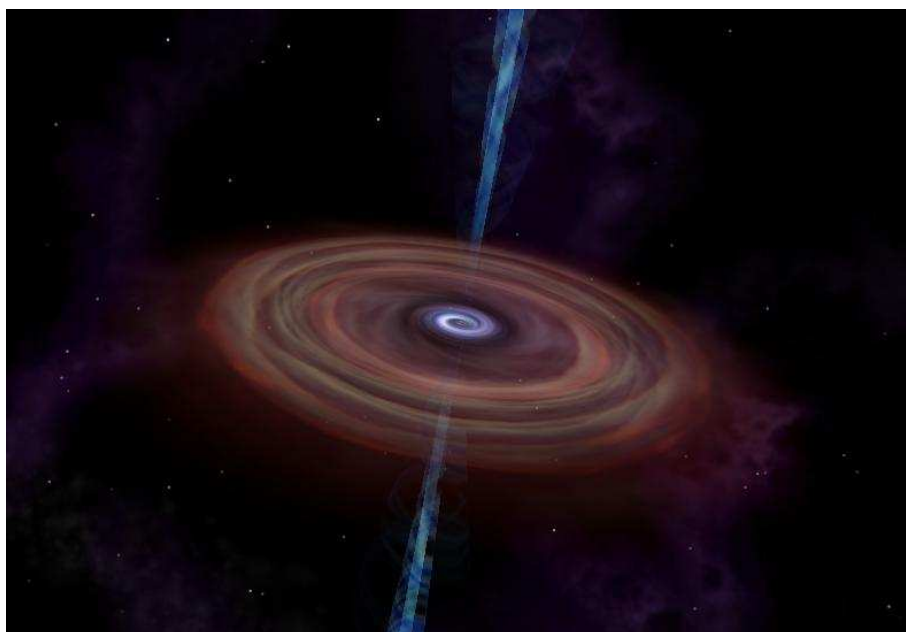


PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI:

- **IL PAZIENTE ANZIANO IN RIABILITAZIONE**
- **LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON ESITI DA GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE**



Marzo 2013

Coordinatori

Dott.ssa Fausta Podavitte - Direttore Dipartimento ASSI

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

Altri componenti ASL

Dott.ssa Mariarosaria Venturini - Responsabile U.O. Disabilità

Dr. Ernesto Giacò - Responsabile U.O. Anziani Cure Domiciliari

nel periodo di stesura del PDTA

Strutture coinvolte

A.O. Desenzano d/Garda	Dr. Francesco Piacentini Dr.ssa Silvia Bonoldi	U.O. Riabilitazione
A.O. Mellino Mellini	Dr.ssa Anna Gozzini Dr.ssa Nicoletta Marcianò	Servizio di Recupero e Riabilitazione funzionale aziendale
A.O. Spedali Civili BS	Dr.ssa Caterina Sottini	U.O. Riabilitazione Specialistica
Dominato Leonense	Dr. Francesco Pezzali Dr. Mario Prosdocimo	U.O. Riabilitazione
Domus Salutis	Dr.ssa Patrizia Crippa	U.O. Riabilitazione Neurogeriatrica
	Dr. Michele Scarazzato	U.O. Riabilitazione Neurologica
Fondazione Don Gnocchi	Dr.ssa Silvia Galeri	Servizio Riabilitazione
Fondazione Madonna del Corlo	Dr.ssa Claudia Bellini Dr. Francesco Galvanin	Struttura Riabilitativa socio-sanitaria
Fondazione Maugeri	Dr. Alberto Luisa	U.O. Neuroriabilitazione
	Dr. Jean Pierre Ramponi	Direttore Sanitario
Fondazione Poliambulanza	Dr. Eugenio Magni Dr. Paolo Invernizzi	Stroke Unit
	Dr. Stefano Boffelli	Attività subacuti e riabilitazione generale geriatrica
Fondazione Richiedei	Dr.ssa Emanuela Facchi	U.O. Riabilitazione
Istituto clinico Città di Brescia	Dr. Vincenzo Pantusa *	Direttore Sanitario
Istituto clinico S. Anna	Dr. Angelo Bianchetti	U.O. Medicina Generale
SNAMI	Dr. Antonio Fimmanò	MMG
UMI	Dr. Marco Brianza	MMG
UPIA/UNEBA	Dr. Giambattista Guerrini	Rappresentante RSA
Villa Gemma/Villa Barbarano	Dr. Leonardo Bonandi	Direttore Sanitario
	Dr. Stefano Visconti	U.O. Servizio Riabilitazione

* Direttore Sanitario Istituto clinico Città di Brescia nel periodo di stesura del PDTA

INDICE

PRESENTAZIONE

PDTA: IL PAZIENTE ANZIANO IN RIABILITAZIONE

PDTA: LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON ESITI DA GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE

PRESENTAZIONE

La riabilitazione ha assunto un ruolo centrale nell'area della disabilità, sia essa temporanea o consolidata, innata o acquisita. In Lombardia si è sviluppata non solo dal punto di vista dell'approccio metodologico, ma anche in reti di Servizi sempre più articolate sia di ricovero che domiciliari.

La riabilitazione è tema centrale nell'ambito della fragilità e non autosufficienza, poiché potente strumento di recupero delle abilità ancora esistenti o di mantenimento il più a lungo possibile della condizione acquisita.

Se in passato la rete riabilitativa per persone portatrici di disabilità era preponderantemente sviluppata nell'ambito dell'età evolutiva, strettamente correlata alla Neuropsichiatria infantile, alla disabilità innata ed all'inserimento scolastico e sociale, oggi è altrettanto sviluppata e per numeri di gran lunga più elevati, la rete per le disabilità acquisite, di cui fa parte anche l'adulto ed elettivamente l'anziano.

E' principio condiviso che alla persona con disabilità devono essere garantiti, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato tale condizione, un accesso ed un percorso al sistema di welfare, chiaro e ben definito, oltre che la sua partecipazione alla definizione del progetto individualizzato.

In riabilitazione gli interventi vengono trattati in relazione complessiva con la persona e tutto il suo potenziale. Per tale motivo l'intervento deve correlarsi, oltre che al paziente, al suo ambiente, offrendo supporto educativo anche tramite utilizzo di ausili tecnici. Con il PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) si deve intervenire, mediante azioni sinergiche, anche in campo socio-assistenziale e della vita sociale, oltre che in campo sanitario.

Nel Quaderno del Ministero della Salute, n. 8 del 2011, dedicato alla centralità della persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali, si precisa che *"l'impiego corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione, al fine di recuperare ritardi culturali e organizzativi attraverso una maggiore appropriatezza"*. In tale Quaderno vengono sanciti alcuni punti chiave fra i quali:

- accessibilità, fruibilità e presenza di una rete adeguata;
- tempestività di intervento e garanzia di continuità nel rispetto dell'appropriatezza;
- presa in carico globale finalizzata al raggiungimento di obiettivi ben definiti.

Nel novembre 2011 l'ASL di Brescia ha elaborato ed adottato un Protocollo per la Continuità di Intervento Riabilitativo Ospedale - Strutture Riabilitative - Territorio e/o Domicilio, allegato F, normante l'attività domiciliare riabilitativa garantita attraverso l'ADI alle persone compromesse nel grado di autonomia, permettendo ad esse di rimanere nel loro ambiente di vita.

