

Percorsi riabilitativi

**INDIRIZZO
DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO**

Consiglio Sanitario Regionale

**REGIONE
TOSCANA**



Data di pubblicazione: maggio 2008
Anno del primo aggiornamento: 2011
Anno del secondo aggiornamento: 2015

La copia cartacea della linea guida non è in vendita.

L'intero documento in formato PDF sarà consultabile sul sito Internet della Regione Toscana all'indirizzo:
<http://www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Presentazione

Prosegue l'impegno della Regione Toscana, con il contributo del Consiglio Sanitario Regionale, nel percorso di elaborazione e diffusione di linee guida con l'intento di raggiungere una riduzione della variabilità dei comportamenti clinici e offrire a operatori e cittadini informazione e aggiornamento.

Per gli operatori sanitari toscani la linea guida non è un mero ausilio alla pratica professionale o assistenza al momento della decisione clinica, bensì uno strumento che consente loro di partecipare attivamente al processo di miglioramento continuo della qualità, in quanto coinvolti direttamente nella sua elaborazione o nel suo perfezionamento con la proposta di osservazioni e integrazioni.

Nell'ambito del processo sistematico di elaborazione delle linee guida e degli indirizzi diagnostico terapeutici – strumenti di Governo clinico nel Sistema Sanitario Toscano (SST) – la multidisciplinarietà è elemento portante e garanzia di qualità per l'alta preparazione ed esperienza dei professionisti coinvolti.

La validità, la riproducibilità e la flessibilità connotano i documenti già elaborati e in corso di elaborazione.

Il nuovo impegno della sanità toscana è l'implementazione delle linee guida come strumento di reale trasferimento nella pratica clinica delle raccomandazioni basate sulle prove scientifiche, incidendo così sui comportamenti per consolidare un sistema operativamente proiettato al cambiamento.

L'Assessore al Diritto alla Salute
Daniela Scaramuccia

Regione Toscana - Giunta Regionale

Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale

Coordinamento «Processo Regionale Linee Guida»

Pierluigi Tosi

Consiglio Sanitario Regionale - Ufficio di Presidenza

Antonio Panti

Alberto Auteri

Mario Barresi

Giancarlo Berni

Giuseppe Figliani

Gian Franco Gensini

Danilo Massai

Pierluigi Tosi

Settore Strumenti di Pianificazione e Programmazione socio sanitaria

Chiara Gherardeschi

Hanno collaborato

Maria Bailo

Giuseppina Agata Stella

Realizzazione redazionale

Paolo Gangemi (redazione)

Giovanna Smiriglia (grafica)

Zadig srl - via Calzecchi 10, 20133 Milano - www.zadig.it

Autori della prima stesura del documento e revisori

Mario Barresi (Coordinatore), Fisiatra, Firenze

Sergio Aito, Direttore Unità Spinale, AOU Careggi, Firenze

Egisto Bagnoni, Presidente Ordine dei Medici di Pistoia

Simone Baldi, Dirigente professioni sanitarie della riabilitazione, AUSL 10, Firenze

Alberto Baroni, Geriatra, IFCA - Ulivella Glicini, Firenze

Alessandro Battaglia, Fisiatra, Direttore Area-Dipartimento di Riabilitazione, AUSL 12, Viareggio

Francesco Benvenuti, Geriatra, Dipartimento delle fragilità, AUSL 11, Empoli

Lucia Lenzi, Fisiatra, AUSL 8, Arezzo

Bruna Lombardi, Fisiatra, Direttore U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale, AUSL 4, Prato

Giulio Masotti, Geriatra, Università di Firenze

Aldo Morelli, Fisiatra, AUSL 10, Firenze

Alessandro Paoli, Medico, Misericordia (AMIG), Firenze

Pietro Pasquetti, Fisiatra, AOU Careggi, Firenze

Bernardo Pavolini, Ortopedico, U.O.C. Ortopedia e Traumatologia AUSL 1, Massa e Carrara

Alessandro Petrini, Ortopedico, AUSL 10, Firenze

Alessio Petronici, Infermiere, AUSL 6, Livorno

Federico Posteraro, Fisiatra, AUSL 12, Viareggio

Andrea Sanquerin, Dirigente Servizi Tecnico Sanitari, AUSL 10, Firenze

Conflitti d'interesse

Tutti gli estensori della presente linea guida, scelti in base alla loro competenza ed esperienza specifica, hanno compilato una dichiarazione relativa agli eventuali conflitti d'interesse intervenuti nel lavoro d'elaborazione. Ciascuno di loro ha interamente svolto il lavoro nell'ambito della propria attività lavorativa per il Servizio sanitario della Toscana (SST).

Indice

Presentazione	pag.	3
Aspetti normativi tassonomici e operativi di riferimento	»	9
• Definizione	»	9
• Mandato	»	10
• Elementi del processo	»	12
Linee guida dei percorsi riabilitativi intensivi in regime di degenza ospedaliera, recupero, riabilitazione funzionale	»	15
Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (codice 56)	»	15
• Definizione	»	15
• Mandato e criteri di accesso	»	15
• Elementi del processo	»	16
Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera per gravi cerebrolesioni acquisite (codice 75)	»	16
• Definizione	»	16
• Mandato e criteri di accesso	»	16
• Elementi del processo	»	17
• Stati vegetativi e altri stati di bassa responsività protratta	»	18
• La gestione degli stati di bassa responsività protratta	»	19
Percorso riabilitativo delle persone con lesione midollare traumatica e non traumatica (codice 28)	»	20
• Definizione	»	20
• Mandato e criteri di accesso	»	21
• Elementi del processo	»	21
• Unità per le disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE)	»	23
• Dimissione o trasferimento dalle strutture di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera	»	24
Riabilitazione intensiva ed estensiva a carattere residenziale diurno extraospedaliero	»	26
Riabilitazione in strutture/presidi di riabilitazione (ex articolo 26) dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime di ricovero e diurno	»	26
• Definizione	»	26
• Mandato	»	26
• Elementi del processo	»	26
Percorsi di riabilitazione per disabilità neuropsichica per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	»	27
• Definizione	»	27
• Mandato	»	27
• Elementi del processo	»	27
Riabilitazione ambulatoriale	»	30
• Definizione	»	30

• Mandato e criteri di accesso	»	30
• Elementi del processo	»	30
Bibliografia	»	33

Aspetti normativi tassonomici e operativi di riferimento

Definizione

Tenuto conto della multifattorialità delle cause responsabili della perdita di autonomia dell'individuo, la riabilitazione può essere definita come un processo che fornisce appropriati servizi per i bisogni della persona disabile in maniera coordinata e all'interno di un programma, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive (Glossario CARF). Nell'ambito del processo riabilitativo, come da linee guida del Ministero della salute, si distinguono:

- attività sanitarie di riabilitazione: sono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazione a minimizzare la sua disabilità o a prevenire complicanze secondarie e terziarie;
- attività di riabilitazione sociale: riguardano le azioni finalizzate a garantire al soggetto disabile la piena partecipazione alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dall'età e dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di svantaggio sociale.

La riabilitazione adotta attualmente il nuovo modello di classificazione della ICF - International Classification of Functions (reperibile sul sito www.who.int/classification/icf), nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatore dell'ambiente. L'attuale versione del manuale, diversamente da quella precedente, cerca di affrontare anche il problema delle interrelazioni fra le tre dimensioni definite costituenti lo stato di salute di una persona in un determinato momento. Anche la denominazione e la definizione delle tre dimensioni è lievemente cambiata, sostituendo ai termini disabilità e handicap, con valenza già di per sé negativa, i termini attività e partecipazione che, essendo semanticamente più neutri, si prestano meglio a una considerazione relativa dei loro rapporti.

La struttura organizzativa adeguata trova il suo riferimento in un «modello di percorso integrato e continuativo, sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale» in grado di accogliere e accompagnare la persona e la famiglia lungo tutto l'itinerario terapeutico riabilitativo e assistenziale. Nella maggior parte delle condizioni morbose la riabilitazione deve quindi cominciare già in fase acuta e deve essere posta molta enfasi sul concetto di assistenza riabilitativa, necessaria per prevenire le complicazioni e le limitazioni al recupero che, per esempio, un'inadeguata attenzione assistenziale potrebbe generare.

Il modello proposto fa riferimento a un sistema di gestione della disabilità integrato a rete all'interno di percorsi assistenziali definiti per realizzare un governo integrato del sistema che consenta:

- omogeneità organizzativa e applicativa nel rispetto di un'offerta complessiva e organica rispetto ai bisogni dei cittadini toscani;

- omogeneità dei parametri di analisi e di verifica allo scopo di poter effettuare un'organica programmazione delle risorse necessarie (finanziarie e organizzative) per il sistema riabilitazione e parimenti effettuare una congrua allocazione di tali risorse;
- definizione di percorsi riabilitativi con indicatori condivisi che precisino i criteri di accesso e la gestione dell'interfaccia sia nel passaggio tra i diversi livelli di attività riabilitativa, sia fra gli altri nodi della rete, compreso il sistema socio-assistenziale, predisponendo sistemi informativi disponibili per l'utenza.

