

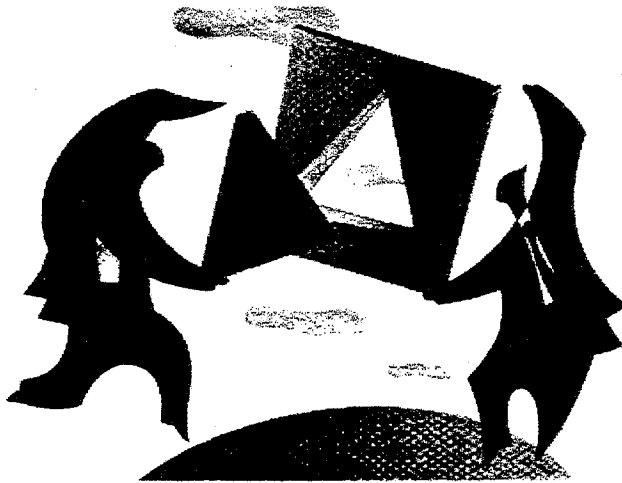
Allegato F



Regione
Lombardia

ASL Brescia

**PROTOCOLLO
PER LA CONTINUITA' DI INTERVENTO RIABILITATIVO
OSPEDALE-STRUTTURE RIABILITATIVE-TERRITORIO E/O DOMICILIO**



I Responsabili del procedimento:

- Responsabile U.O. Anziani - Cure Domiciliari Dr. Ernesto Giaco
- Responsabile U.O. Disabilità Dott.ssa Mariarosaria Venturini

Composizione gruppi di lavoro

Coordinatori

Dott.ssa Fausta Podavitte – Direttore Dipartimento ASSI
Dr. Fulvio Lonati – Direttore Dipartimento PAC e Cure Primarie

Componenti

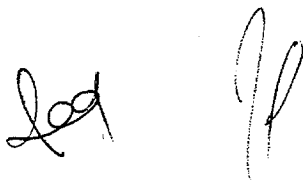
Boffelli Stefano	Ospedale S. Orsola
Bonandi Leonardo	Villa Barbarano
Brianza Marco	MMG
Casali Giovanni Pietro	MMG
Corti Maria	ASL
Facchi Emanuela	Fondazione Richiedei
Fimmanò Antonio	MMG
Galeri Silvia	Fondazione Don Gnocchi
Giacco' Ernesto	ASL
Luisa Alberto	Fondazione Maugeri
Marinoni Tarcisio	ASL
Pantusa Vincenzo	Citta' Di Brescia
Ramponi Jean Pierre	Fondazione Maugeri
Ricca Giuseppe	Spedali Civili Brescia
Scarazzato Michele	Domus Salutis
Sottini Caterina	Spedali Civili Brescia
Venturini Mariarosaria	ASL

Coordinatore Gruppo per elaborazione protocollo

Dr. Tarcisio Marinoni – Responsabile U.O. Assistenza Protesica e Continuità di Cura

Componenti

Boffelli Stefano	Ospedale S. Orsola
Bonandi Leonardo	Villa Barbarano
Corti Maria	ASL
Facchi Emanuela	Fondazione Richiedei
Fimmanò Antonio	MMG
Galeri Silvia	Fondazione Don Gnocchi
Giacco' Ernesto	ASL
Ramponi Jean Pierre	Fondazione Maugeri
Ricca Giuseppe	Spedali Civili Brescia
Sottini Caterina	Spedali Civili Brescia
Venturini Mariarosaria	ASL



**PROTOCOLLO
PER LA CONTINUITA' DI INTERVENTO RIABILITATIVO
OSPEDALE-STRUTTURE RIABILITATIVE-TERRITORIO E/O DOMICILIO**

OBIETTIVI

Il presente documento è finalizzato a migliorare la risposta complessiva ai bisogni della popolazione, da parte della rete riabilitativa presente nel territorio dell'ASL di Brescia, mediante una miglior integrazione tra U.O. per acuti/ospedali, Strutture/U.O. riabilitative sanitarie e socio-sanitarie, Strutture ed Enti erogatori di assistenza domiciliare integrata, comprensiva di riabilitazione domiciliare, attraverso:

- la condivisione di un modello organizzativo
- la conoscenza del quadro aggiornato dell'offerta riabilitativa
- l'individuazione di criteri di appropriatezza per i diversi setting riabilitativi
- la definizione, condivisione e applicazione "sperimentale" di modalità di invio e di strumenti di lavoro.

