

Introduzione

Viene redatto ed implementato all'interno dei servizi dedicati ai minori Centro Riabilitativo Giovanni Paolo I, la seguente mappa di indicizzazione dei criteri utilizzati per la redazione della lista di attesa per l'accesso ai servizi.

Il fine è quello di uniformare le procedure relative alla gestione delle liste d'attesa dei servizi riabilitativi autorizzati e accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 26 della Legge 833/1978, prevedendo pertanto criteri che garantiscano appropriatezza, equità e trasparenza nell'erogazione dei trattamenti rivolti ai minori con disturbi neuropsichiatrici, nonché l'aggiornamento continuo delle liste d'attesa.

L'accesso ai trattamenti riabilitativi presso i Centri accreditati ex art. 26 deve rispettare i criteri di appropriatezza clinica e di priorità stabiliti a livello regionale e aziendale, in particolare quanto previsto dal DCA Lazio U00101/2020 ("Ulteriori disposizioni sul riassetto della riabilitazione – Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale").

Per l'età evolutiva, i criteri di appropriatezza e priorità si fondano su una valutazione multidimensionale dei bisogni riabilitativi (fisici, psichici e sensoriali), sulla gravità del quadro clinico e sul potenziale di recupero funzionale, in coerenza con la normativa regionale in materia di integrazione sociosanitaria (L.R. 10 agosto 2016, n. 11; DGR n. 149/2018). Il quadro normativo definito dal D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, impone alle amministrazioni sanitarie e alle strutture accreditate obblighi stringenti in materia di trasparenza, con particolare riferimento alla pubblicazione dei criteri di formazione delle liste d'attesa e dei tempi medi di erogazione delle prestazioni. Ai sensi dell'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 33/2013, tali informazioni devono essere pubblicate in forma tabellare, risultare complete, aggiornate, tempestive e facilmente consultabili dagli utenti.

Per il Centro Ambulatoriale Giovanni Paolo I tali dati e indicazioni sono disponibili al seguente link del website istituzionale: <https://centrogiovannipaoloprimo.it/lista-attesa/>.

Per le strutture ex art. 26 operanti nell'ambito della riabilitazione delle disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, l'accesso in età evolutiva è regolato da procedure gestite dalla UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPAA/TSMREE) delle ASL.

Criteri di priorità

Le priorità di accesso sono definite considerando:

- L'età del minore;
- La gravità del disturbo (classi di priorità clinica);
- La Comorbidità;
- La potenzialità di miglioramento (modificabilità cognitiva e risposta all'intervento);
- Il ritardo nell'acquisizione delle competenze rispetto alle tappe evolutive;
- Le eventuali condizioni di disagio socio-familiare;

- L'anzianità di iscrizione in lista d'attesa;
- La mancata fruizione pregressa di trattamenti riabilitativi presso strutture pubbliche o accreditate.

Per quanto attiene alla residenza dell'utente minore si considerano "prioritari", anche a parità di punteggio, i residenti del territorio di competenza (ASL Roma 2).

Di seguito si rappresentano analiticamente i vari criteri con la specificazione dei punteggi attribuiti.

ETÀ DEL MINORE

L'indicizzazione dell'età del paziente in ambito pediatrico e neuropsichiatrico non è un semplice dato anagrafico, ma un parametro dinamico fondamentale per calcolare il ritardo evolutivo e la prognosi. In ambito clinico e amministrativo, l'età del minore viene indicizzata secondo tre criteri principali:

- Età Cronologica: Calcolata dalla data di nascita effettiva.
- Età Corretta: Utilizzata per i nati pretermine (prima della 37ª settimana). Fino ai 2 anni di vita, l'età viene "corretta" sottraendo le settimane di prematurità. Questo evita di indicizzare come "ritardo" quello che è un semplice gap biologico di maturazione.
- Età Cronologica (EC) vs Età Corretta

In base a tali parametri viene pertanto inserito il dato da "1 a 18", indicizzato con i seguenti valori:

- Da 1 anno a 4 anni = 5 punti;
- 5 e 6 anni = 4 punti;
- 7, 8 e 9 anni = 3 punti;
- Da 10 a 13 anni = 2,5 punti;
- Da 14 a 16 anni = 2 punti;
- 17 e 18 anni = 1,5 punti.

GRAVITÀ DEL DISTURBO (CLASSI DI PRIORITÀ CLINICA)

Per stimare e indicizzare la gravità del disturbo dell'utente minore, il manuale **DSM-5** (e la versione TR) mette al centro il funzionamento adattivo in tre domini:

- Dominio Concettuale: Competenze di memoria, linguaggio, lettura, scrittura e ragionamento.
- Dominio Sociale: Capacità empatica, comunicazione interpersonale e abilità nel fare amicizia.
- Dominio Pratico: Autonomia nella cura personale, responsabilità lavorative, gestione del denaro e svago.

La gravità viene classificata in Lieve, Moderata, Grave o Estrema in base a quanto supporto esterno è necessario affinché il soggetto possa operare nei domini sopra indicati.