Mandato

Con riabilitazione si definisce un processo continuo, globale che, partendo dal trattamento sanitario, mira all'integrazione sociale a tutti i livelli della persona disabile. Per questo scopo ogni corretta politica di riabilitazione deve attivare un insieme coerente di misure sul piano individuale e collettivo, inserite in una strategia strutturata in un progetto riabilitativo che consenta di attivare organicamente le risorse con efficacia ed efficienza. La riabilitazione non può sfuggire ai criteri della medicina basata sulle prove e deve applicare procedure di audit clinico per identificare i diversi componenti della diagnosi, della valutazione, del trattamento. È fondamentale in quest'ottica la valorizzazione e promozione delle risorse riabilitative esistenti con l'obiettivo della miglior qualità per il paziente, in termini di efficacia e accessibilità. Ciò è possibile solo attraverso la gestione del percorso riabilitativo, a partire dal ricovero, nella ricerca della massima appropriatezza ed efficienza economica al fine di ottimizzare l'utilizzo dell'area acuta e promuovere interventi in contesti alternativi all'ospedalizzazione. Un problema delicato è quello relativo alle misure di outcome dove esiste una prova scientifica che si focalizza largamente sul bisogno di valutazione globale e non sull'identificazione pura e semplice dei meccanismi fisiopatologici che sottendono la disabilità, che pure rappresentano un'importante guida per l'impostazione del trattamento riabilitativo. Al fine di monitorare i risultati dell'intervento devono essere utilizzati indicatori di outcome anche ai fini della progettualità stessa. Si tratta di progettare e gestire percorsi riabilitativi, che devono essere garantiti da parte della rete dei servizi costituita dai soggetti erogatori sanitari e sociali presenti nella singola area territoriale, e di sviluppare protocolli condivisi di valutazione dell'efficacia del programma riabilitativo da affiancare alla formulazione del progetto di struttura e del progetto riabilitativo individualizzato.

Si sottolinea che nelle decisioni che comportano una presa di posizione etica deve essere tenuta in considerazione l'opinione del paziente.

Le sedi di erogazione dei servizi e delle attività cliniche di riabilitazione devono avere un progetto di struttura. Per progetto di struttura si intende l'insieme di requisiti strutturali omogenei a standard di riferimento, finalizzati a erogare le prestazioni in un contesto operativo adeguato al livello e alla complessità dell'attività.

In conclusione la riabilitazione ha come obiettivi:

- la guarigione (recovery) quando l'intervento riporta il soggetto a una restitutio ad integrum;
- il recupero funzionale (restitution) quando l'intervento produce un completo recupero funzionale a spese delle potenzialità di riserva degli organi e apparati interessati;
- l'adattamento funzionale (substitution) quando l'intervento avviene per riorganizzazione degli organi e apparati interessati;

- l'adattamento comportamentale (compensation) quando l'intervento recupera un'accettabile qualità della vita mediante compensi prevalentemente ambientali;
- stimolare la comparsa di competenze che rischiano di non apparire nel corso dello sviluppo e prevenire e limitare le regressioni funzionali controllandone l'evoluzione e i fattori di rischio.

Livelli assistenziali e organizzativi degli interventi sanitari della riabilitazione

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- attività di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno valutativo o terapeutico;
- attività di riabilitazione estensiva caratterizzate da interventi di più moderato impegno terapeutico a fronte di un maggiore intervento assistenziale, quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive.

Gli interventi sanitari di riabilitazione possono distinguersi sul piano organizzativo in tre diverse tipologie individuate in relazione alla loro complessità: primo, secondo e terzo livello; quest'ultimo si identifica con i presidi di alta specialità così come indicati nel DM del 29 gennaio 1992. All'area di degenza per la riabilitazione intensiva afferiscono utenti provenienti dai reparti per acuti, una volta risolte le problematiche più gravi e urgenti relative alla patologia prevalente (cioè quando il problema principale non è più la malattia o il trauma, ma la menomazione e la disabilità conseguenti) e che necessitano ancora di tutela sanitaria continuativa e di riabilitazione; quest'ultima deve essere condotta con criteri di intensività in relazione alla durata quotidiana e al monitoraggio medico della stessa. Il processo riabilitativo intensivo può svolgersi in regime di day hospital, residenziale, ambulatoriale e domiciliare.

La collaborazione tra le varie strutture coinvolte nel percorso riabilitativo si deve concretizzare con la definizione congiunta di indirizzi e di protocolli che consentano di seguire i pazienti a tutti i livelli di assistenza, sulla base di percorsi delineati (dalla fase di presa in carico a quella delle dimissioni) per garantire i massimi livelli di recupero funzionale. La continuità terapeutica e assistenziale deve impegnare non solo i singoli servizi e strutture, ma anche i servizi integrati, imponendo così uno stretto rapporto tra servizi ospedalieri e territoriali. In riferimento alle disabilità neuropsichiche, si conferma la validità delle strutture operative interprofessionali (GOIF) e del PARG, come strumento di definizione del percorso terapeutico. Gli strumenti e le procedure di continuità terapeutica devono necessariamente attivarsi dal momento della presa in carico della persona, sino alla definizione del profilo funzionale, ai fini della predisposizione del progetto riabilitativo individuale e devono accompagnare lo stesso soggetto durante le diverse fasi del trattamento. Ciò è possibile solo attraverso la costituzione e l'attuazione di strumenti omogenei che consentano il passaggio delle informazioni sensibili tra le varie strutture, sulla base di un linguaggio comune e condiviso. Una revisione della valutazione e della prognosi deve essere effettuata dopo la dimissione dal servizio, in tempi e modi concordati al momento della dimissione.

Elementi del processo

La rete dei servizi e i percorsi riabilitativi

L'erogazione delle prestazioni di riabilitazione è garantita da un sistema di strutture che operano in forma fortemente integrata all'interno di una rete di servizi i cui nodi sono identificati nei:

- presidi ospedalieri:
 - nell'ambito dei reparti per acuti;
 - nell'ambito di reparti con posti letto di riabilitazione intensiva (codice 56);
 - nell'ambito di strutture di 3° livello riabilitativo con posti letto di riabilitazione intensiva (codice 75);
 - nell'ambito dell'Unità spinale (codice 28);
 - nell'ambito di reparti di lungodegenza (codice 60);
- presidi territoriali:
 - all'interno di strutture di degenza continuativa o diurna a carattere intensivo ed estensivo;
 - all'interno di centri ambulatoriali;
 - presso il domicilio dell'assistito;
 - all'interno di strutture socio-assistenziali a carattere residenziale continuativo o diurno: RSA, RSD, centri diurni e strutture appartamento, eccetera.

L'esigenza di conciliare il bisogno diagnostico-assistenziale con la necessità e i criteri di intervento riabilitativo intensivo richiede una maggiore sfumatura della dicotomia acuto/cronico e suggerisce un meccanismo che organizzi l'assistenza riabilitativa della persona anziana disabile. La forte integrazione fra i nodi sopra individuati è obiettivo prioritario per garantire lo sviluppo di percorsi assistenziali riabilitativi appropriati. I processi di accreditamento definiscono i requisiti strutturali e organizzativi richiesti alle strutture per essere inserite nella rete assistenziale. Analogamente devono essere garantiti i requisiti di processo che sostengono le relazioni fra le stesse strutture: in particolare devono essere ulteriormente sviluppati o condivisi sistemi di valutazione dei bisogni e degli esiti, finalizzati a migliorare la comunicazione e l'integrazione del sistema.

I percorsi riabilitativi si sviluppano, a partire dall'evento acuto a carattere disabilitante, sulla base di una valutazione multiprofessionale che considera, oltre ai bisogni clinici e funzionali, quelli assistenziali e quelli sociali, e individua le modalità di risposta al bisogno. Alcuni percorsi in riferimento alle caratteristiche di insorgenza dei segni disabilitanti (età evolutiva o carattere progressivo e graduale della comparsa dei segni) non iniziano con un evento acuto che richiede ricovero in reparti ospedalieri: il loro sviluppo a gestione territoriale, con il coinvolgimento del MMG, richiede comunque la valutazione multiprofessionale analogamente ai percorsi per disabilità a insorgenza acuta.

Lo schema di flusso seguente esemplifica i percorsi possibili, a carattere intensivo o estensivo, in base al livello di tutela che deve essere garantita al paziente:

- in regime di degenza sulle 24 ore;
- in regime di degenza diurna;
- in regime distrettuale.

In base ai bisogni di tutela clinica viene proposto l'inserimento in una struttura ospedaliera o extraospedaliera.