Considerata la complessità della rete riabilitativa bresciana, ASL di Brescia ha ritenuto opportuno, in fase iniziale, limitare il campo di elaborazione e prima applicazione del nuovo modello organizzativo all'A.O. Spedali Civili di Brescia e alle Strutture riabilitative del territorio ASL che più frequentemente accolgono pazienti provenienti da detta A.O.

Stabilita la funzionalità del nuovo modello, sarà cura dell'ASL coinvolgere tutte le Strutture interessate (Aziende Ospedaliere, Strutture ospedaliere private accreditate, Strutture riabilitative sanitarie e socio sanitarie) al fine di estendere l'applicazione dei percorsi riabilitativi a tutto il territorio bresciano.

PREMESSA

Al fine della corretta interpretazione dei contenuti del presente documento, si ritiene utile condividere preliminarmente alcuni importanti elementi (definizioni, concetti e modello organizzativo), in parte ripresi da documenti di riferimento della riabilitazione (vedasi riferimenti bibliografici), che costituiscono la necessaria chiave di lettura culturale e professionale dell'attuale attività riabilitativa.

DEFINIZIONI

Il modello bio-psico-sociale

I concetti odierni di salute, di disabilità, congenita o acquisita, e degli interventi ad essa correlati, si riferiscono ad un modello comprensivo biopsicosociale in cui la disabilità non è intesa come la conseguenza della malattia-causa, ma è l'interazione complessa tra malattia di quell'individuo ed il suo contesto ambientale e personale.

Sulla base di tale principio già nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha scelto l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) quale strumento per l'accertamento attivo delle abilità residue presenti nella persona con disabilità.

In tal modo la disabilità si svincola dalla sua causa somatica e si sviluppa con dinamiche proprie attraverso l'interazione tra fattori legati alla persona e fattori legati al suo ambiente.

Secondo questo modello, alla persona con disabilità devono essere garantiti, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, un accesso ed un percorso chiari e definiti al sistema di welfare ed una piena partecipazione alla definizione del progetto individualizzato.

La presa in carico

leg *il*
3

La presa in carico è la modalità di concretizzazione della necessaria continuità di cura del Progetto riabilitativo, della metodologia di relazione terapeutica che sostanzia la riabilitazione e che supera il tradizionale schema "prescrittivo" (da Linee Guida sulla riabilitazione G.U. 30 maggio 1998, n. 124).

In riabilitazione gli interventi non sono mai rivolti esclusivamente all'organo (o al sintomo, apparato, disturbo, ecc.), ma vengono trattati in relazione complessiva con la persona e tutto il suo potenziale al fine di recuperare o mantenere le capacità residue. Per raggiungere questo scopo l'intervento deve correlarsi alla persona, ma anche all'ambiente: agire sull'educazione delle persone, del suo contesto familiare e sociale, che interagiscono, anche tramite utilizzo di ausili tecnici. Il PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) comprende tutte queste azioni, quando proprie del campo sanitario, ma ha la necessità di intervenire, mediante azioni sinergiche, anche in campo socio-assistenziale e nelle attività comunitarie. La presa in carico significa anche tutto ciò e conferma nei fatti la centralità della persona e di ogni sua scelta e potenzialità nel percorso di recupero.

Questo in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (Conferenza di Madrid, 2002, anno europeo della persona con disabilità).