La complessità sia delle reti di servizi di cui si dispone sia dei bisogni dei pazienti e delle famiglie, oltre che la durata degli interventi, richiedono, per una continuità di intervento effettiva, di costruire e condividere percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali.

Essi divengono strumento guida flessibile, aggiornabile ed implementabile, con l'obiettivo di definire chi fa che cosa, come e quando, garantendo una effettiva valorizzazione delle risorse. Infatti anche là dove operano unità di offerta d'eccellenza, non esiste spesso una trasversalità di conoscenze ed informazioni, riducendo così le capacità di orientamento ed accompagnamento nella rete, oltre che di impiego effettivo delle risorse esistenti nel modo più appropriato.

In questo contesto si inserisce il progetto di elaborazione di un Percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale (PDTA) nell'ambito della riabilitazione, suddiviso nelle due aree ritenute oggi di maggior impatto e rilievo, sia per il numero dei pazienti, sia per la specificità e portata dell'intervento riabilitativo, oltre che da un punto di vista organizzativo:

- PDTA “Il paziente anziano in riabilitazione”
- PDTA “La gestione del paziente con esiti da gravi cerebrolesioni acquisite”.

I due documenti sono un ulteriore passo avanti nella definizione di percorsi dedicati, coinvolgenti tutti gli attori in modo condiviso, coordinato, sinergico.

IL PAZIENTE ANZIANO IN RIABILITAZIONE



Coordinatori

Dott.ssa Fausta Podavitte - Direttore Dipartimento ASSI

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

Altri componenti ASL

Dott.ssa Mariarosaria Venturini - Responsabile U.O. Disabilità

Dr. Ernesto Giacò - Responsabile U.O. Anziani-Cure Domiciliari

nel periodo di stesura del PDTA

Rappresentanti Strutture/Enti

Dr. Leonardo Bonandi	Direttore Sanitario Villa Gemma/Villa Barbarano
Dr. Angelo Bianchetti	Responsabile U.O. Medicina Generale Istituto Clinico S. Anna
Dr.ssa Patrizia Crippa	Responsabile U.O. Riabilitazione Neurogeriatrica Domus Salutis
Dr.ssa Emanuela Facchi	Responsabile U.O. Riabilitazione Fondazione Richiedei
Dr. Antonio Fimmanò	Rappresentante SNAMI/MMG
Dr.ssa Silvia Galeri	Responsabile Servizio Riabilitazione Fondazione Don Gnocchi
Dr. Giambattista Guerrini	Rappresentante UPIA/UNEBA RSA
Dr. Francesco Piacentini	Responsabile U.O. Riabilitazione A.O. Desenzano d/Garda
Dr. Jean Pierre Ramponi	Direttore Sanitario Fondazione Maugeri
Dr.ssa Caterina Sottini	Responsabile U.O. Riabilitazione Specialistica A.O. Spedali Civili BS

INDICE

- 1. APPROCCIO RIABILITATIVO NEL PAZIENTE ANZIANO**
- 2. CARATTERISTICHE E PROBLEMATICHE PRINCIPALI DEL PAZIENTE ANZIANO IN AMBITO RIABILITATIVO**
- 3. IMPORTANZA DELLA RETE RIABILITATIVA E DEI NODI ORGANIZZATIVI**
- 4. CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA**
- 5. SETTING RIABILITATIVI**
 - 5.1. Criteri di appropriatezza per il passaggio in cura fra i diversi setting riabilitativi**
 - 5.1.1. Paziente ricoverato presso struttura per acuti: i principali passaggi*
 - 5.1.2. Paziente con necessità di prestazioni riabilitative domiciliari*
 - 5.1.3. Paziente proveniente dal domicilio con necessità di prestazioni riabilitative in regime di degenza o ambulatoriale*
- 6. I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE**
- 7. L'INTERVENTO RIABILITATIVO: MODALITÀ E STRUMENTI**
 - 7.1. La proposta di ricovero**
 - 7.2. La presa in carico e gli strumenti operativi**
 - 7.3. Il processo di cura e le figure professionali (team riabilitativo)**
- 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE E ATTUAZIONE DEL PDTA**

1. APPROCCIO RIABILITATIVO NEL PAZIENTE ANZIANO

Ogni riflessione su spazio e ruolo garantito dalla “rete dei servizi” nell’assistenza all’anziano deve necessariamente tenere conto di una serie di elementi: l’introduzione del sistema DRG nell’ambito dei ricoveri ospedalieri, lo sviluppo di una rete socio-sanitaria dedicata, sia sul versante domiciliare (ADI), sia su quello residenziale (RSA), che su quello diurno (CDI), integrato dalla presenza delle assistenti (“badanti”). La recente crisi economica e sociale sta determinando profondi cambiamenti nelle risorse disponibili, nella tipologia dei bisogni e nelle soluzioni organizzative da ricercare. Per contro è aumentata in modo esponenziale la prevalenza della popolazione anziana con più di 75 anni (età media negli ospedali e nelle strutture riabilitative maggiore di 70 anni), ma soprattutto è aumentato il numero di persone affette da malattie croniche gravi.

Sono avvenuti profondi cambiamenti nell’organizzazione: l’ospedale si occupa prevalentemente della problematica clinica acuta; i reparti di riabilitazione, che in precedenza tendevano ad occuparsi di pazienti per lo più giovani ed adulti affetti da disabilità imputabili a problematiche post-acute, hanno dovuto modificarsi culturalmente ed organizzativamente per trattare pazienti anziani, affetti da gravi comorbidità attive e disabilità ingravescenti.

La disciplina riabilitativa ha fornito alla comunità numerose evidenze scientifiche a supporto dell’efficacia del trattamento per diverse condizioni cliniche; dalla sua impostazione classica di servizio riabilitativo motorio (o comunque di luogo con maggiore se non esclusiva competenza fisioterapica) è diventata invece il luogo dell’organizzazione delle cure riabilitative a valenza multi-professionale.

Il PDTA dedicato all’anziano in riabilitazione nasce dall’esigenza di delineare il percorso per questa tipologia di paziente, accompagnandolo in tutte le fasi dell’intervento, dall’acuzie al rientro nel territorio, prestando attenzione costante alla particolare condizione della persona anziana nella sua interezza, condividendo gli obiettivi specifici della riabilitazione in tale ambito di intervento. Il presupposto è la specificità riabilitativa richiesta.

2. CARATTERISTICHE E PROBLEMATICHE PRINCIPALI DEL PAZIENTE ANZIANO IN AMBITO RIABILITATIVO

La popolazione afferente all’area riabilitativa è diventata estremamente eterogenea; recenti studi dimostrano che i pazienti sono molto diversi tra di loro sul piano della complessità clinico-assistenziale e riabilitativa, dell’assorbimento delle risorse durante la degenza e dell’outcome alla dimissione, tenendo in considerazione il livello di complessità al momento del ricovero e lo stato pre-morboso (Giusti et al, 2007; Bellelli et al, 2008). I pazienti che giungono in riabilitazione non hanno esclusivamente un singolo bisogno (clinico, assistenziale e fisioterapico), ma molto più frequentemente un mix di bisogni, essendo pazienti complessi e complicati, che necessitano dell’intervento di un’équipe multi-professionale e multidisciplinare.

