA	ROMA
	CONG. SR. DOM. SS. ROSARIO CASA DI CURA SAN DOMENICO	ROMA
	CASA DI CURA VILLA FULVIA	ROMA
	OSPEDALE NUOVO REGINA MARGHERITA	ROMA
	ISTITUTO DI CURA VILLA BENEDETTA	ROMA
	I.M.P.P. LA NOSTRA SCUOLA	ROMA
	ASSOCIAZIONE SCUOLA VIVA	ROMA
	FONDAZIONE DON GNOCCHI	ROMA
	VILLAGGIO EUGENIO LITTA	GROTTAFERRATA
	A.N.F.F.A.S. OSTIA	ROMA
	CASA DI CURA SALUS INFIRMORUM	ROMA
	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO - FORLANINI	ROMA
	OSPEDALE VILLA ALBANI	ANZIO
	OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI	PALESTRINA
	CENTRO DI RIEDUCAZIONE PER PARAPLEGICI	ROMA
VITERBO	ISTITUTO VILLA S. MARGHERITA	MONTEFIASCONE
	CASA DI SALUTE VILLA ROSA	VITERBO

Abruzzo

L'AQUILA	OSPEDALE CIVILE	PESCINA
	AZIENDA USL	L'AQUILA
	AZIENDA USL AVEZZANO / SULMONA	AVEZZANO
PESCARA	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA
	AZIENDA USL	PESCARA

Molise

CAMPOBASSO	ISTITUTO RIABILITAZIONE FISIOMEDICA LORETANA	TORO
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA PADRE PIO	TERMOLI
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA PADRE PIO	SANTA CROCE DI MAGLIANO
	CENTRO DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS	LARINO
	CENTRO DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS	MONTENERO DI BISACCIA
	AZIENDA USL CENTRO MOLISE	CAMPOBASSO
ISERNIA	OSPEDALE CIVILE SS. ROSARIO	VENAFRO
	OSPEDALE F. VENEZIALE	ISERNIA
	AZIENDA USL PENTRIA	ISERNIA
	AZIENDA USL ALTO MOLISE	AGNONE
	ISTITUTO NEUROMED S.R.L.	POZZILLI

Campania

AVELLINO	OSPEDALE GENERALE DI ZONA "G. GUGLIELMO"	BISACCIA
	AZIENDA USL AVELLINO / 1	ARIANO IRPINO
BENEVENTO	CASA DI CURA VILLA MARGHERITA S.R.L.	BENEVENTO
	CENTRO MEDICO DI RIABILITAZIONE S.A.S.	SAN MARCO DEI CAVOTI
CASERTA	CASA DI CURA SALUS	MONDRAGONE
	CASA DI CURA PINETA GRANDE	CASTEL VOLTURNO
NAPOLI	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI SRL	MUGNANO DI NAPOLI
	CASA DI CURA SANTO STEFANO	NAPOLI
	CASA DI CURA S. MARIA DEL POZZO	SOMMA VESUVIANA
	AZIENDA OSPEDALIERA "A. CARDARELLI"	NAPOLI
	OSPEDALE DE LUCA E ROSSANO	VICO EQUENSE
	DINASTAR SRL	NAPOLI
	OSPEDALE AGOSTINO MARESCA	TORRE DEL GRECO
	CENTRO MEDICO PSICOSOMATICA	CASTELLAMMARE DI STABIA
	CASA DI CURA OSP. INTERN. VILLA BENTINCK	NAPOLI
	PRESIDIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE M. SCIUTI	NAPOLI
SALERNO	AZIENDA USL SALERNO / 2	SALERNO
	CASA DI CURA TORTORELLA S.P.A.	SALERNO
	AZIENDA USL SALERNO / 1	NOCERA INFERIORE
	OSPEDALE CIVILE UMBERTO I	NOCERA INFERIORE

Puglia

BARI	CENTRO AMBULATORIALE JAPIGIA	BARI
	CENTRO AMBULATORIALE S. SPIRITO	BARI
	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	CASSANO DELLE MURGE
	I.R.C.C.S. "S. DE BELLIS"	CASTELLANA GROTTE
	CENTRO AMBULATORIALE S. PAOLO	BARI
	MEDICA SUD S.R.L.	BARI
	CENTRO AMBULATORIALE CARBONARA	BARI
	CENTRO AMBULATORIALE	ADELFFIA