MODELLO ORGANIZZATIVO E PERCORSI INTEGRATI DELLA RIABILITAZIONE

Il Piano Socio Sanitario 2002-2004 della Regione Lombardia fissa l'obiettivo "di creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. Tale percorso implica la stretta connessione nei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sollecitare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, così da consentire l'inserimento o il reinserimento del disabile nei diversi cicli dell'esistenza ed il miglioramento della sua qualità della vita".

Nei Quaderni del Ministero della Salute (n. 8 - marzo-aprile 2011) il modello organizzativo della rete in riabilitazione è descritto con riferimento alle seguenti definizioni:

1. Il percorso riabilitativo unico: alla persona con disabilità ricoverata in acuzie deve essere proposto un Percorso Riabilitativo Unico Integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa;
2. Il Progetto Riabilitativo di Struttura: ciascuna struttura definisce ex ante le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con le altre strutture;
3. Appropriatezza dei percorsi della rete riabilitativa: nella definizione dei setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:
 - a. la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno e possibilmente la classificazione secondo le categorie ICF;
 - b. il grado di acuzie o di cronicità, distinto in base al parametro temporale;
 - c. il grado di complessità del paziente preso in carico;
 - d. il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti;
4. La Riabilitazione nel continuum assistenziale: la riabilitazione costituisce un settore di intervento per il quale è importante garantire una pianificazione delle attività finalizzate al recupero funzionale di pazienti in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità che tenga conto della necessità di una visione organica e integrata del sistema sanitario e sociale.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER IL PASSAGGIO IN CURA NEI DIFFERENTI SETTING RIABILITATIVI

La CP

Un trattamento appropriato richiede la risposta pronta e coordinata delle varie componenti della rete riabilitativa, attraverso l'applicazione di protocolli operativi concordati nel segno dell'accessibilità, tempestività, continuità e presa in carico omnicomprensiva di soggetti che hanno sviluppato o sono a rischio di sviluppo di disabilità.

Il percorso riabilitativo più comune comprende le tre seguenti fasi:

- fase acuta e subacuta di degenza in U.O. per acuti (trriage riabilitativo);
- fase post acuta e di stabilizzazione in degenza in struttura riabilitativa;
- fase di mantenimento in regimi diversi dalla degenza.

1. FASE ACUTA E SUBACUTA DI DEGENZA IN U.O. PER ACUTI (TRIAGE RIABILITATIVO)

Il percorso riabilitativo ha inizio al momento stesso in cui il danno si instaura e la riabilitazione, in particolare in caso di episodio acuto, ha inizio dal momento dell'intervento terapeutico in fase acuta.

La fase successiva prende avvio, in funzione delle disabilità che residuano, non appena superata la fase acuta di malattia e comporta la disponibilità di una rete riabilitativa intraospedaliera ed extraospedaliera integrata, al fine di garantire la continuità del processo assistenziale.

Tali criteri di intervento valgono, in linea generale, per i pazienti di ogni età e con ogni patologia invalidante o potenzialmente tale, che transitano in U.O. ospedaliera per acuti.

Per un approccio precoce, il paziente va preso in carico dal Team Riabilitativo entro i primi giorni di ricovero ed il programma di trattamento riabilitativo va pianificato in base alla rilevanza clinica della patologia ed ai livelli di capacità comunicativa e di partecipazione del paziente. L'attività riabilitativa deve essere fortemente integrata con le attività mediche ed infermieristiche dell'U.O. per acuti di degenza.

La valutazione riabilitativa segue un approccio sistematico e si compone di due significativi momenti:

- una prima valutazione, orientata alla presa in carico precoce del paziente, subordinata alla conoscenza delle problematiche relative alle patologie ed allo stato funzionale pre-morboso, delle comorbidità e complicanze in atto, allo scopo di contenere l'evoluzione clinica verso una condizione di disabilità e di monitorare e definire le potenzialità di recupero del paziente;
- una successiva valutazione pre-dimissione (trriage riabilitativo), incentrata sugli indicatori clinici di complessità medico infermieristica, di dipendenza funzionale e di fragilità sociale per la definizione del percorso in fase post-acuta.