La condizione di fragilità determinata da disabilità funzionale, comorbidità, deficit cognitivi e problematiche sociali frequenti e spesso coesistenti, rendono peculiare riabilitare l’anziano.

Per tale motivazione si rende necessario ed imprescindibile saper trattare e gestire:

- l’instabilità clinica ricorrente
- la multi-morbilità (più del 66% dei pazienti ha almeno 6 patologie concomitanti)
- la poli-terapia
- il decadimento cognitivo

- il delirium
- i disturbi della sfera affettiva
- il disagio sociale.

Il riconoscimento di questa complessità, contestualmente al tempestivo intervento riabilitativo in una continuità assistenziale, incide in modo determinante sull'efficacia dell'intervento stesso. Per tale motivo è indispensabile elaborare un programma riabilitativo individualizzato, dinamico e flessibile in relazione ai repentini e frequenti cambiamenti dei bisogni del paziente anziano.

Un PDTA specifico per la persona anziana è dettato da motivazioni demografiche e clinico-funzionali (aumento della età media della popolazione ricoverata in ospedale per acuti, complessità clinica e funzionale dell'anziano) quanto organizzative (necessità di un approccio, alla persona anziana in riabilitazione, innovativo e più specifico rispetto al passato).

Lo scopo del PDTA è di fornire delle linee di indirizzo generale, che vanno adattate alla singola realtà operativa ed inserite nel contesto nella quale agisce. Tuttavia, alcune regole di fondo devono essere comuni, per garantire ovunque una uniformità di risposte a qualsiasi cittadino anziano. Lo scopo di questo PDTA è di tradurre nei migliori modelli possibili e realizzabili nella realtà del contesto locale, le indicazioni nazionali e regionali oltre che scientifiche esistenti (Linee Guida Ministeriali, Quaderno del Ministero della Salute n. 6, novembre-dicembre 2010; Quaderno del Ministero della Salute n. 8, marzo-aprile 2011).

3. IMPORTANZA DELLA RETE RIABILITATIVA E DEI NODI ORGANIZZATIVI

L'accesso alla rete riabilitativa ed al conseguente intervento, deve rispondere ad alcuni criteri fondamentali:

- *di accessibilità e di copertura della rete*: il percorso di presa in carico deve essere attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità;
- *di tempestività*: gli interventi debbono essere effettuati garantendo il rispetto dei tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno ed in funzione delle fasi biologiche di recupero e delle necessità socio-ambientali;
- *di continuità*: deve essere garantita una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting, in funzione delle fasi del processo morboso, delle situazioni e ambientali;
- *di appropriatezza*: è necessario dare priorità alla presa in carico di menomazioni e disabilità più significative e modificabili con l'intervento riabilitativo;
- *della presa in carico globale e dell'efficacia degli interventi*: ogni intervento deve rientrare in un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) orientato al raggiungimento di obiettivi misurabili;
- *dell'appropriatezza erogativa*: è necessario improntare l'organizzazione dei servizi erogati in termini di "presa in carico dell'utente" e non di mera erogazione di prestazioni;
- *del coinvolgimento attivo dell'utente*: deve essere facilitata la partecipazione attiva e consapevole del paziente e della sua famiglia, fornendo loro strumenti conoscitivi e operativi per una corretta autogestione, ove possibile, delle problematiche.

4. CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA

Nel percorso del paziente anziano il momento della scelta della struttura riabilitativa è assai delicato, in particolare in relazione a bisogni, difficoltà ed aspettative dei familiari.

Si ritiene che, oltre ai criteri clinico-riabilitativi, siano da rispettare le seguenti indicazioni:

1. caratteristiche ed idoneità della struttura accettante rispetto ai bisogni del paziente
2. territorialità della struttura in riferimento alla residenza del paziente e/o della sua famiglia.

E' fondamentale condividere con l'assistito e/o i parenti la scelta della struttura e le relative motivazioni affinché ne siano consapevoli, anche quando tale scelta è temporanea, in attesa che diventi disponibile un posto letto in altra struttura più idonea.

Si sottolinea inoltre la necessità che la segnalazione del paziente da parte della struttura inviante, sia inoltrata ad una sola struttura riabilitativa e che solo in caso di diniego al ricovero, si proceda a segnalare il paziente ad altra struttura. Solo in questo modo si evita di alterare le vera dimensione delle liste d'attesa ed i conseguenti disservizi.

Affinché tutto quanto sopra riportato trovi adeguata applicazione, diventa fondamentale condividere criteri di governo dell'area di post-acuzie, che consentano di colmare il vuoto tra il momento dell'acuzie e la gestione a domicilio del paziente, creando interconnessioni tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali, garantiti di un appropriato percorso di cura nell'ambito della rete riabilitativa.

5. SETTING RIABILITATIVI

Sono numerose le offerte riabilitative, ovvero le possibilità di effettuare un percorso completo in area riabilitativa. In base alle caratteristiche della persona anziana (stato clinico, cognitivo, funzionale e sociale) deve venire individuata, volta per volta, l'area riabilitativa più adeguata per il singolo cittadino anziano, orientata alla corretta allocazione del paziente. Nella tabella è riportato un riassunto delle offerte riabilitative disponibili in Regione Lombardia ed in particolare nell'ASL di Brescia.

<i>Strutture e servizi riabilitativi e rete socio-sanitaria</i>
<ul style="list-style-type: none">✓ Attività ambulatoriale✓ Attività ambulatoriale complessa (MAC)✓ Ricovero in regime ordinario (specialistico, generale-geriatrico, di mantenimento) ✓ Assistenza Domiciliare Integrata✓ Centri Diurni Integrati✓ RSA - RSD

5.1. Criteri di appropriatezza per il passaggio in cura fra i diversi setting riabilitativi

Le linee di indirizzo ministeriali del 2011 (Piano di indirizzo per la Riabilitazione pubblicato in GU serie generale n. 50 il 02.03.2011) introducono, rispetto alle precedenti del 1998, il concetto di “*percorso riabilitativo unico*” e di “*appropriatezza dei percorsi*” andando pertanto a configurare la presenza di una rete riabilitativa integrata, un’organizzazione complessa di strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere, il cui mandato viene definito in rapporto a:

- grado di necessità della persona da riabilitare;
- complessità dell’intervento da garantire;
- setting di provenienza (area per acuti, domicilio, ecc.).

Di seguito vengono sintetizzati i percorsi per la persona anziana in riabilitazione, quando proviene dall’ospedale o dal domicilio, specificando le diverse tipologie di setting (di ricovero, in regime ambulatoriale ed a domicilio).

5.1.1. Paziente ricoverato presso struttura per acuti: i principali passaggi

La comprovata efficacia della tempestività e precocità dell’intervento riabilitativo esige che la struttura per acuti avvii il prima possibile una presa in carico anche in tal senso ed attivi la procedura della segnalazione quanto prima alla struttura riabilitativa per la continuità di presa in carico del paziente.

La definizione delle varie fasi del passaggio tra acuzie e riabilitazione, basate su obiettivi di intervento, richiede la conoscenza del malato nelle sue caratteristiche globali; in particolare lo stato funzionale pre-morboso rappresenta un forte indicatore delle possibilità di recupero rispetto all’aggravamento indotto dall’evento acuto e dalla ospedalizzazione. Sono questi fattori fondamentali nella definizione del trattamento riabilitativo, che deve essere necessariamente personalizzato.