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

	CENTRO AMBULATORIALE MURAT/S. NICOLA	BARI
	CENTRO AMBULATORIALE.....	VALENZANO
	CENTRO AMBULATORIALE.....	TRIGGIANO
	ISTITUTO PSICOMEDICO S. AGOSTINO	NOICATTARO
	AZIENDA USL BARI / 1	ANDRIA
	AZIENDA USL BARI / 4	BARI
	C.M.B. CENTRO MEDICO BISCEGLIESE SRL	BISCEGLIE
	CENTRO AMBULATORIALE.....	NOICATTARO
	OSPEDALE CIVILE.....	BITONTO
	CASA DI CURA "TORREBELLA"	BARI
FOGGIA	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	SAN MARCO IN LAMIS
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	RIGNANO GARGANICO
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	CAGNANO VARANO
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	VICO DEL GARGANO
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	ISCHITELLA
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	MONTE SANT'ANGELO
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	SAN GIOVANNI ROTONDO
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	MARGHERITA DI SAVOIA
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA P. PIO	SAN GIOVANNI ROTONDO
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	TRINITAPOLI
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	SAN FERDINANDO DI PUGLIA
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	ORTA NOVA
	CENTRO DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS	FOGGIA
	CENTRO DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS	CASTELNUOVO DELLA DAUNIA
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	ZAPPONETA
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	PESCHICI
	CENTRO MEDICO DI RIABILITAZIONE	CERIGNOLA
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	MANFREDONIA
	CENTRO RIABILITAZIONE PADRE PIO	RODI GARGANICO
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA PADRE PIO	VIESTE
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA PADRE PIO	SAN PAOLO DI CIVITATE
	CENTRO RIABILITAZIONE MOTORIA PADRE PIO	SAN GIOVANNI ROTONDO
LECCE	AZIENDA OSPEDALIERA VITO FAZZI	LECCE
	OSPEDALE IGNAZIO VERIS DELLI PONTI.....	SCORRANO
	CASA DI CURA "VILLA BIANCA"	LECCE
	OSPEDALE SAN GIUSEPPE DA COPERTINO	COPERTINO
	CASA DI CURA "PETRUCCIANI".....	LECCE
TARANTO	CASA DI CURA "VILLA VERDE" S.N.C.	TARANTO
	AZIENDA USL	TARANTO

Basilicata

MATERA	AZIENDA USL	MONTALBANO JONICO
	OSPEDALE PROVINCIALE.....	MATERA
	OSPEDALE CIVILE	POLICORO
	OSPEDALE CIVILE TINCHI	PISTICCI
POTENZA	AZIENDA USL	VENOSA
	OSPEDALE SAN FRANCESCO	VENOSA
	ISTITUTO PADRI TRINITARI.....	VENOSA

Calabria

CATANZARO	CE.MO.FIS. S.A.S. CENTRO MEDICO ORTOPEDICO FISIOKINESITERAPICO	CATANZARO
	FONDAZIONE BETANIA.....	CATANZARO
	AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI	CATANZARO

ELENCO DEGLI ENTI PARTECIPANTI

COSENZA	CASA DI CURA "VILLA SERENA"	CATANZARO
	CASA DI CURA SANTA LUCIA	COSENZA
	AMB.FKT PADRE PIO	SAN DEMETRIO CORONE
	AMB.FISIOK. DE ROSE MARIA	CORIGLIANO CALABRO
	OSPEDALE CIVILE	CARIATI
	AZIENDA OSPEDALIERA	COSENZA
	AZIENDA USL	ROSSANO
CROTONE	SERVIZIO RIABILITATIVO	CORIGLIANO CALABRO
	SERVIZIO RIABILITATIVO	ROSSANO
	AZIENDA USL 5	CROTONE
REGGIO C.	ISTITUTO SANT'ANNA	CROTONE
	OSPEDALE CIVILE	CITTANOVA
VIBO VAL.	AZIENDA USL N. 11	REGGIO DI CALABRIA
	FONDAZIONE ONLUS CASA DELLA CARITA'	VIBO VALENTIA