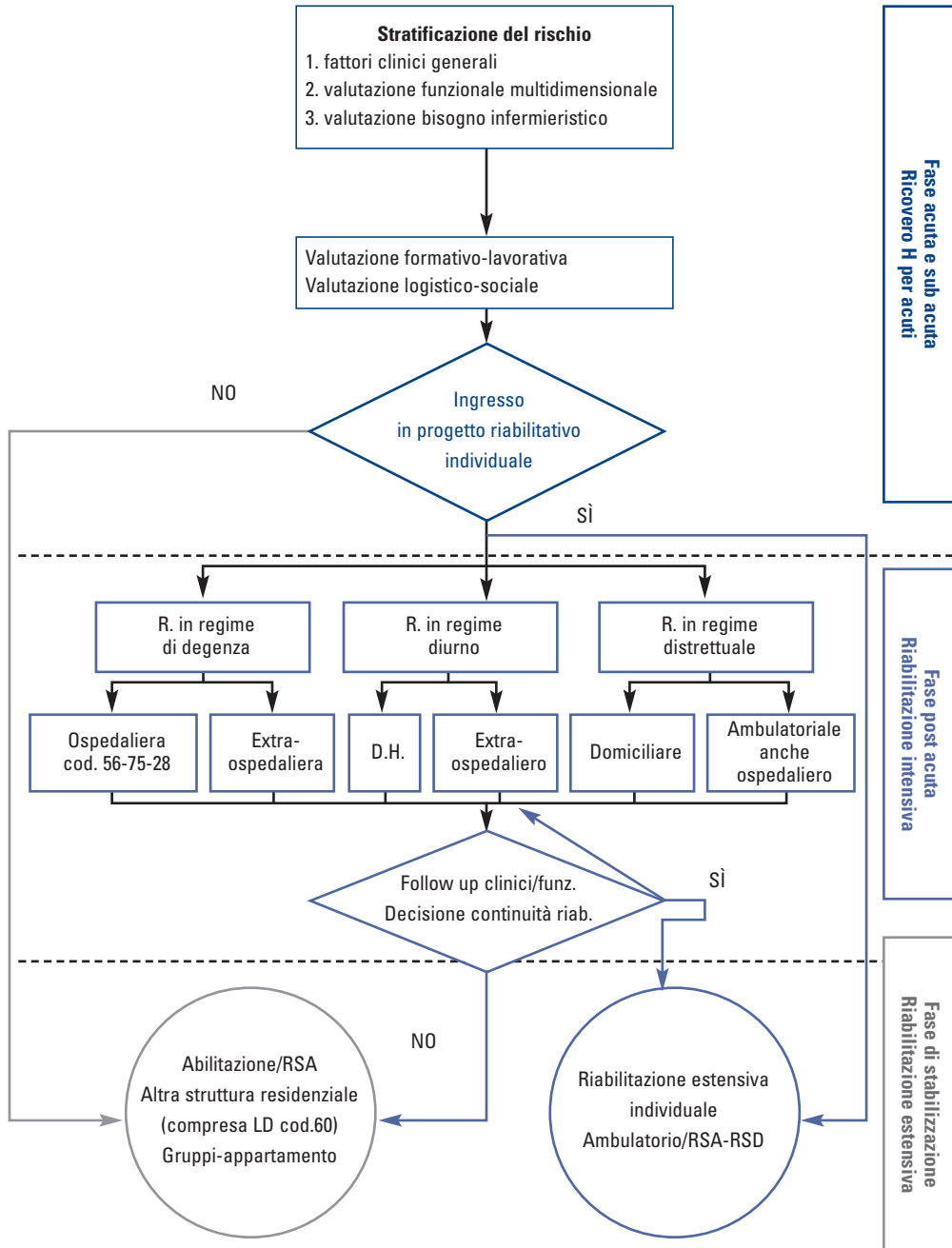
Ausili

L'accesso all'assistenza protesica e il ricorso alle tecnologie facilitanti le autonomie personali e assistenziali sono elementi intrinseci del processo riabilitativo: il progetto riabilitativo individuale definisce il livello tecnologico appropriato alle caratteristiche della persona, dei suoi bisogni e gli obiettivi dell'utilizzo degli ausili.

In questo contesto è fondamentale la conoscenza degli ausili disponibili e delle tecnologie innovative, avvalendosi del Nomenclatore tariffario delle protesi, delle tecnologie demotiche per l'ambiente domestico, degli ausili personalizzati per l'istruzione, il lavoro e il tempo libero. L'equipe riabilitativa che indica il ricorso agli ausili si avvale, per particolari problematiche e tecnologie, della consulenza dei laboratori ausili per la comunicazione e di quelli per le autonomie presenti nelle tre aree vaste e dei centri di ricerca presenti nel territorio regionale.

Si affiancano a queste attività nel percorso riabilitativo, quando condivise dal paziente, le valutazioni medico-legali certificative le condizioni che consentono la fruizione dei benefici previsti dalla normativa sull'invalidità civile, la condizione di handicap e il collocamento lavorativo dei disabili e gli altri interventi previsti per consentire la fruizione dell'obbligo scolastico e della formazione di base ai soggetti disabili in età evolutiva.

EVENTO ACUTO A CARATTERE DISABILITANTE



Percorsi riabilitativi in regime di ricovero intensivo ospedaliero e intensivo/estensivo territoriale

Linee guida dei percorsi riabilitativi intensivi in regime di degenza ospedaliera, recupero, riabilitazione funzionale

Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (codice 56)

Definizione

Le strutture che erogano attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione e operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero per i pazienti provenienti dai reparti per acuti e con le strutture territoriali ai fini della definizione e collocazione in un percorso appropriato dei pazienti seguiti.

Mandato e criteri di accesso

«Le attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico-specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multiprofessionali intensi (orientativamente 3 ore al giorno di trattamento specifico) che implicino un elevato livello di tutela medico-infermieristica o la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate».

I pazienti ammissibili alla riabilitazione intensiva ospedaliera sono soggetti affetti da disabilità conseguenti a patologie per i quali sussistono condizioni di modificabilità riabilitativa intrinseca in presenza di instabilità clinica, pur non di tipo critico, che richiede un monitoraggio medico e infermieristico sull'arco delle 24 ore, e in cui l'azione riabilitativa utilizza competenze specifiche che garantiscono:

- l'inquadramento e il monitoraggio clinico;
- la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale;
- l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla stesura di un progetto e di un programma riabilitativo personalizzato;
- la messa in atto della progettualità terapeutico-riabilitativa.

Pertanto il ricovero ordinario in riabilitazione ospedaliera intensiva è appropriato quando si verificano almeno due delle seguenti condizioni:

- in presenza di disabilità complessa quando il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto o di farlo progredire nelle acquisizioni attraverso un altro livello di cure riabilitative;
- se le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative a elevata intensità (da parte del personale medico e sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi;

- se la necessità di tutela medica è legata a un alto rischio di potenziale instabilità clinica o comorbidità e prevede un regolare contatto diretto tra paziente e specialista;
- se la necessità di assistenza medico-infermieristica è legata alla necessità di assicurare un nursing riabilitativo complesso.

Elementi del processo

Per ogni paziente affetto da disabilità viene stilato, da parte dell'equipe multiprofessionale, il progetto riabilitativo comprensivo di programmi, tempi, obiettivi del trattamento. La presa in carico ha caratteri valutativo-riabilitativi intensivi ed è globale dotandosi di strumenti diagnostico-valutativi e di elevate competenze che investono tutti gli aspetti riabilitativi (funzioni cognitive, motorie, respiratorie, deglutizione, ausili per l'autonomia, eccetera). La presa in carico globale è assicurata dalla presenza di un nursing riabilitativo a carattere preventivo e terapeutico, dal controllo degli aspetti nutrizionali, dall'individuazione e dal trattamento di problematiche psicologiche mediante utilizzo di competenze mirate.

Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera per gravi cerebrolesioni acquisite (codice 75)

Definizione

Le Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite sono finalizzate alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura, caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS < 8) ove coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano disabilità multiple e complesse che necessitano di interventi valutativi e terapeutici, che per la criticità clinico-assistenziale non sono realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello. Esse sono collocate in presidi ospedalieri come previsto da normativa nazionale e regionale (vedi Piano Sanitario Regionale 2005-2008).

Mandato e criteri di accesso

Presa in carico globale per il trattamento degli stati di coma protratto al fine di:

- contenere le disabilità;
- favorire il reinserimento sociale;
- garantire il rapporto operativo con gli altri nodi della rete riabilitativa o del sistema socio-assistenziale.

Compiti:

- definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma riabilitativo multidisciplinare;
- osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa, compreso il monitoraggio delle funzioni vitali;
- nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie;

- attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo);
- progettazione e operatività a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.