COMORBIDITÀ

L'indicizzazione della comorbidità (ovvero la coesistenza di più patologie) non si limita al semplice elenco delle diagnosi, ma punta a quantificare quanto queste interagiscano tra loro aggravando il

quadro clinico complessivo. Nella valutazione del punteggio da attribuire all'utente minore da inserire in lista di attesa viene attribuito un punteggio pari a 0,5 per ogni patologia debitamente certificata fino ad un massimo di 3 punti.

POTENZIALITÀ DI MIGLIORAMENTO

In neuropsichiatria infantile e psicologia dello sviluppo, l'indicizzazione della "potenzialità di miglioramento" (prognosi evolutiva) non si misura con un valore statico, ma attraverso la valutazione della modificabilità cognitiva e della risposta all'intervento. La valutazione viene effettuata attraverso indicatori prognostici positivi; "marker" clinici che aiutano a indicizzare una prognosi favorevole:

- Presenza di imitazione: Se il bambino imita (gesti, suoni, azioni), il potenziale di apprendimento sociale è elevato.
- Iniziativa comunicativa: La tendenza spontanea a cercare l'altro, anche se con modalità atipiche.
- Flessibilità cognitiva: La capacità, anche minima, di tollerare piccoli cambiamenti nella routine.
- Coinvolgimento della famiglia: La capacità del contesto ambientale di supportare il trattamento è uno dei predittori più forti del successo terapeutico.

Gli indici di cui sopra possono anche essere integrati con altre evidenze debitamente giustificate e argomentate. In base all'analisi dei marker sopra descritti viene attribuito un valore tra "SCARSO, SUFFICIENTE, BUONO ed OTTIMO"; in base a tali valori il punteggio sarà rispettivamente "1, 2, 3, 4".

RITARDO NELL'ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE RISPETTO ALLE TAPPE EVOLUTIVE

Per stimare il ritardo nell'acquisizione delle competenze, la clinica non si affida solo a un'impressione soggettiva, ma utilizza indici quantitativi che confrontano l'età cronologica del bambino con la sua età di sviluppo (o età mentale).

Per questa misurazione, che determina il QS (Quoziente di Sviluppo), si rapporta l'età di sviluppo raggiunta alle prove standardizzate con l'età anagrafica.

È l'indice più diretto per quantificare il ritardo nelle prime fasi della vita (0-5 anni):

$$QS = \text{Età di Sviluppo (ES)} / \text{Età Cronologica (EC)} \times 100.$$

Punteggio 100: Il bambino è perfettamente in linea con le tappe attese.

Punteggio > 70: Indica generalmente un ritardo non significativo (punteggio = 1).

Punteggio < 70: Indica generalmente un ritardo significativo (punteggio = 3).

Interpretazione: Se un bambino di 24 mesi (EC) ha competenze motorie di un bambino di 12 mesi (ES), il suo QS sarà 50, indicando un ritardo del 50% rispetto alla norma.

EVENTUALI CONDIZIONI DI DISAGIO SOCIO-FAMILIARE

Il disagio socio-familiare in età evolutiva non è una diagnosi medica in senso stretto, ma un insieme di variabili ambientali e relazionali che possono influenzare (o aggravare) il quadro clinico di un bambino.

Nell'ambito della valutazione clinica, queste condizioni vengono oggi indicizzate per capire quanto l'ambiente stia agendo come barriera o come facilitatore allo sviluppo.

Per categorizzare e misurare il disagio socio-familiare utilizzeremo i riferimenti della letteratura clinica come i Codici "Z" dell'ICD-10 (OMS).

A livello internazionale, i clinici utilizzano i Codici Z per indicare "fattori che influenzano lo stato di salute". Questi permettono di mettere a verbale situazioni che non sono malattie, ma fonti di disagio:

Z55: Problemi legati all'istruzione e all'alfabetizzazione.

Z56: Problemi legati all'occupazione e alla disoccupazione dei genitori.

Z59: Problemi legati all'alloggio e alle condizioni economiche (povertà estrema).

Z60: Problemi legati all'ambiente sociale (esclusione sociale, isolamento).

Z63: Problemi relativi al gruppo di supporto principale (conflittualità genitoriale, separazioni traumatiche, malattia di un genitore).

Alla sussistenza di ognuna delle circostanze sopra rappresentate si applica un punteggio pari a "0,25".

ANZIANITÀ DI ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA

L'anzianità di iscrizione all'interno della lista di attesa è definita nella valutazione attraverso l'applicazione di un punteggio (0,5) per ogni anno di permanenza nella lista che può arrivare fino ad un massimo di 5.

MANCATA FRUIZIONE PREGRESSA DI TRATTAMENTI RIABILITATIVI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O ACCREDITATE

Il fattore della mancata fruizione pregressa di altri trattamenti riabilitativi presso strutture pubbliche o accreditate dal servizio sanitario nazionale è stimato semplicemente con un dato "SI" – "NO". In base a tale dato viene indicizzato il punteggio uguale a "1" in caso di "SI" e "0" in caso di "NO".

PUNTEGGIO FINALE

Il punteggio finale è rappresentato dalla somma di tutti i singoli punteggi dei criteri sopra indicati. Il punteggio finale è attribuito ad ogni utente minore e viene inserito in un database elettronico ed aggiornato con cadenza almeno annuale.

Roma 28/7/2026.

F.to, il Direttore Sanitario