In sintesi i principali passaggi sono:

a – Struttura per acuti:

- inquadramento generale del paziente anziano, con definizione anche del quadro premorboso
- valutazione del bisogno riabilitativo attraverso l’utilizzo di scale (SIC - Scala di Instabilità Clinica e scala di Barthel), della prognosi riabilitativa ed eventuale avvio del trattamento riabilitativo

con possibilità di:

- invio della segnalazione alla struttura riabilitativa entro 48/72 ore dal ricovero attraverso l’utilizzo del modulo (All. A)
- dimissione (vedi flow chart)

b – Struttura riabilitativa:

- risposta entro 3 gg. alla segnalazione della struttura per acuti, con assenso o diniego motivato, attraverso una valutazione della documentazione, in base all’aderenza ai criteri di appropriatezza riguardanti la gestione del paziente anziano.

In caso di rifiuto motivato, viene data indicazione per altre tipologie di intervento (territoriali, lungo-assistenza, ecc.).

In caso di assenso, la presa in carico deve avvenire entro 7 gg. lavorativi con valutazione del setting più appropriato (tipo di degenza, MAC, ecc.);

- pianificazione della dimissione per raggiungimento degli obiettivi riabilitativi:
 - 1) verso il domicilio, con relazione di dimissione per il MMG, indicando eventuale follow-up;

- 2) in caso di dimissioni protette (*“Protocollo per le Dimissioni e ammissioni protette Ospedale –Territorio” – ASL Brescia*) per pazienti complessi con altre tipologie di bisogni di intervento, va fatta segnalazione precoce alle UCAM/MMG già in fase di ammissione o almeno 3 gg. prima della dimissione per pianificare gli interventi necessari;
- 3) in caso di struttura riabilitativa ex art. 26 accreditata per l’assistenza domiciliare è possibile la presa in carico anche a domicilio;

c – UCAM/MMG:

- garantiscono la valutazione multidimensionale possibilmente ancora nella fase di degenza, per pianificare interventi di varia tipologia al momento della dimissione, quali:
 - 1) attivazione del voucher ADI, definendo il profilo assistenziale, con prosecuzione di intervento riabilitativo;
 - 2) proposta di inserimento in un CDI, con richiesta di particolare attenzione al mantenimento delle abilità recuperate a seguito del PRI;
 - 3) proposta di inserimento in struttura residenziale protetta (RSA), con collocazione in lista di attesa negli 8 Distretti in cui è attiva nell’ASL di Brescia;
 - 4) proposta di inserimento in Comunità Residenziale per casi con grado di compromissione da lieve a moderato;
 - 5) segnalazione ai Servizi sociali comunali per una eventuale attivazione anche di interventi sociali (SAD, trasporto, telesoccorso, ecc.);

d – MMG:

- sono i responsabili della gestione clinica domiciliare del proprio assistito ed in quanto tali partecipano, all’interno dell’UCAM:
 - 1) alla valutazione multidimensionale;
 - 2) alla definizione del Piano di intervento individualizzato;
 - 3) al monitoraggio della situazione, sia in relazione a follow-up che si rendano opportuni da parte della struttura riabilitativa, sia in riferimento al profilo assistenziale del voucher ADI.

5.1.2. Paziente con necessità di prestazioni riabilitative domiciliari

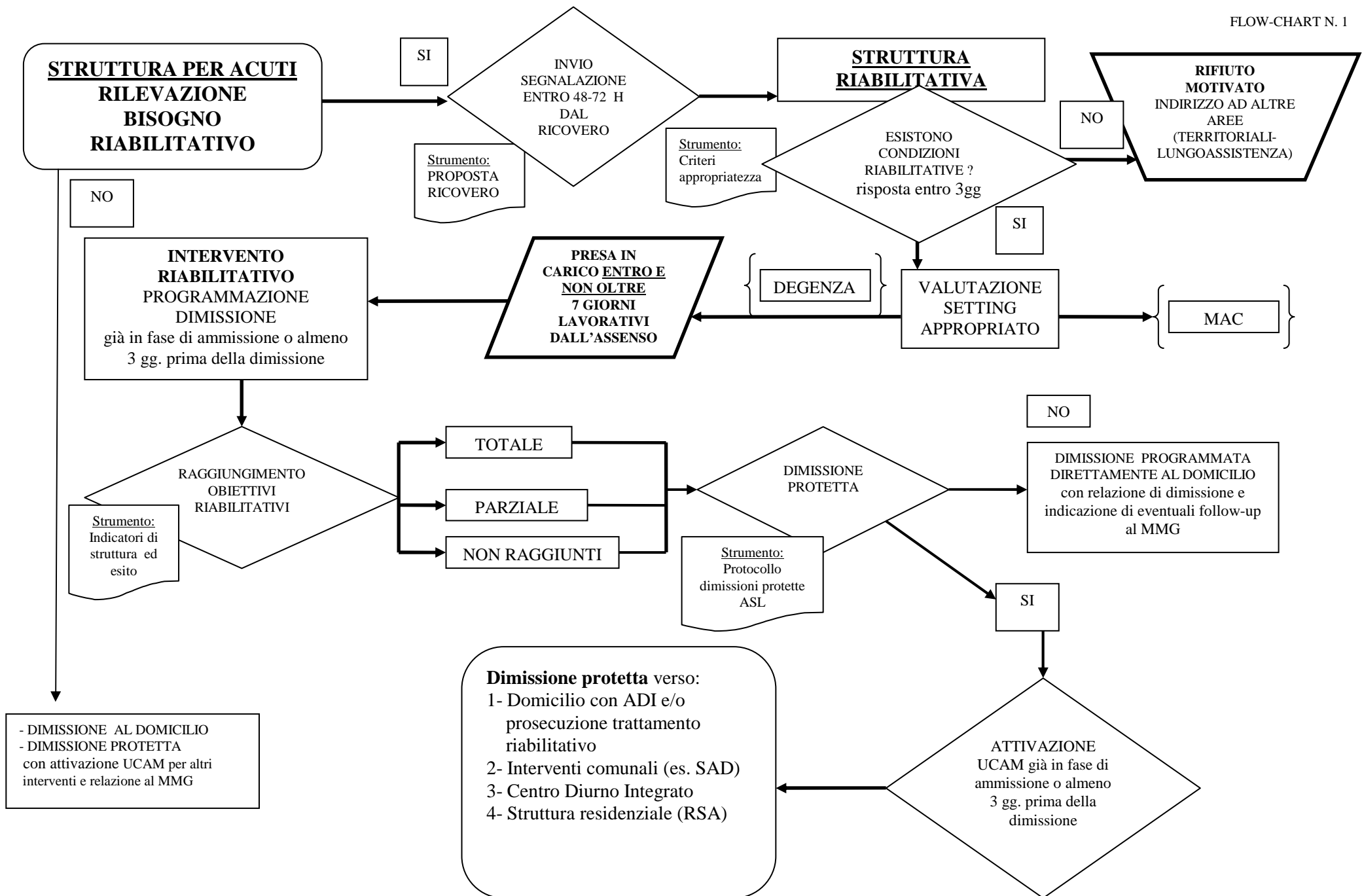
Le modalità di richiesta ed erogazione delle prestazioni riabilitative a domicilio sono specificate nel Protocollo *“Linee Guida per gli interventi riabilitativi domiciliari”*, adottato con Delibera dell’ASL di Brescia n. 208 del 12.04.2011.