Il paziente trasferito dall'area intensiva non necessita del monitoraggio intensivo proprio della suddetta area, pur essendo necessario predisporre una sorveglianza clinica come da mandato. Si tratta di pazienti critici che comunque necessitano di una metodologia di rilevazione e raccolta di dati clinici e strumentali specifici, allo scopo di prevenire l'insufficienza multipla di organo (MOF o MODS). La sorveglianza clinica tradizionale deve essere supportata da una continuità o periodicità di monitoraggio per cui ogni sistema e ogni funzione vengono sottoposti a una checklist preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo individuato e tenderanno a coinvolgere attivamente il paziente nel recupero progressivo della sua autonomia.

Elementi del processo

In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali e strutturali in grado di effettuare:

- valutazione e monitoraggio clinico;
- valutazione funzionale multidimensionale;
- valutazione dei bisogni assistenziali;
- interventi terapeutici clinici;
- interventi di nursing riabilitativo;
- interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di:
 - funzioni motorie;
 - funzioni cognitive comportamentali;
 - funzioni viscerali (respirazione, deglutizione, controllo sfinteri, eccetera);
- assistenza protesica;
- educazione e assistenza dei caregiver;
- gestione della continuità assistenziale nei nodi successivi della rete.

Ricovero ordinario

L'episodio di ricovero ordinario è appropriato per quei pazienti in fase post-acuta precoce trasferiti da reparti per acuti (terapie intensive, neurochirurgie, eccetera). Si tratta di pazienti ancora potenzialmente instabili sul piano internistico generale, con necessità di assistenza medica e infermieristica dedicata nell'arco delle 24 ore che necessitano di interventi riabilitativi intensivi onnicomprensivi. I pazienti possono essere suddivisi in due gruppi sulla base del livello di responsabilità e dell'instabilità delle condizioni cliniche generali.

In un primo gruppo si collocano i pazienti a bassa responsabilità (GOS; LCF < III e DRS \geq 22) o quelli con condizioni cliniche fortemente instabili che non possono trarre giovamento da programmi di trattamento riabilitativo attivo. Per questi degenti gli obiettivi del trattamento sono rappresentati da:

- miglioramento e stabilizzazione delle condizioni cliniche di base;
- monitoraggio dell'evoluzione dello stato di coscienza;

- facilitazione della ripresa del contatto con l'ambiente;
- prevenzione delle menomazioni secondarie e terziarie;
- recupero delle autonomie possibili (respiratoria, nutrizionale, eccetera);
- supporto, educazione e training ai familiari;
- pianificazione insieme alla famiglia di un corretto piano di dimissione.

In un secondo gruppo si collocano quelli che presentano disabilità moderata o grave (GOS; LCF \geq III e DRS \leq 21) che sono in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente, anche se confusi, disorientati, inerti o agitati, con diverse combinazioni di menomazioni fisiche o di complicanze medico-cliniche. Si tratta di pazienti in grado di trarre giovamento da una presa in carico multidisciplinare che preveda programmi riabilitativi intensivi di tipo attivo che comprendano l'assistenza medico-specialistica e il nursing riabilitativo dedicato, nonché interventi di riabilitazione specifici con i seguenti obiettivi:

- contenimento delle menomazioni secondarie e terziarie;
- riduzione delle menomazioni motorie, cognitive e comportamentali;
- recupero funzionale delle disabilità;
- facilitazione del reinserimento sociale;
- informazione-educazione del paziente, della famiglia e di altre persone coinvolte nel processo riabilitativo anche al fine di pianificare il trasferimento in altre strutture riabilitative.

Ricovero in day hospital

L'episodio di ricovero in day hospital è appropriato per quei pazienti con disabilità di grado lieve-moderato (secondo la GOS), in condizioni generali stabili da non richiedere degenza ospedaliera, che possono essere avviati a programmi riabilitativi prolungati e multidisciplinari. Si tratta di pazienti che spesso vengono trasferiti dopo un periodo di ricovero in degenza ordinaria quando le necessità di assistenza medica non sono tali da richiedere una sorveglianza 24 ore su 24, e che richiedono trattamenti riabilitativi integrati con obiettivi analoghi a quelli della degenza ordinaria.

Stati vegetativi e altri stati di bassa responsività protratta

Lo stato vegetativo viene definito (American Congress of Rehabilitation of Medicine, Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9) come una condizione caratterizzata da:

- completa perdita della coscienza di sé e della consapevolezza dell'ambiente;
- recupero di ciclicità del ritmo sonno-veglia;
- conservazione più o meno completa delle funzioni ipotalamiche e troncoencefaliche autonome.

Per poter diagnosticare una condizione di stato vegetativo, si richiede pertanto che siano verificati alcuni criteri diagnostici:

- nessuna prova di:
 - coscienza di sé o consapevolezza dell'ambiente e capacità a interagire con gli altri;
 - comportamenti durevoli, riproducibili, finalizzati o volontari in risposta alle stimolazioni;

- produzione o comprensione verbale;
- presenza di:
 - apertura degli occhi;
 - pattern sonno-veglia EEG più o meno rudimentale;
 - funzioni vitali autonome (respiro, circolo, eccetera);
 - incontinenza vescicale e rettale;
 - deficit di vario grado della funzionalità dei nervi cranici;
 - presenza variabile di riflessi troncoencefalici e spinali;
 - motilità oculare assente o erratica;
 - rarità dell'ammiccamento;
 - schemi motori primitivi;
 - rigidità-spasticità;
 - posture patologiche.

Lo stato di minima coscienza rappresenta secondo l'Aspen Consensus Group l'evoluzione favorevole dallo SV ed è diagnosticabile in presenza minima di comportamenti caratterizzati da risposte o manifestazioni cognitive che, seppur inconsistenti, sono riproducibili e di una tale durata da differenziarli dai comportamenti riflessi.

Per considerare riproducibili le risposte osservate occorre tener conto sia della loro consistenza sia della loro complessità. Infatti, possono essere necessarie valutazioni estese e ripetute per determinare se una risposta osservata (movimento delle dita, chiudere gli occhi) si presenta in seguito a un evento ambientale specifico (richiesta di muovere dita, di chiudere gli occhi) o è una semplice coincidenza. Viceversa per le risposte complesse (per esempio verbalizzazione comprensibile) possono essere sufficienti poche osservazioni per determinarne la consistenza.

Criteri diagnostici:

- apertura spontanea degli occhi;
- ritmo sonno-veglia;
- range di vigilanza: ottundimento/norma;
- percezione riproducibile ma inconsistente;
- abilità comunicativa riproducibile ma inconsistente;
- range di comunicazione: nessuna risposta/risposta sì/no inconsistente/verbalizzazione/gestualità;
- attività motoria finalistica riproducibile ma inconsistente;
- inseguimento con lo sguardo;
- comportamenti e azioni intenzionali (non attività riflessa) sulla stimolazione ambientale;
- comunicazione funzionale interattiva;
- uso funzionale di due oggetti diversi;
- verbalizzazione, scrittura, risposte sì/no, uso di comunicazione alternativa o comunicatori facilitanti.

La gestione degli stati di bassa responsività protratta

È necessario definire precocemente un percorso per persone in stato di bassa responsività protratta quale evoluzione di una grave cerebrolesione acquisita, e questo per una serie di ragioni:

- la condizione di stato vegetativo, almeno nelle fasi iniziali, ha necessità di una presa in carico intensiva e competente per quanto riguarda sia la gestione clinica sia la valutazione dello stato di coscienza;
- è documentato che la permanenza delle persone in SV o SMC nei reparti di cure intensive (rianimazioni), oltre ad avere costi elevatissimi, non favorisce il recupero e, pertanto, è necessario avviare quanto prima percorsi di recupero;
- al pari della permanenza nei reparti di cure intensive, la permanenza oltre il necessario nei reparti di riabilitazione intensiva di pazienti cronicamente in SV o in SMC determina un improprio ricovero che tra l'altro impedisce l'accoglimento di nuovi casi;
- è opportuno chiarire sia il percorso sia la denominazione delle strutture in grado di accogliere queste persone anche per non disorientare i familiari.

A stabilizzazione ottenuta e a seconda delle condizioni cliniche, il paziente dovrebbe poter essere accolto nelle Unità per gravi cerebrolesioni (UGC), garantendogli comunque percorsi riabilitativi diversificati o, alternativamente, in reparti di lungodegenza. All'uscita dalle UGC e a seconda delle condizioni cliniche e della capacità di supporto della famiglia, il paziente potrebbe essere quindi avviato al domicilio (con ADI), ai servizi ambulatoriali o a residenze socio-sanitarie dedicate.

Il percorso verso le UGC è proponibile per la maggior parte delle persone in SV o SMC all'uscita dalle rianimazioni sub-intensive e NCH.