Il triage riabilitativo è un processo di valutazione prognostica finalizzato ad identificare i pazienti con potenzialità di recupero, idonei alla prosecuzione - in continuità - del trattamento nelle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di competenza (setting riabilitativo) ed a definirne il PRI a medio termine. Esso fa riferimento al Progetto Riabilitativo di Struttura (PRS) esplicitato dalle singole Strutture riabilitative ed a protocolli condivisi per patologie od organizzazioni.

La sistematizzazione di detto intervento, anche tramite l'adozione di modalità comunicative standardizzate (vedi scheda *Proposta di trasferimento in struttura riabilitativa - Allegato 1*) risponde alla necessità di migliorare l'appropriatezza delle cure e di ottimizzare il percorso riabilitativo dei pazienti nell'ambito della rete integrata dei servizi riabilitativi che operano sul territorio.

Il Piano di indirizzo per la riabilitazione - 02/03/2011 (pag. 169-170) prevede che, indipendentemente dalla causa della disabilità e dalla complessità della situazione, il setting di risposta più appropriato sia individuato attraverso l'applicazione dei seguenti criteri:

1. *complessità clinica*: assessment e stratificazione dell'alto rischio clinico. La complessità clinica si correla all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale,



- organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per intensità e per consumo di risorse;
2. *disabilità*: viene usualmente misurata con scale di disabilità, sia di tipo bio-psicometrico, sia funzionali, che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione funzionale nel tempo;
 3. *multimorbilità*: insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti.

Dal punto di vista più operativo, per la scelta del setting più appropriato si raccomanda l'applicazione dei seguenti criteri (da esplicitare nella *Valutazione fisiatrica - Allegato 2* - obbligatoria in caso di proposta proveniente da Struttura dotata di specialista Fisiatra):

- complessità clinica del paziente
- stabilità clinica del paziente
- livello di funzionalità ed autonomia
- gradiente di modificabilità delle menomazioni e disabilità
- stato cognitivo e comportamentale
- collaborazione ed adesione alla terapia
- resistenza alle attività fisiche e cognitive
- adeguatezza del supporto familiare
- entità e territorialità della rete dei presidi riabilitativi e dei servizi sociosanitari e sociali.

In fase di dimissione dall'U.O. per acuti, la scelta della struttura riabilitativa deve tener conto anche dei seguenti aspetti:

- *specificità di intervento*: in relazione alla problematica riabilitativa, all'assistito va proposta la struttura riabilitativa in grado di garantire, attraverso le professionalità presenti nel proprio team, competenze adeguate a rispondere ai suoi bisogni e in grado di prendersi carico delle disabilità secondo le aree di intervento ed i programmi indicati (corrispondenza tra Progetto Riabilitativo di Struttura e PRI). Si rimanda ad una seconda fase la redazione di schede informative per ciascuna struttura riabilitativa, comprensiva del Progetto di Struttura e di altri aspetti che la caratterizzano;
- *territorialità e disponibilità di risposta in tempo utile ai bisogni dell'assistito*: a parità di offerta riabilitativa, all'assistito va proposta prioritariamente la struttura riabilitativa più prossima al domicilio del paziente. La proposta deve tener conto anche dei tempi entro i quali, in rapporto ai bisogni dell'assistito, la struttura riabilitativa è in grado di fornire disponibilità.

Trasferimento da ospedale a struttura riabilitativa

La proposta di trasferimento da U.O. per acuti a degenza in struttura riabilitativa deve giungere alla struttura accettante almeno 7 giorni lavorativi prima della data di dimissione, corredata dal PRI.

2. FASE POST ACUTA E DI STABILIZZAZIONE IN DEGENZA IN STRUTTURA RIABILITATIVA

Le attività in regime di ricovero/residenziale nelle strutture riabilitative sono caratterizzate da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore (Piano di indirizzo per la riabilitazione 02.03.2011).

Sono ammissibili 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

[Handwritten signatures]

nell'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 la redazione del PRI
- l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla definizione del PRI e dei programmi riabilitativi per aree di intervento (Pri)
- la messa in atto della progettualità terapeutico riabilitativa.