La riforma regionale relativa sia alla sperimentazione di un nuovo modello ADI (Decreto 6032 del 06.07.2012, DGR 3851 del 25.07.2012, Decreto 7089 del 03.08.2012, DGR 3971 del 06.08.2012), sia ai nuovi criteri di accreditamento degli Enti erogatori (DGR 3540 del 30.05.2012, DGR 3584 del 06.06.2012), in particolare prevede:

- 1) i tempi di valutazione multidimensionale per la definizione del profilo assistenziale, che deve avvenire entro 72 ore dalla segnalazione all’UCAM;
- 2) un sistema di valutazione di 1° e 2° livello (triage e valutazione domiciliare di 2° livello con utilizzo della scala FIM) garantita dalle UCAM in collaborazione con il MMG;
- 3) la suddivisione del voucher ADI in due profili prestazionali e quattro livelli di profili assistenziali, con possibilità di presa in carico riabilitativa;
- 4) la libera scelta dell’Ente erogatore ADI, fra quelli accreditati, da parte di paziente e/o familiari.

Nel caso di attivazione dell’intervento riabilitativo a domicilio deve essere elaborato un PAI garante del proseguimento del PRI, redatto dallo specialista a favore delle persone impossibilitate ad accedere a servizi ambulatoriali.

La flow-chart n. 1 rappresenta i vari passaggi nella rete, a partire dagli ospedali per acuti, con l'obiettivo di garantire un'efficace trattamento riabilitativo alla persona anziana.

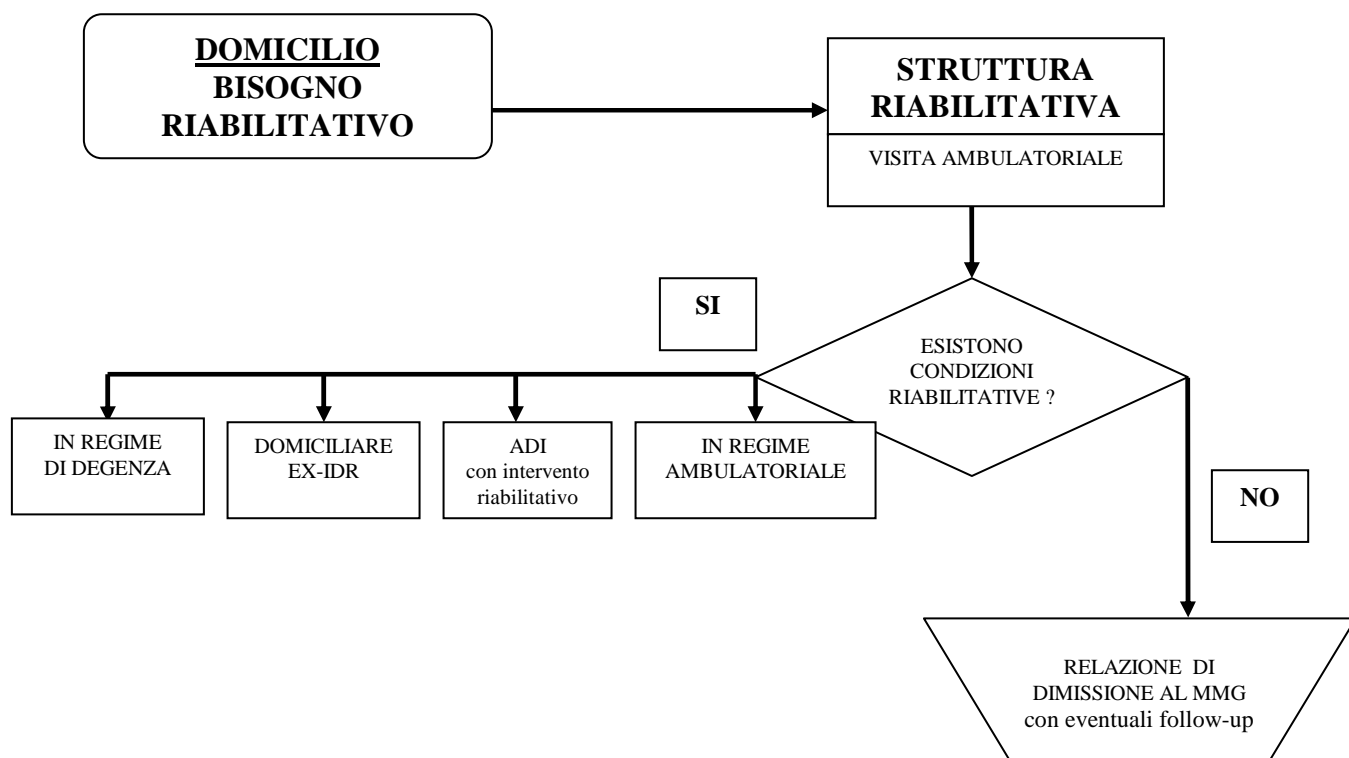


5.1.3. Paziente proveniente dal domicilio con necessità di prestazioni riabilitative in regime di degenza o ambulatoriale

Il paziente può accedere alla struttura riabilitativa anche direttamente dal domicilio, senza passaggio dalla struttura per acuti, previa prescrizione del MMG e dopo valutazione dello specialista.

La flow-chart n. 2 indica il percorso dal domicilio alla struttura riabilitativa e le varie opzioni successive.

FLOW-CHART N. 2



6. I SERVIZI DELLA RETE TERRITORIALE

a) Quando e come attivare i Servizi socio-sanitari della rete territoriale

Alcune delle condizioni che più frequentemente richiedono l'avvio di tale processo sono le seguenti:

- il paziente è solo o non dispone più di validi riferimenti familiari/caregiver;
- l'ambiente domestico necessita di adeguamento alle esigenze del malato;

- i familiari/caregiver richiedono un supporto tecnico per una corretta gestione domiciliare di pazienti con necessità riabilitative (riabilitazione funzionale, mobilitazione, ecc.);
- i familiari/caregiver sono non disponibili o non in grado di farsi carico adeguatamente del proprio familiare;
- il quadro del paziente subisce un aggravamento clinico e/o sociale che richiede la ricerca di nuove soluzioni.

In questi casi la struttura riabilitativa, oltre ad inviare la relazione di dimissione/restituzione al MMG, segnala all'UCAM la situazione ed attiva la dimissione protetta. Sulla base delle informazioni fornite dalla struttura riabilitativa e dei dati di valutazione multidimensionale raccolti a seguito di osservazione e valutazione dei bisogni, analogamente a quanto succede per ogni situazione complessa, l'UCAM con il MMG, definisce la proposta di intervento integrato, attiva i servizi/l'assistenza necessaria e garantisce il monitoraggio dei risultati. Di seguito vengono brevemente elencati ed illustrati i Servizi attivabili, evidenziando la specificità d'approccio e dei bisogni.

b) Tipologia Servizi territoriali

✧ ADI

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata, si rimanda alla descrizione del paragrafo 5.1.2.. Possono essere garantite prestazioni di varia natura, secondo il livello e la tipologia di bisogno. Sono ad esempio attivabili, oltre agli interventi riabilitativi, quelli infermieristici e, per casi particolari, tutelari (OSS). L'ADI prevede anche l'accesso di specialisti e, in base al PAI da redigere a cura dell'ente erogatore per ogni assistito, anche interventi psico-educativi.