Pazienti che dopo congrui periodi di cura e riabilitazione permangono in stato vegetativo possono essere trasferiti:

- in reparti di riabilitazione estensiva quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico definito, il quadro clinico sia stabilizzato e vi sia un'indimissibilità clinica che necessiti ulteriori passaggi ospedalieri di minore intensità riabilitativa;
- in strutture di accoglienza definitiva;
- a domicilio.

Percorso riabilitativo delle persone con lesione midollare traumatica e non traumatica (codice 28)

Definizione

L'Unità spinale svolge attività finalizzata al recupero della massima autonomia e indipendenza della persona medullosea, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali, in pazienti con stato di coscienza compatibile con la realizzazione di un progetto riabilitativo partecipato. Il percorso assistenziale inizia con la fase dell'emergenza e si protrae sino al recupero socio-familiare. Il periodo che va dall'emergenza alla dimissione deve essere espletato il più possibile all'interno dell'Unità spinale. A questo scopo è necessario che le strutture che accolgono il paziente con lesione midollare nella fase dell'emergenza, o acuta, contattino il più precocemente possibile i medici dell'Unità spinale per concordare il percorso curativo assistenziale. L'ulteriore fase di reinserimento socio-familiare, già avviata durante la prima ospedalizzazione.

zione presso l'Unità spinale, può prevedere la presa in carico del soggetto da parte degli altri nodi della rete riabilitativa, appropriati in riferimento ai bisogni sanitari, assistenziali o sociali.

Mandato e criteri di accesso

Persone affette da lesione midollare traumatica e non traumatica recente, che necessitano di presa in carico globale con l'obiettivo di reinserimento nel proprio contesto o di progressione a un altro livello di cure riabilitative.

Elementi del processo

Fase dell'emergenza (solo per lesioni midollari traumatiche)

Per fase dell'emergenza si intende la fase relativa al periodo immediatamente successivo all'evento lesivo, di norma entro le prime 12 ore dopo il trauma.

Finalità dell'intervento:

- garantire la sopravvivenza delle persone traumatizzate, assicurando la migliore omeostasi possibile al fine di limitare i danni conseguenti alle condizioni di criticità che caratterizzano questa fase;
- tutelare la colonna vertebrale, che deve essere considerata sempre come potenzialmente lesa;
- trattare il danno vertebro-midollare in maniera da evitare il peggioramento neurologico o da creare le migliori condizioni per un recupero neurologico.

Questa fase è propria dei DEU di secondo livello e di quelli ubicati in ospedali dotati di neurochirurgia.

Fase acuta

Per fase acuta si deve intendere il periodo immediatamente successivo alla fase di emergenza che dura fino alla stabilizzazione delle condizioni generali (alcune settimane dopo il trauma, salvo complicazioni intercorrenti). Obiettivo della presa in carico in questa fase è quello di stabilizzare le condizioni cliniche generali, prevenire e curare le complicanze secondarie e iniziare le procedure riabilitative precoci.

Questa fase è propria, oltre che dell'Unità spinale, delle strutture che hanno affrontato la fase dell'emergenza con riferimento, di solito, alle SOD di terapia intensiva e neurochirurgia.

Fase di stabilizzazione

Per fase di stabilizzazione si intende la fase in cui le condizioni generali (funzioni vitali) si sono stabilizzate e l'eventuale instabilità delle lesioni vertebrali è stata tutelata con mezzi chirurgici o conservativi. La durata media di questa fase è di 4-6 mesi per i paraplegici e di 8-12 mesi e oltre per i tetraplegici. Per i pazienti con lesione incompleta i tempi possono subire consistenti variazioni. In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di:

- rieducazione delle funzioni respiratorie;
- rieducazione delle funzioni motorie;
- rieducazione delle funzioni intestinali;
- rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche;

- terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale;
- sostegno psicologico e sociale;
- terapia occupazionale;
- ergoterapia;
- attività sportiva e fitness per mielolesi;
- preparazione alla dimissione;
- preparazione al reinserimento sociale e familiare;
- individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili.

La cura e la riabilitazione dei medullesi con insufficienza respiratoria che necessitano di ventilazione controllata saranno espletate in collaborazione tra i sanitari dell'Unità spinale e quelli della terapia intensiva, attraverso accessi continui del personale dell'Unità spinale.

Fase degli esiti

L'Unità spinale deve garantire un'attività ambulatoriale per la prevenzione e la cura delle complicanze che possono verificarsi dopo la dimissione. I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute oltre che dello stato neurologico della persona mielolesa.

Eventuali successivi ricoveri, in regime ordinario o DH in funzione delle condizioni cliniche generali e della necessità o meno di assistenza medica nelle 24 ore, possono essere effettuati per:

- follow up periodici;
- terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione;
- riabilitazione funzionale e chirurgia funzionale con obiettivi specifici;
- studio e trattamento delle POAN;
- diagnostica e trattamento neuro-urologico (vedi fase di stabilizzazione);
- chirurgia vertebrale e midollare;
- chirurgia ortopedica e traumatologica;
- rieducazione delle funzioni respiratorie;
- trattamento del dolore;
- trattamento della spasticità;
- aspetti legati alla sessualità e alla fecondazione;
- diagnostica neuro-fisiologica;
- controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili.

L'Unità spinale deve avere la possibilità di seguire la gravidanza e il parto delle donne paraplegiche e tetraplegiche operando in stretta collaborazione con un Reparto di ostetricia-ginecologia. Tale collaborazione deve prevedere definiti protocolli curativi e assistenziali.

Deve inoltre assicurare la globale rivalutazione dei pazienti che accedono per la prima volta alla struttura in regime ambulatoriale ed essere sempre disponibile per ulteriori ricoveri per le diverse necessità che dovessero intervenire nel corso della vita.

A livello dei servizi territoriali devono essere garantiti tutti gli strumenti di reinserimento sociale, compreso il collegamento con la rete del sociale. A tal fine i distretti devono prevedere, nel-

la loro programmazione (Piano delle attività territoriali), anche le attività specifiche per garantire l'assistenza continuativa della persona mielolesa.

A livello periferico devono essere utilmente coinvolti le strutture di riabilitazione ospedaliera (codice 56), extraospedaliera (ex articolo 26), ambulatoriali e i medici di medicina generale. Allo scopo di garantire la continuità assistenziale è necessario che gli operatori del distretto socio-sanitario, appositamente individuati, il medico di famiglia e gli operatori dell'Unità spinale definiscano, insieme al paziente e ai suoi familiari, il percorso riabilitativo e le modalità di reinserimento sociale. Tale procedura deve essere definita, attraverso appositi protocolli di collaborazione, tra l'Unità spinale e i servizi territoriali. Un responsabile del distretto, unitamente al medico di medicina generale, parteciperà, su invito dei sanitari dell'Unità spinale, a una o più riunioni per definire il programma di assistenza e cura da eseguire sul territorio, oltre che tutte le misure per il reinserimento sociale (abbattimento di barriere architettoniche, speciali ausili, sussidi, eccetera). Il raccordo precoce è indispensabile per attuare in tempo le misure necessarie per il corretto reinserimento (DGR 553 del 7 giugno 2004 “Progetto di integrazione socio-sanitaria per le persone con lesione midollare: indicazione alle Aziende USL”).

Unità per le disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE)

È destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi delle patologie cognitive congenite o acquisite in età evolutiva secondo quanto previsto dalle Linee guida.

Si configura come un servizio di III livello e implica attività a elevata specialità che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi e attrezzature in quanto rivolte al trattamento delle disabilità più complesse nonché di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di un'adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzature e tecnologie avanzate e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

L'UDGEE svolge le seguenti funzioni:

- ricovero, dopo valutazione da parte dello specialista, dei soggetti in età evolutiva provenienti dalle strutture che hanno risposto alla fase di emergenza, per l'erogazione della terapia riabilitativa intensiva;
- ricovero per rivalutazione o per interventi di breve durata che richiedono competenze specifiche o l'impiego di tecnologie avanzate;
- consulenza e valutazione per predisporre, adattare, modificare il progetto riabilitativo, nonché monitorare l'andamento complessivo del quadro clinico in rapporto con le strutture di altro livello.

L'UDGEE eroga le seguenti prestazioni:

- trattamento post-terapia intensiva neonatale degli esiti di encefalopatie gravi pre-perinatali;
- trattamento delle disabilità conseguenti a encefalopatie acquisite (trauma cranico, encefaliti, malattie sistemiche ematologiche e oncologiche, esiti di neoplasie del SNC, eccetera) nelle fasi immediatamente post-chirurgiche, o in fase di recidive o complicanze;
- trattamento post-operatorio immediato conseguente a interventi di chirurgia ortopedica funzionale;

- trattamento delle disabilità conseguenti a encefalopatie epilettogene gravi in fase di instabilità elettroclinica con quadri di disfunzione neurocognitiva complessa stato-dipendenti;
- trattamento precoce e intensivo dei disturbi gravi della relazione e della comunicazione;
- malattie rare nelle fasi di instabilità clinica con necessità di interventi integrati di alta specialità;
- sperimentazione di ortesi e ausili;
- altre patologie che richiedono interventi integrati di alta specialità, diagnostici e riabilitativi (per esempio riabilitazione respiratoria, feeding, messa a punto di presidi ortopedici e di ausili per contenere le disabilità, monitoraggio continuo delle condizioni cliniche, sperimentazione di protocolli terapeutici, eccetera).