La dgr VII/19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione", che specifica i requisiti minimi strutturali e organizzativi, definisce i seguenti tre setting che caratterizzano le strutture riabilitative:

a. Riabilitazione specialistica

Comprende interventi da effettuarsi:

- nell'immediata fase post-acuta, conseguente ad un evento-indice e quando l'intervento riabilitativo, fondato su un elevato impegno medico e tecnico-strumentale specialistico, può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero o il corretto evolversi della funzione, riducendo l'entità della menomazione/disabilità;
- in presenza di recidive dell'evento indice con elevata probabilità di recupero funzionale;
- nelle diverse fasi dell'età evolutiva, al fine di evocare abilità e competenze non comparse o comparse in ritardo rispetto allo sviluppo cosiddetto "fisiologico".

Il ricovero risulta appropriato se è presente almeno una delle seguenti condizioni:

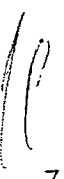
- presenza di disabilità suscettibile di significativi miglioramenti, sia per consentire il reinserimento nel contesto di provenienza, sia per farlo progredire nelle acquisizioni attraverso un altro setting della rete;
- menomazioni e disabilità di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad alta specificità, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
- menomazioni e disabilità complesse, in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva (Linee guida Ministero della Sanità G.U. 124 del 30.05.1998) e/o che richiedono l'interazione con altre discipline specialistiche (alto impegno diagnostico-terapeutico riabilitativo multiprofessionale).

La valutazione di appropriatezza del ricovero in questo setting è facilitata, per la sola area neuromotoria, dalla disponibilità del Sistema Esperto per l'appropriatezza dei ricoveri della Regione Lombardia. Il sistema esperto si basa sui dati di valutazione della compromissione funzionale (Barthel Index), della comorbilità (CIRS) e di distanza dall'evento indice.

b. Riabilitazione generale e geriatrica

Comprende interventi da effettuarsi:

- in fase di consolidamento della disabilità da pregresso evento (evento indice) e quando le condizioni generali del paziente e la prognosi degli esiti della menomazione controindicano un intervento riabilitativo intenso e settoriale;
- in presenza di recidive dell'evento indice, con ridotta probabilità di recupero funzionale;
- in età evolutiva, in presenza di disabilità che richiedono tempi protratti di intervento abilitativo-riabilitativi;
- in seguito a trasferimento da unità operativa di riabilitazione specialistica per la continuazione del PRI;



- in età geriatrica, in concomitanza di pluripatologia a rischio di riacutizzazione (instabilità).

Il ricovero risulta appropriato se è presente almeno una delle seguenti condizioni:

- potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo, ma con obiettivi riabilitativi esplicitabili nel PRI;
- compliance/tolleranza non ottimale;
- comorbilità che richiede un monitoraggio clinico stretto;
- trattamento e riabilitazione dei deficit cognitivo-comportamentali che determinino un'alterazione dell'autonomia del paziente e/o arrechino pregiudizio all'assistenza prestata a domicilio dalla famiglia/dal caregiver.

Anche in questo setting la valutazione di appropriatezza del ricovero è facilitata, per la sola area neuromotoria, dalla disponibilità del Sistema Esperto per l'appropriatezza dei ricoveri della Regione Lombardia.

c. Riabilitazione di mantenimento

Comprende interventi che hanno l'obiettivo di raggiungere la stabilizzazione delle condizioni cliniche o "piccoli guadagni funzionali" in un contesto di ricovero riabilitativo caratterizzato da una bassa intensità assistenziale, ovvero il reinserimento da effettuarsi nel periodo precedente la dimissione verso il domicilio, verso le residenze sanitario-assistenziali o altre strutture socio-sanitarie.

Questo setting riabilitativo si rivolge a pazienti con:

- disabilità conseguente a patologie acute o riacutizzate in via di risoluzione che richiedono un intervento riabilitativo finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni cliniche;
- disabilità conseguente a patologia ad alta complessità in fase di stabilizzazione o a pluripatologia, che necessitano di una fase di reinserimento verso il setting successivo (domicilio, RSA, RSD, ecc...).