✧ Servizi diurni

Sono l'unità di offerta proponibile quando esiste la possibilità di rientro al domicilio dell'anziano sia perché trasportabile, sia per la presenza di supporto:

- CDI (Centri Diurni Integrati), specificamente per anziani; in alcuni casi possono garantire anche ricoveri notturni;
- CDD (Centri Diurni per Disabili), solitamente per pazienti di età inferiore ai 65 anni, ad esempio nei casi di demenza precoce, Parkinson, ecc. .

✧ Servizi residenziali

Sono le strutture per eccellenza a cui si ricorre sia quando il sostegno è assente, sia quando la malattia rende ingestibile il paziente a domicilio:

- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale), con possibilità anche di ricoveri di sollievo;
- RSD (Residenza Sanitaria per Disabili) per pazienti in età adulta.

✧ Iniziative a supporto del caregiver

Sono interventi sviluppati nell'ASL di Brescia per sostenere i caregiver nel delicato lavoro di cura:

- Scuola di Assistenza Familiare: vengono garantiti corsi di formazione a supporto della famiglia/caregiver non professionale, dedicati alle fragilità, con la

collaborazione di operatori del Distretto, MMG, specialisti, operatori degli Uffici di Piano. Alcuni fra gli obiettivi dei corsi di formazione sono:

- la maggior appropriatezza dell'approccio nella cura e nell'assistenza
 - la riduzione dei rischi di rottura di equilibri familiari;
 - la riduzione dell'ansia del caregiver nella gestione del malato.
- Manuale "Assistenza in famiglia, istruzioni per l'uso", consegnato e spiegato al caregiver, in base al PAI;
 - Servizio per l'adattamento degli Ambienti di Vita (SAV). E' una nuova iniziativa provinciale, che prevede il supporto alla famiglia nell'adeguare ed attrezzare gli ambienti di vita, per renderli più fruibili. Ciò avviene grazie all'impiego di un'équipe di consulenti (architetto, geometra, fisioterapista, ecc.) da parte di Fondazione Brescia Solidale, attivabile da UCAM/MMG, operatori comunali, familiari.

c) I Servizi Comunali a supporto della domiciliarità

I Comuni garantiscono, a loro volta, una serie di Servizi orientati a sostenere il mantenimento del paziente nel proprio ambiente di vita. Fra di essi:

- SAD (ASA/OSS, servizio pasti a domicilio, servizio lavanderia);
- Servizio di trasporto;
- Servizio di telesoccorso;
- Buono Sociale (finalizzato anche alla legalizzazione delle badanti).

7. L'INTERVENTO RIABILITATIVO: MODALITÀ E STRUMENTI

Di seguito vengono brevemente descritti i principali aspetti che caratterizzano l'intervento riabilitativo, dalla proposta, alla presa in carico e realizzazione dell'intervento. In particolare vengono sottolineati i criteri da considerare per la stesura del PRI quando trattasi di pazienti anziani.

7.1. La proposta di ricovero

La trasmissione delle informazioni dal medico curante (ospedaliero o MMG) al medico della riabilitazione, relative alla specifica situazione di ogni paziente, deve essere completa, in particolare con riferimento a caratteristiche cliniche, cognitive, funzionali e sociali sia premorbose sia attuali. Tali informazioni sono utili per comprendere la situazione, stabilire gli obiettivi riabilitativi e prevedere la programmazione di intervento, supportando la scelta di servizio/regime prestazionale più adeguato. Nel rispetto dell'assessment geriatrico, lo strumento di comunicazione deve essere sintetico e comprensibile e riassumere gli elementi della valutazione globale del malato in modo chiaro e riproducibile. La scheda di Proposta di ricovero (All. A) riassume le caratteristiche sopra descritte, per migliorare il passaggio di informazioni.

7.2. La presa in carico e gli strumenti operativi

La presa in carico presuppone la valutazione multidimensionale e la redazione del **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** con i programmi riabilitativi conseguenti. Il PRI viene redatto dal team riabilitativo, coordinato dal medico della struttura riabilitativa, con il coinvolgimento del paziente e del caregiver.

Il PRI è lo strumento di lavoro elaborato dalla struttura riabilitativa, che rende l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace, in quanto rispondente ai bisogni reali del paziente, che con il suo principale caregiver, rientrano a pieno titolo nella stesura del progetto, informati degli obiettivi e delle procedure programmate per realizzarli.

Il processo decisionale deve tener conto di:

- prognosi;
- possibilità di intervento sulla disabilità conseguente all'evento acuto;
- possibilità di intervento sulla disabilità cronica, in presenza di nuovo evento o aggravamento della patologia precedente (acuta su cronica);
- grado e durata della instabilità clinica del paziente (periodo libero da riacutizzazioni);
- necessità di adeguare il programma riabilitativo in base all'abilità di comprensione del malato ed alla sua compliance (decadimento cognitivo, delirium, depressione);
- situazione socio-familiare del paziente, direttamente riconducibile alle problematiche presenti al momento della dimissione;
- problemi clinici non ancora definiti o troppo gravi, tali da modificare la sopravvivenza a breve termine (tutto ciò che non può trovare risposta, come unica soluzione, nella struttura riabilitativa).

Nel progetto riabilitativo si definiscono:

- i setting
- gli obiettivi
- le aree di intervento
- i professionisti coinvolti
- le metodologie riabilitative
- i tempi di realizzazione
- la modalità di verifica dei risultati in rapporto agli obiettivi prefissati
- il rimodellamento del progetto secondo le necessità del paziente durante il ricovero.

7.3. Il processo di cura e le figure professionali (team riabilitativo)

Il team riabilitativo in regime di degenza si compone delle seguenti figure professionali:

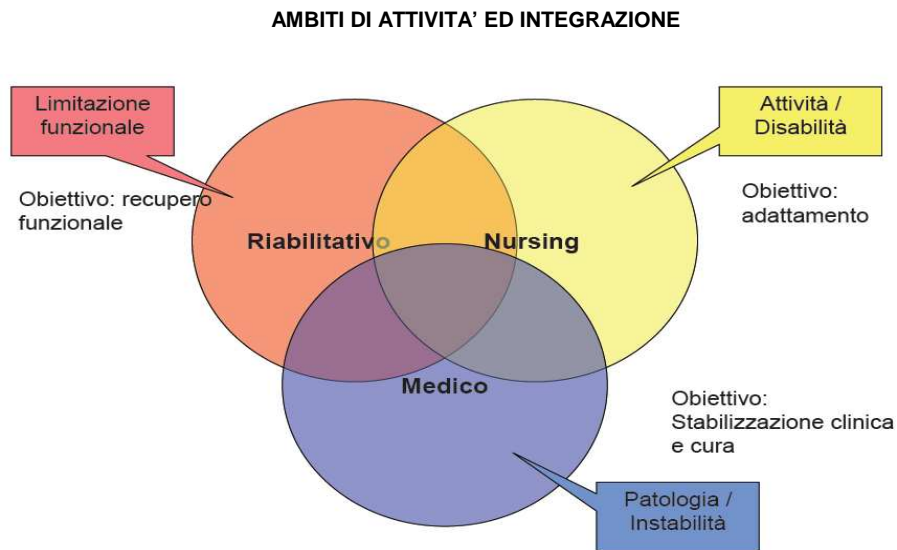
- il medico specialista (coordinatore del team e referente della cura)
- l'infermiere
- il fisioterapista