Ricovero ordinario

L'episodio di ricovero ordinario nell'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva è appropriato se le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nell'arco delle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutiche-riabilitative a elevata intensità o un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi. La necessità di tutela medica continuativa è legata a un alto rischio di potenziale instabilità intesa anche come rischio di rapide modificazioni dell'espressività sintomatologica.

Ricovero in day hospital

L'episodio di ricovero in day hospital nell'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva è appropriato:

- se c'è indicazione per un intervento riabilitativo di elevata intensità, da somministrarsi con l'approccio multiprofessionale più adeguato, spesso anche plurispecialistico;
- se il paziente ha condizioni generali tali da tollerare sia tale intervento sia i trasferimenti quotidiani da e per il proprio domicilio e non necessita di assistenza sanitaria continuativa nell'arco delle 24 ore;
- se il programma riabilitativo prevede l'utilizzazione di particolari tecnologie disponibili solo in determinate strutture;
- nelle gravi patologie dello sviluppo in cui un intervento precoce, intensivo e multidisciplinare ha le finalità di precisare la diagnosi, definire il percorso terapeutico e stabilire il grado di mobilità o plasticità del quadro clinico.

Tutte le altre patologie dell'età evolutiva che richiedono valutazioni funzionali e riabilitative e non rispondono ai criteri previsti per l'appropriatezza del ricovero nelle Unità per le disabilità gravi in età evolutiva verranno ricoverate e trattate negli altri presidi, dove siano presenti competenze multidisciplinari specifiche per l'età evolutiva.

Dimissione o trasferimento dalle strutture di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera

I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica generale e riabilitativa previsti per l'accesso alle altre strutture della rete o del domicilio. Le dimissioni avven-

gono a stabilizzazione clinica generale, ovvero in assenza di necessità di sorveglianza ospedaliera, in base a due condizioni:

- in caso di prognosi riabilitativa non ancora definitiva il trasferimento avviene verso la riabilitazione nei regimi residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare. Tali criteri vengono elaborati dal progetto/programma riabilitativo;
- in caso di disabilità stabilizzata il trasferimento avviene verso:
 - domicilio;
 - RSD.

La fase di dimissione è preceduta da:

- addestramento di assistenza o parente trainer;
- contatto con il medico di base;
- contatto con il medico e lo specialista di distretto;
- valutazione domiciliare e prescrizione ausili;
- prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo;
- attivazione dell'assistenza sociale;
- formulazione precoce del piano riabilitativo individuale in accordo con l'equipe distrettuale ospedaliera che prende in carico il paziente.

Riabilitazione intensiva ed estensiva a carattere residenziale diurno extraospedaliero

Riabilitazione in strutture/presidi di riabilitazione (ex articolo 26) dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime di ricovero e diurno

Definizione

Le strutture/presidi di riabilitazione che prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime continuativo e diurno sono presidi della rete di riabilitazione che operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Mandato

Le attività di riabilitazione svolte nelle strutture/presidi di riabilitazione in regime di ricovero o diurno si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo extraospedaliero che richiede, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o nelle 12 ore (regime diurno).

Elementi del processo

Il presidio garantisce:

- l'intervento di tipo intensivo nelle fasi immediatamente sub-acute o di recrudescenza degli esiti invalidanti (fase del recupero intrinseco). È caratterizzato da un impegno orientativamente di 3 ore di attività di riabilitazione individuale o di gruppo, comprese la cura della persona e le attività di ADL, compatibili con gli obiettivi da raggiungere;
- l'intervento di tipo estensivo, a conclusione di un progetto riabilitativo per facilitare l'adattamento della persona disabile al proprio ambiente di vita, è caratterizzato da un intervento di riabilitazione individuale o di gruppo, con attenzione anche agli obiettivi di socializzazione e occupazionali.

Essi richiedono una presa in carico multiprofessionale, in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali che vedono coinvolti gli specifici professionisti, che si qualifica con la formulazione di:

- un progetto di struttura con cui si intende l'insieme di requisiti strutturali omogenei a standard di riferimento, finalizzati a erogare le prestazioni in un contesto operativo adeguato al livello e alla complessità dell'attività;
- un progetto riabilitativo individuale definito per ciascun paziente e contenente:

- una valutazione multidimensionale;
- la definizione degli obiettivi;
- le strategie e le risorse per realizzarli;
- i tempi e le modalità di verifica del loro raggiungimento in termini di outcome;
- le modalità del follow up.

Le competenze professionali e i requisiti tecnologici e strutturali sono definiti nell'ambito delle procedure di accreditamento in attinenza alla specifica attività riabilitativa erogata. In riferimento al processo riabilitativo e agli obiettivi definiti devono essere erogate almeno le seguenti prestazioni:

- rieducazione delle funzioni motorie;
- rieducazione delle funzioni cognitive;
- rieducazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- rieducazione delle funzioni digestive;
- rieducazione delle funzioni sensoriali;
- rieducazione della funzione audiofonologica e del linguaggio;
- rieducazione delle attività della vita quotidiana e occupazionale;
- protesi, ortesi e ausili;
- interventi di educazione e tutoraggio per nursing riabilitativo ai caregiver.

Percorsi di riabilitazione per disabilità neuropsichica per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

Definizione

Le strutture/presidi di riabilitazione dei soggetti portatori di disabilità neuropsichiche in regime continuativo e diurno sono presidi della rete dei servizi di riabilitazione che operano in stretta integrazione con le strutture distrettuali territoriali, per programmi di riabilitazione a carattere estensivo e intensivo in soggetti che presentano gravi disabilità neuropsichiche, con particolare riferimento all'evoluzione a lungo termine di patologie congenite e connatali.

Mandato

Le attività di riabilitazione svolte in regime di ricovero o diurno si rivolgono a soggetti che presentano condizioni di gravi disabilità neuropsichiche, per i quali sono definiti programmi assistenziali a indirizzo riabilitativo continuativi e protratti nel tempo, finalizzati al raggiungimento di più alti livelli di abilità o a impedirne o ritardarne il declino.

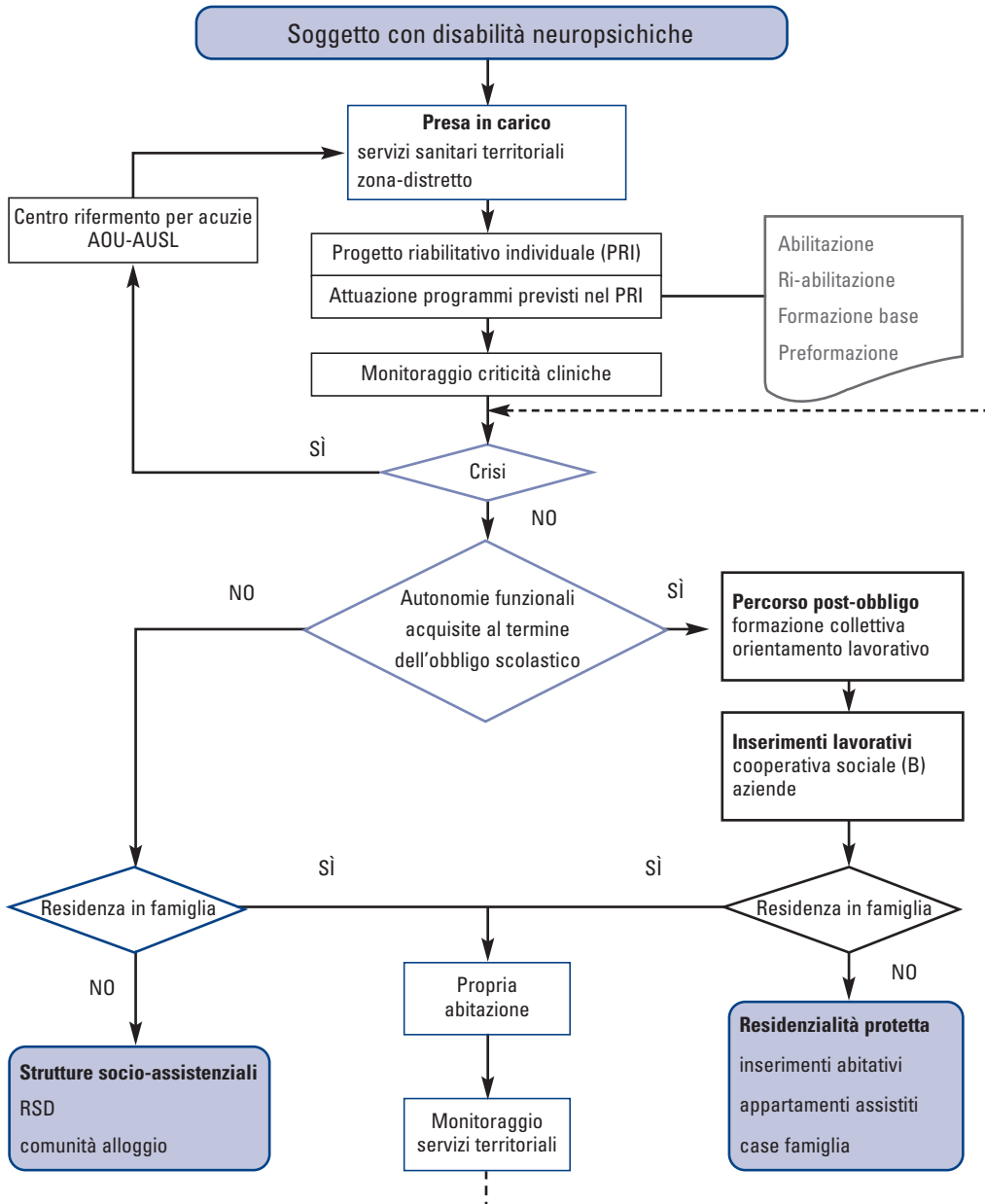
Le strutture/presidi di riabilitazione per disabilità neuropsichica raccolgono anche persone che, a causa di eventi critici acuti intercorrenti, sono state ricoverate in reparti per acuti.