Sicilia

CATANIA	ASSOCIAZIONE ASSISTENZA VILLA SANDRA	SAN GIOVANNI LA PUNTA	
	OSPEDALE M. SS. ADDOLORATA	BIANCAVILLA	
ENNA	AZIENDA POLICLINICO UNIVERSITARIO	CATANIA	
	ASSOCIAZIONE ITALIANA ASSISTENZA SPASTICI	ENNA	
MESSINA	AZIENDA USL	MESSINA	
	A.I.A.S. SEZ. BARCELLONA "GENOVESE"	MILAZZO	
	CENTRO DI RIABILITAZIONE ORETO	BARCELLONA POZZO DI GOTTO	
	CASA DI CURA CAPPELLANI	MESSINA	
	AZIENDA POLICLINICO UNIVERSITARIO	MESSINA	
	C. RIABILITAZIONE VILLA PICCOLO	CAPO D'ORLANDO	
	CENTRO RIABILITAZIONE	ACQUEDOLCI	
	C.O.T. (CURE ORTOPEDICHE TRAUMATOLOGICHE)	MESSINA	
	OSPEDALE S. SALVATORE	MISTRETTA	
	PALERMO	OPERA PIA CARDIANLE ERNESTO RUFFINI CENTRO OCCUP. RIABILITAZIONE	PALERMO
		OSPEDALE "TRIGONA"	NOTO
	SIRACUSA	AZIENDA USL	SIRACUSA
CENTRO RIABILITAZIONE TRAPANI AUXILIUM		TRAPANI	
TRAPANI	OSPEDALE SAN BIAGIO	MARSALA	
	A I A S	MARSALA	
	OASI DI TORRETTA ONLUS	CAMPOBELLO DI MAZARA	
	OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE II	CASTELVETRANO	
	AIAS	CASTELVETRANO	
	C/TRO ARMONIA ONLUS	TRAPANI	

Sardegna

CAGLIARI	A.N.F.F.A.S.	CAGLIARI
	A.N.F.F.A.S.	CAGLIARI
	A.N.F.F.A.S.	GONNESA
	OSPEDALE MICROCTEMICO	CAGLIARI
	OSPEDALE MARINO	CAGLIARI
NUORO	A.N.F.F.A.S.	CAGLIARI
	OSPEDALE SAN FRANCESCO	NUORO
SASSARI	AZIENDA USL	OLBIA
	OSPEDALE CIVILE "PAOLO DETTORI"	TEMPIO PAUSANIA
	OSPEDALE MERLO	LA MADDALENA
	POLICLINICO UNIVERSITARIO	SASSARI
	AMB.FIS.MED.PROT.RIAB.	OLBIA

Indice

Prefazioni.....	3
1. Materiali e metodi	
1.1 Fasi di articolazione del progetto.....	11
1.2 Il questionario di rilevazione.....	12
1.3 Costruzione dell'indirizzario degli Enti di rilevazione.....	14
1.4 L'invio dei questionari.....	14
1.5 La scheda di rilevazione su web.....	14
1.6 Attività di ottimizzazione e supporto al Progetto.....	15
1.7 Ritorno dei questionari compilati, acquisizione ed elaborazione dati.....	16
1.8 Stesura del rapporto di analisi e valutazioni conclusive.....	17
2. Risultati	
2.1 Unità di rilevazione individuate.....	18
2.2 Livelli di risposta ai questionari inviati.....	20
2.3 Articolazione in Strutture degli Enti censiti.....	22
2.4 Strutture censite per tipologia.....	23
2.5 Le professionalità coinvolte.....	25
2.6 Le risorse tecniche e strumentali.....	30
2.7 Le aree di intervento.....	34
2.8 Assistenza di tipo intensivo/estensivo.....	36
2.9 Trattamenti erogabili, casistica Drg e prestazioni erogate.....	38
2.9.1 Trattamenti erogabili	
2.9.2 La casistica Drg	
2.9.3 Il ventaglio delle prestazioni erogate	
3. Discussione e proposte	
3.1 Considerazioni preliminari.....	45
3.1.1 Il punto di partenza dell'indagine	
3.1.2 Il punto di arrivo attuale	
3.2 Il taglio di lettura proposto.....	46
3.2.1 Il questionario di rilevazione	
3.2.2 La tecnica logistico-organizzativa adottata	
3.2.3 Le iniziative volte ad accreditare la rilevazione	
3.3 Conclusioni.....	49
<i>Bibliografia.....</i>	51
<i>Elenco degli Enti partecipanti.....</i>	53
<i>Il questionario di rilevazione.....</i>	62