Possono farne parte, in relazione alla specificità degli interventi:

- il logopedista
- il terapeuta occupazionale
- lo psicologo

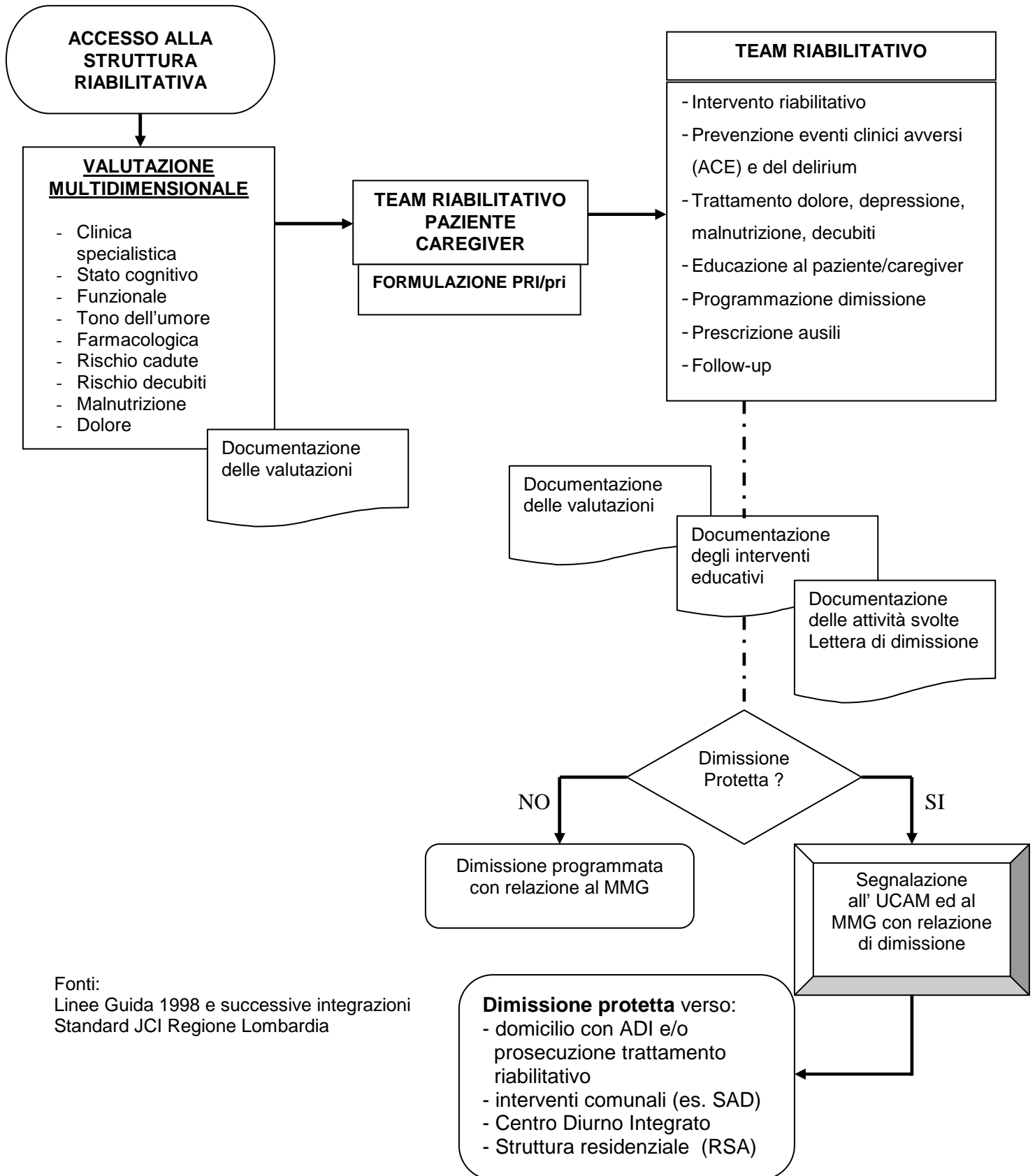
- il neuropsicologo
- altre figure a carattere di consulenza specifica, a seconda delle necessità.

La realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale presuppone un lavoro d'équipe che, ponendo al centro il paziente, eroghi prestazioni specifiche in un'ottica di integrazione, al fine di raggiungere, nella massima misura possibile, gli obiettivi prefissati.



La flow-chart n. 3 rappresenta la sintesi del percorso del paziente anziano nella struttura riabilitativa.

FLOW-CHART N. 3



Fonti:
Linee Guida 1998 e successive integrazioni
Standard JCI Regione Lombardia

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA

Successivamente alla sua adozione formale, il PDTA viene pubblicato sul sito ASL e trasmesso a tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio ASL.

Al fine di diffondere i contenuti del PDTA a favore dei vari addetti ai lavori e favorirne l'effettiva e corretta applicazione, sono da prevedere iniziative informative e formative rivolte a tutte le Strutture riabilitative, a MMG e UCAM. In una seconda fase verranno pianificate iniziative informative e formative per operatori delle cure domiciliari ed anche di altri servizi della rete socio-sanitaria.

Il PDTA sarà soggetto ad aggiornamenti periodici, a seguito di novità normative e/o organizzative.

PROPOSTA DI RICOVERO RIABILITATIVO

Cognome Nome..... Sesso F M Data nascita.....

Cod.Fisc..... Tessera Sanitaria.....

Comune di Residenza..... Stato civile

Vive con: coniuge; figli; badante; solo **Segnalato Servizi Sociali:** Si No

Famigliare/Persona di riferimento e Telefono

Ricoverato dal Struttura e reparto.....

..... Telefono di Reparto.....

DIAGNOSI PRINCIPALE:.....

COMORBILITA' ATTIVE (rispetto al motivo del trasferimento in Riabilitazione):

.....
.....
.....

Dimissibile dal..... **MEDICO PROPONENTE**.....

Scala di Instabilità Clinica (S.I.C.)

0	STABILE	Senza particolari problemi o che necessita di monitoraggio clinico (visita medica e/o esami) ad intervalli >60 giorni
1	MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico ad intervalli di 30 - 60 giorni
2	MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico più volte al mese
3	INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico non programmabile: una o più volte settimana ma non quotidiano
4	ALTAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico quotidiano
5	ACUZIE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico pluri-quotidiano

AUSILI in uso:

SNG PEG CVC tipo e data posizionamento.....
 VENTILAZIONE ASSISTITA..... OSSIGENOTERAPIA.....
 TRACHEOCANNULA tipo e data.....

Lesioni da decubito: NO SI Stadio e sede.....

Deficit cognitivi: NO SI (MMSE.....) **Disturbi comportamentali:** NO SI

Carico: NO SI PARZIALE **AUSILI**

Tattamento riabilitativo già avviato: NO SI

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:.....

.....