Elementi del processo

Le strutture organizzative territoriali elaborano un progetto individuale che definisce i bisogni,

gli obiettivi socio-assistenziali e sanitari riabilitativi della persona con disabilità neuropsichica, definendone la durata presunta dell'intervento. Il programma riabilitativo è realizzato nei servizi riabilitativi accreditati pubblici o privati, con verifiche periodiche da parte della struttura distrettuale che ha richiesto il programma di intervento. Per il raggiungimento della massima autonomia e integrazione sociale del disabile neuropsichico è necessario garantire a livello di zona-distretto (o di Società della salute) una gestione integrata dei servizi socio-sanitari delle Aziende Sanitarie e di quelli socio-assistenziali dei Comuni. In questo modo è possibile assicurare la presa in carico globale della persona, la continuità del percorso assistenziale in una rete integrata di servizi che comprenda, oltre alle strutture territoriali diversificate (presidi residenziali di riabilitazione, presidi ambulatoriali di riabilitazione, RSD, comunità alloggio), anche gli inserimenti abitativi (appartamenti assistiti, casa famiglia) o lavorativi (cooperative sociali, aziende). I progetti assistenziali a indirizzo riabilitativo devono mirare a superare l'istituzionalizzazione. Pertanto il ricorso ai ricoveri dovrà essere limitato a quei pazienti con gravità stabilizzata sul piano della limitazione delle competenze funzionali per i quali non è possibile attuare un inserimento abitativo e lavorativo. Il ricorso all'istituzionalizzazione temporanea o a lungo termine sarà perciò finalizzato a garantire la continuità assistenziale sulle 24 ore con programmi assistenziali a indirizzo riabilitativo di struttura o individuali finalizzati al mantenimento delle abilità residue mediante interventi specifici basati su stimolazione funzionale, motoria, affettivo-relazionale e sensoriale in grado di promuovere un'adeguata qualità di vita. In tutti gli altri casi si dovranno attuare percorsi mirati a realizzare inserimenti abitativi e lavorativi. A tal fine, durante il periodo scolastico e quello successivo alla scuola dell'obbligo, dovrà essere realizzata una riabilitazione orientata allo sviluppo dell'autonomia personale, abitativa e sociale (mediante anche l'attivazione di laboratori-appartamento) e finalizzata all'acquisizione di abilità specifiche in ambito lavorativo. Si dovranno prevedere attività formative successive alla scuola dell'obbligo, di formazione continua e di orientamento lavorativo al fine di facilitare inserimenti in cooperative sociali e in aziende. Si devono inoltre realizzare gruppi-appartamento e case-famiglia in cui, in base alle caratteristiche degli ospiti, si prevedono soluzioni abitative differenziate e diversi livelli di protezione, al fine di ottenere risultati positivi sul piano dell'apprendimento e su quello emotivo-comportamentale, facilitando il recupero dell'individualità che risulterebbe appiattito dalla logica istituzionale. Per i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle comunità alloggio e delle RSD si fa riferimento alla Delibera di GR 466 del 7 maggio 2001.

PERCORSO ASSISTENZIALE DISABILITÀ NEUROPSICHICHE PERINATALI E/O CONGENITE



Riabilitazione ambulatoriale

Definizione

I presidi ambulatoriali di riabilitazione sono presidi della rete dei servizi di riabilitazione che operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero ed extraospedaliero, già dalla fase sub-acuta, sia per i pazienti provenienti dai reparti per acuti sia per pazienti provenienti dal territorio. I presidi ambulatoriali possono essere inseriti all'interno di percorsi di attività specialistica di riabilitazione o all'interno di percorsi di assistenza riabilitativa.

Mandato e criteri di accesso

Le attività di riabilitazione svolte in presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale che non richiedono, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, alta tutela medica e infermieristica. Le attività diagnostiche, curative e riabilitative svolte nei presidi di specialità ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione si rivolgono ai pazienti affetti da disabilità minimali, segmentarie o transitorie che non necessitano di presa in carico globale della persona.

Elementi del processo

In relazione all'inserimento dell'assistito nel percorso di riabilitazione i presidi di riabilitazione rispondono con la presa in carico globale definita all'interno di un progetto riabilitativo. Gli interventi possono essere erogati anche a domicilio nelle fasi di immediato post-acuzie per intrasportabilità del soggetto o in riferimento al raggiungimento di obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito di vita. Quando è richiesta una presa in carico multiprofessionale in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali che vedono coinvolti gli specifici professionisti, essa si qualifica con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale definito per ciascun paziente e contenente:

- una valutazione multidimensionale;
- la definizione degli obiettivi;
- le strategie e risorse per realizzarli;
- i tempi e le modalità di verifica del loro raggiungimento;
- i termini del follow up.

Le competenze professionali e i requisiti tecnologici e strutturali sono definiti nell'ambito delle procedure di accreditamento in attinenza alla specifica attività riabilitativa erogata. In riferimento al processo riabilitativo e agli obiettivi definiti possono essere erogate le seguenti prestazioni:

- rieducazione delle funzioni motorie;
- rieducazione delle funzioni cognitive;
- rieducazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- rieducazione delle funzioni digestive;
- rieducazione delle funzioni sensoriali;

- rieducazione della funzione audiofonologica e del linguaggio;
- rieducazione delle attività della vita quotidiana e occupazionale;
- educazione e tutoraggio;
- assistenza protesica;
- interventi di educazione e tutoraggio per nursing riabilitativo a figure del sistema assistenziale, compresi i caregiver.

Il progetto riabilitativo deve vedere coinvolti nella realizzazione degli obiettivi, oltre agli operatori del presidio che in quest'ambito assumano la funzione di consulenti facilitatori le ADL, anche figure del sistema socio-assistenziale territoriale di tipo professionale o parentale che possano assicurare il mantenimento degli obiettivi funzionali raggiunti.

I centri ambulatoriali di riabilitazione, al fine di garantire la presa in carico multidisciplinare del paziente e la definizione del progetto riabilitativo, devono adottare requisiti d'esercizio definiti e omogenei per tutta la Regione Toscana* finalizzati alla definizione di percorsi riabilitativi appropriati.

Nel 2005, nella Delibera 595/05 della Regione Toscana, ancora in via sperimentale, sono stati individuati due percorsi sanitari di riabilitazione:

- il percorso assistenziale specialistico di medicina fisica e riabilitazione riferibile alle disabilità minime e segmentarie;
- il percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione riferibile a condizioni di disabilità complesse che richiedono una presa in carico globale.

È previsto inoltre un percorso non sanitario (attività motoria adattata) con valenza socio-assistenziale a indirizzo preventivo per soggetti affetti da patologie croniche stabilizzate.

A) Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica e riabilitazione

Rientrano in questo percorso le condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione (come previsto nella Delibera di GR 595/05 dalla tabella 1 e identificate con il livello 2) che hanno determinato una disabilità di tipo segmentario riferibili alle patologie identificate con codice ICD9, e suscettibili di modificabilità (senza esiti in disabilità strutturata) attraverso gli interventi definiti nella tabella stessa.