3. DIMISSIONE DALLA STRUTTURA RIABILITATIVA VERSO IL TERRITORIO

I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica generale e riabilitativa previsti per l'accesso a regimi diversi dalla degenza. Le dimissioni avvengono 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 in regime ambulatoriale (comprese le macroattività ambulatoriali complesse ex day hospital), domiciliare (ADI – voucher sociosanitario/credit), o residenziale (RSA, RSD);
- in caso di disabilità stabilizzata e di assenza di necessità riabilitative il trasferimento avviene verso il domicilio del paziente. Quando necessitano interventi assistenziali e la persona o la famiglia non sono in grado di farvi fronte da soli, è possibile l'inserimento eventuale in CDI, CDD oppure in una struttura residenziale (RSA/RSD).

La Struttura riabilitativa di dimissione deve preliminarmente garantire:

- l'addestramento dell'assistito e/o del caregiver;
- il contatto con il medico di medicina generale e le UCAM/EOH o con la struttura socio-sanitaria di destinazione;
- la redazione del PRI/pri con prescrizione di eventuali ausili e presidi protesici.

La dimissione protetta e/o verso regimi di assistenza diversi dall'ambulatoriale è di norma concordata tra la Struttura riabilitativa di dimissione e l'UCAM territorialmente competente, secondo modalità e tempi condivisi.

Le specifiche per l'accesso al regime di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare sono descritte nei seguenti documenti di riferimento (disponibili sul sito web ASL di Brescia secondo il percorso *ASL Brescia > Operatori > Medici delle cure primarie > Strumenti Professionali per Medici Cure Primarie > Riabilitazione*):

- Riordino della rete delle attività di riabilitazione della regione Lombardia (deliberazione n. VII/19883 del 16.12.2004);
- Percorso diagnostico-terapeutico per garantire l'appropriatezza e la continuità di cura dei malati con necessità di interventi riabilitativi complessi - ASL di Brescia 2008;
- Linee guida per gli interventi riabilitativi domiciliari - delibera n. 208 del 12.04.2011 ASL Brescia.

Accesso dal domicilio ai regimi di degenza

È possibile prevedere l'accesso dal domicilio ai regimi di riabilitazione in regime di degenza con le seguenti modalità:


- da specialista in medicina fisica e riabilitazione che dispone di ricettario: proposta di ricovero su ricetta SSR (ricetta rossa) corredata di PRI;
- da medico di medicina generale: richiesta di visita fisiatrica ambulatoriale per proposta di ricovero.

Sviluppi futuri

Verranno in seguito redatte sezioni dedicate a percorsi specifici per tipologia di pazienti. Tra di esse si citano: percorso per esiti da GCA e percorso per la riabilitazione in età geriatrica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Linee guida nazionali del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (7/5/1998 - G.U. n.124 del 30 maggio 1998)
2. Riordino della rete delle attività di riabilitazione della regione Lombardia (DGR n. VII/19883 del 16.12.2004)
3. Piano di indirizzo per la riabilitazione (G.U. serie generale n. 50 - Suppl. Ord. n. 60 del 02.03.2011)
4. La centralità della persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali (Quaderni del Ministero della Salute, n. 8 marzo-aprile 2011)
5. Sistema nazionale Linee Guida. Documento di indirizzo diagnostico-terapeutico sui percorsi riabilitativi. Regione Toscana, 2011
6. Percorso diagnostico-terapeutico per garantire l'appropriatezza e la continuità di cura dei malati con necessità di interventi riabilitativi complessi. ASL Brescia - 2008
7. "Linee guida per gli interventi riabilitativi domiciliari": allegato a deliberazione ASL Brescia n. 208 del 12.04.2011
8. Regione Lombardia - Direzione Generale Sanità - Decreto n. 10854 del 26 ottobre 2010 - Determinazioni in merito alla presa in carico ed alla Gestione Riabilitativa del paziente con Ictus Cerebrale