Modalità di accesso

Il medico prescrittore (MMG/PLS, specialista pubblico), in presenza di un problema acuto o in fase di riacutizzazione riconducibile a una delle condizioni diagnostiche (inserite nella tabella 1 e identificate con il livello 2), richiede l'accesso al percorso assistenziale specialistico di medicina fisica, tramite prescrizione su ricettario regionale del percorso stesso, indicando espressamente la diagnosi e la condizione clinica (acuta o in fase di riacutizzazione) per la quale viene richiesto l'intervento. Il medico prescrittore è tenuto a segnalare particolari condizioni cliniche che possono limitare l'applicazione di terapie fisiche, previste nel programma.

* Il Consiglio Sanitario Regionale invita il Dipartimento a definire i requisiti e gli standard tecnologici delle varie strutture riabilitative.

Le strutture sanitarie ambulatoriali pubbliche e private accreditate di recupero e riabilitazione funzionale o di medicina fisica e riabilitazione, a fronte dell'attivazione del medesimo percorso, verificata la congruità clinica, attuano il programma tipo così come predisposto nella tabella 2 corrispondente alla condizione diagnostica indicata nella prescrizione.

A conclusione di ogni ciclo di prestazioni i professionisti sanitari delle strutture erogatrici sono tenuti a comunicare al medico curante i risultati ottenuti e ulteriori eventuali proposte d'intervento:

- non presenza di ulteriori possibilità di recupero perseguibili;
- necessità di ulteriore percorso di prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione;
- attivazione di percorso riabilitativo.

Nel secondo caso il medico di medicina generale, se lo ritiene opportuno, può prescrivere l'ulteriore ciclo di prestazioni.

Nel terzo caso l'attivazione del percorso riabilitativo prevede la definizione del progetto riabilitativo individuale secondo le modalità previste dagli atti regionali in merito.

B) Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione

Rientrano in questo percorso gli stati di salute che hanno determinato una disabilità anche transitoria di tipo segmentario o globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale e la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale avente gli obiettivi del contenimento della disabilità, per favorirne la gestione degli esiti, della prevenzione delle menomazioni secondarie e per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale.

Le condizioni di disabilità per le quali si consente l'accesso al percorso sono quelle riferibili alle condizioni cliniche indicate dalla Delibera di GR 595/05 e nella tabella 1, identificate con il livello 3. Le condizioni indicate sono state individuate riconducendo all'ICD-IX-CM gli MDC indicati nella Delibera di GR 904 del 2 agosto 1999.

Possono rientrare in questo percorso anche quelle condizioni richiamate nel percorso 2 quando, nonostante l'attuazione degli interventi previsti dal percorso assistenziale specialistico di medicina fisica, permangono condizioni di disabilità che necessitano di un progetto riabilitativo e una presa in carico globale per il raggiungimento delle finalità sopra riportate e specifiche del percorso assistenziale dell'attività riabilitativa.

Modalità di accesso

Per le condizioni di disabilità riconducibili alle classificazioni diagnostiche previste dalla Delibera di GR 595/05 (presenti nella tabella 1 e identificate con il livello 3), il medico MMG/PLS indirizza l'utente al percorso assistenziale riabilitativo ai sensi della Delibera di GR 732 del 23 giugno 1997 e successive modificazioni e integrazioni; l'accesso è comunque subordinato alla predisposizione del piano di trattamento e alla validazione dello stesso, quando non predisposto da struttura pubblica.

Bibliografia

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Progetto: Riabilitazione intensiva ospedaliera. Marzo 2002-giugno 2003. <http://www.mad.it/ars/html/articolo.asp?Articolo=65&Voce=7&ID=28>

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore – giugno 2006, documento 24. Centro documentazione ARS della Toscana. http://www.mad.it/ars/imgarticoli/Ictus%20e%20femore_3.pdf

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Indicatori per la valutazione di adesione alle Linee guida. Manuale d'uso per le Aziende – giugno 2007, documento 33. 2. Diagnosi e cura dell'ictus. Centro documentazione ARS della Toscana. http://www.mad.it/ars/imgarticoli/LG_ictus_3.pdf

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Indicatori per la valutazione di adesione alle Linee guida. Manuale d'uso per le Aziende – giugno 2007, documento 33. 5. Riabilitazione dopo frattura di femore. Centro documentazione ARS della Toscana. <http://www.mad.it/ars/imgarticoli/riabilitazione1g.pdf>

Avenell A et al. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in old people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001880/frame.html>

Cameron I et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technology Assessment 2000; 4(2): 1-111. <http://www.nccta.org/fullmono/mon402.pdf>

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – 7 maggio 1998. Linee guida del ministro della sanità per le attività di riabilitazione. GU 30 maggio 1998, n. 124. <http://www.simfer.it/allegato.php?ID=135>

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – 3 febbraio 2005. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente “Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale”. GU 2 marzo 2005, n. 50. <http://www.governo.it/backoffice/allegati/24489-2386.pdf>

Consiglio Regionale della Toscana. Legge Regionale 23 febbraio 1999, n. 8 “Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento”. BURT 5 marzo 1999, n. 6, parte prima.

Consiglio Regionale della Toscana. Delibera 17 febbraio 1999, n. 41. Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Supplemento al BURT 14 aprile 1999, n. 15.

Consiglio Regionale della Toscana. Delibera 26 luglio 1999, n. 221 “Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie”. BURT 8 settembre 1999, n. 36.

Consiglio Regionale della Toscana. Delibera 9 aprile 2002, n. 60. Piano Sanitario Regionale 2002-2004 – Linee guida per la formazione del Piano integrato sociale 2002-2004 – Modifica dell'Allegato 1 della Deliberazione del Consiglio Regionale 1 febbraio 2000, n. 31 (Istituzione delle Commissioni Regionali per l'accreditamento ai sensi della Legge Regionale 23 febbraio 1999, n.8, e successive modificazioni). Supplemento al BURT 8 maggio 2002, n. 79.

Consiglio Regionale della Toscana. Delibera 16 febbraio 2005, n. 22. Piano Sanitario Regionale 2005-2007. Supplemento al BURT 23 marzo 2005, n. 53. <http://www.salute.toscana.it/sst/piano-sanitario-regionale/PSR-2005-2007.pdf>

Consiglio Sanitario Regionale della Toscana. Diagnosi e cura dell'ictus. Linea guida. PNLG Regioni 2, 2005. <http://www.snlg-iss.it/PNLG/REG/003/003.pdf>

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 “Approvazione dell'atto di indirizzo

e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private". Supplemento ordinario alla GU 20 febbraio 1997, n. 42. <http://www.edott.it/LeggiDecreti/1997/Decreto-del-Presidente-della-Repubblica14-gennaio-1997-Approvazione-dell-atto-di-indirizzo-e-coordinamento-alle-regioni-e-alle-province-autonome-di-Trento-e-di-Bolzano-in-materia-di-requisiti-st-49.aspx>

Duncan P et al. AHA/ASA-Endorsed Practice Guidelines. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. *Stroke* 2005; 36: e100-e143. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/36/9/e100>

European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management (EUSI) – Update 2003. *Cerebrovascular Dis* 2003; 16: 311-337. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=72554&Ausgabe=229484&ProduktNr=224153&filename=72554.pdf>

Giunta Regionale della Toscana. Delibera 26 aprile 2004, n. 402 “Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del PSR 2002-2004 di cui alla Delibera CRT n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA”. Atti della Giunta Regionale della Toscana.

Giunta Regionale della Toscana. Delibera 30 maggio 2005, n. 595 “Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre 2001). Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale.” Atti della Giunta Regionale della Toscana.

Giunta Regionale della Toscana. Delibera 25 marzo 2008, n. 231 “Regolamento di attuazione dell'art. 62 della Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) – Nuova approvazione”. Atti della Giunta Regionale della Toscana.

Handoll HHG et al. Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001704/frame.html>

Heinonen M et al. Post-operative degree of mobilization at two weeks predicts one-year mortality after hip fracture. *Aging Clin Exp Res* 2004; 6: 476-480. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15739600?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum (abstract)

Morosini P et al. Qualità professionale e percorsi assistenziali. Manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Quarta edizione, maggio 2005. http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Qualit%C3%A0_professionale_e_percorsi_assistenziali.pdf

National Audit Office (NAO). Hip Replacement: getting it right first time. HC 417 Session 1999–00. 19 April 2000. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/9900417.pdf

New Zealand Guidelines Group. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. June 2003. <https://www.cebp.nl/media/m19.pdf>

Ontario Hospital Association, Government of Ontario, Hospital Report Research Collaborative. Hospital Report 2001, Vol. 1: Rehabilitation. http://www.hospitalreport.ca/downloads/2001/prelim_studies_v01.pdf

Organizzazione Mondiale della Sanità. ICF – Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Trento: Erickson, 2002.
SIGN. Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. Publication No. 56. January 2002. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/56/>

SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: Linee guida italiane – stesura 2005. Milano: Pubblicazioni Catel, 2005. http://www.ancecardio.it/it/doc/1202559605377_sintesi.pdf (sintesi)