PROPOSTA DI TRASFERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA

(da inoltrare almeno 5 giorni lavorativi prima della dimissione)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il ____/____/____ COD. SAN. _____

Stato civile _____ Telefono parenti _____

Comune di residenza _____

Ricoverato c/o ospedale _____ U.O. _____ Tel. _____

DIAGNOSI PRINCIPALE (In caso di intervento chirurgico, si prega di specificarne la tipologia)

Data evento indice: ____/____/____

GLASGOW COMA SCALE: ____/____/____
(da compilare solo in caso di cerebropatia)

SCALA A.S.I.A. (da compilare solo in caso di mielopatia)	A	B	C	D	E

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____**AUTONOMIA****PRE-EVENTO INDICE:**AUTOSUFFICIENTE DIPENDENZA LIEVE DIPENDENZA MODERATA DIPENDENZA GRAVE DIPENDENZA COMPLETA **PATOLOGIE CONCOMITANTI IN ATTO**

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Cardiaca (solo cuore)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Epatiche (solo fegato)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) Renali (solo rene)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) Endocrine-Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)
diagnosi _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | |
|----------------|---|
| 1- Assente | nessuna compromissione di organo/sistema |
| 2- Lieve | la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es.: abrasioni cutanee, ernie, emorroidi) |
| 3- Moderato | la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario la prognosi è buona (es.: coledoliti, diabete, fratture) |
| 4- Grave | la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es.: carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco) |
| 5- Molto grave | la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es.: infarto del miocardio, stroke, embolia) |



VALUTAZIONE FISIATRICA

Paziente Sig./a _____ nato/a il _____
(anni _____)

U.O. _____

Diagnosi _____

Data ingresso _____ Data presa in carico Riabilitativa _____

Valutazione fisiatrica

Obiettivi del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) a breve termine

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Programmi Riabilitativi (P.r.i.) impostati: intensità bassa media alta

Criteri di scelta della tipologia di Setting riabilitativo						
1	RANKIN anamnestica (Disabilità)	0	1	2	3	4 5
2	RANKIN attuale (Disabilità)	0	1	2	3	4 5
3	Complessità clinica del paziente	bassa		media		alta
4	Stabilità clinica del paziente	bassa		media		alta
5	Livello di funzionalità ed autonomia	basso		medio		alto
6	Gradiente di modificabilità delle menomazioni e disabilità	basso		medio		alto
7	Stato cognitivo e comportamentale	basso		medio		alto
8	Collaborazione/adesione al trattamento	bassa		media		alta
9	Resistenza alle attività fisiche e cognitive	bassa		media		alta
10	Adeguatezza del supporto familiare	bassa		media		alta
11	Presenza di presidi riabilitativi territoriali di competenza	SI			NO	
12	POTENZIALITA' COMPLESSIVA DI RECUPERO	0	1	2	3	4 5

Setting Riabilitativo consigliato:

- R. Specialistica Unità GCA Unità Spinale R. Generale e geriatrica
 R. Mantenimento R. Domiciliare Residenziale RSA/RSD Centro diurno
 R. ambulatoriale Non attuali indicazioni riabilitative Solo necessità assistenziali

Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) consigliato a medio termine

Aree di intervento (P.r.i.)

Data

Il Medico Fisiatra Responsabile P.R.I.

Riabilitazione Specialistica

Alta potenzialità di recupero rispetto al programma
 Alto impegno diagnostico-terapeutico riabilitativo
 Trattamento riabilitativo indifferibile

Riabilitazione Generale e Geriatrica

Bassa potenzialità di recupero o disabilità a lento recupero
 Controindicazioni al trattamento riabilitativo intensivo

Riabilitazione di Mantenimento

Stabilizzazione clinica di patologia in via di risoluzione prima del rientro a domicilio o del passaggio in RSA
 Possibilità di piccoli guadagni funzionali in un breve periodo di ricovero a bassa intensità assistenziale.