Barthel Index: premorbo ed attuale					
IGIENE PERSONALE	Premorbo	Attuale	BAGNO/DOCCIA	Premorbo	Attuale
Autosufficiente 5			Autosufficiente 5		
Dipendenza lieve 4			Dipendenza lieve 4		
Dipendenza moderata 3			Dipendenza moderata 3		
Dipendenza grave 1			Dipendenza grave 1		
Dipendenza completa 0			Dipendenza completa 0		
VESTIRSI			ALIMENTAZIONE		
Autosufficiente 10			Autosufficiente 10		
Dipendenza lieve 8			Dipendenza lieve 8		
Dipendenza moderata 5			Dipendenza moderata 5		
Dipendenza grave 2			Dipendenza grave 2		
Dipendenza completa 0			Dipendenza completa 0		
CONTINENZA URINARIA			CONTINENZA INTESTINALE		
Autosufficiente 10			Autosufficiente 10		
Dip. Lieve (occasionali perdite) 8			Dipendenza lieve 8		
Asciutto durante il giorno, non la notte 5			Dipendenza moderata 5		
Incontinente ma collabora 2			Dipendenza grave 2		
Incontinente o catetere a dimora 0			Incontinenza 0		
USO DEL GABINETTO			TRASF. LETTO-CARROZZINA		
Autosufficiente 10			Autosufficiente 15		
Dipendenza lieve (solo supervisione) 8			Dipendenza lieve (solo supervisione) 12		
Dipendenza moderata (aiuto per svestirsi/vestirsi) 5			Dipendenza moderata (minimo aiuto) 8		
Dipendenza grave (aiuto per tutto) 2			Dipendenza grave (aiuto ma collabora) 3		
Dipendenza completa 0			Dip. Completa (non collabora) 0		
DEAMBULAZIONE			SCALE		
Autosufficiente (autonomo x 50 mt) 15			Autosufficiente 10		
Dipendenza lieve (supervisione e < 50mt) 12			Dipendenza lieve (supervisione occasionale) 8		
Dipendenza moderata (aiuto per usare ausili) 8			Dipendenza moderata (supervisione) 5		
Dipendenza grave (aiuto x deambulare) 3			Dipendenza grave (necessità di aiuto) 2		
Non in grado di deambulare 0			Non è in grado di salire e scendere le scale) 0		
USO CARROZZINA (Solo se deambulazione = 0)			PUNTEGGIO TOTALE	PRE-MORBOSO	ATTUALE
Autosufficiente 5					
Dipendenza lieve 4					
Dipendenza moderata 3					
Dipendenza grave 1					
Dipendenza completa 0					

Data compilazione Qualifica e firma dei compilatori.....

A CURA DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA

Accettato SI ; NO: motivazione.....

Data..... Firma e timbro del Medico.....

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON ESITI DA GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE



Coordinatori

Dott.ssa Fausta Podavitte - Direttore Dipartimento ASSI

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

Altri componenti ASL

Dott.ssa Mariarosaria Venturini - Responsabile U.O. Disabilità

Dr. Ernesto Giacò - Responsabile U.O. Anziani Cure Domiciliari

nel periodo di stesura del PDTA

Rappresentanti Strutture/Enti

Dr.ssa Silvia Bonoldi	Staff Medicina Fisica e Riabilitazione A.O. Desenzano d/Garda
Dr. Marco Brianza	Rappresentante UMI/MMG
Dr.ssa Emanuela Facchi	Responsabile U.O. Riabilitazione Fondazione Richiedei
Dr.ssa Silvia Galeri	Responsabile Servizio Riabilitazione Fondazione Don Gnocchi
Dr. Giambattista Guerrini	Rappresentante UPIA/UNEBA RSA
Dr. Alberto Luisa	Responsabile U.O. Neuroriabilitazione Fondazione Maugeri
Dr. Vincenzo Pantusa *	Direttore Sanitario Istituto clinico Città di Brescia
Dr. Michele Scarazzato	Responsabile U.O. Riabilitazione Neurologica Domus Salutis
Equipe Dr.ssa Caterina Sottini	U.O. Riabilitazione Specialistica A.O. Spedali Civili BS
Dr. Stefano Visconti	Responsabile U.O. Servizio Riabilitazione Villa Gemma/Villa Barbarano

* Direttore Sanitario Istituto clinico Città di Brescia nel periodo di stesura del PDTA

INDICE

1. APPROCCIO RIABILITATIVO NEL PAZIENTE CON ESITI DA GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE

2. LE PRINCIPALI TAPPE DEL PERCORSO

2.1. Fase acuta

- 2.1.1. *Le principali azioni da garantire*
- 2.1.2. *Criteri di dimissione dalla fase acuta*
- 2.1.3. *Criteri di individuazione della struttura riabilitativa*
- 2.1.4. *Modalità di segnalazione per il trasferimento*

2.2. Fase riabilitativa post-acuta

- 2.2.1. *Degenza riabilitativa specialistica*
- 2.2.2. *Fase post degenza riabilitativa di riabilitazione specialistica: passaggio in altri setting di degenza o ad altre tipologie di servizi*

2.3. Fase degli esiti o fase della cronicità ed i Servizi della rete territoriale

- 2.3.1. *Paziente con necessità di prestazioni riabilitative domiciliari*
- 2.3.2. *Elenco dei Servizi territoriali*

3. IL PAZIENTE IN STATO VEGETATIVO

3.1. Chiusura della fase ospedaliera e riabilitativa e ammissione al programma di assistenza dedicato alla fase degli esiti della persona in stato vegetativo

4. LA DIMISSIONE VERSO LA RETE TERRITORIALE

4.1. Il rientro a domicilio

- 4.1.1. *Verifiche successive alla presa in carico domiciliare*

4.2. La presa in carico in Strutture Socio-sanitarie con o senza nuclei dedicati (RSA, RSD, posti letto in generale-geriatrica)

- 4.2.1. *La rivalutazione complessiva: controlli entro ed oltre i cinque anni*

1. APPROCCIO RIABILITATIVO NEL PAZIENTE CON ESITI DA GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE

Per “Grave Cerebrolesione Acquisita” (GCA) si intende una varietà di lesioni cerebrali acute a eziologia traumatica e non, caratterizzate da uno stato di coma più o meno prolungato, e dalla contemporanea presenza di menomazioni motorie, sensoriali, cognitive e/o comportamentali. Le GCA non traumatiche originano da tumori cerebrali, anossia cerebrale, gravi sindromi emorragiche cerebrali, infezioni (encefaliti) ed encefalopatie tossiche-metaboliche.

Nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, facendo riferimento ai principali documenti nazionali e regionali, vengono descritti gli elementi decisionali e gli strumenti ritenuti necessari per garantire ai pazienti affetti da GCA ed ai loro familiari, un accompagnamento corretto all'interno del sistema sanitario e socio-sanitario dell'ASL di Brescia, delineando il percorso-tipo integrato e le competenze secondo le fasi temporali che caratterizzano la storia del paziente: fase acuta ospedaliera, fase riabilitativa post-acuta ospedaliera, fase della cronicità e degli esiti.

Il numero di persone che presentano tali problemi è in costante aumento, tanto che le gravi cerebrolesioni rappresentano una delle cause principali di disabilità fisica, cognitiva, psicologica, oltre che una delle più importanti limitazioni alla partecipazione alla vita sociale nelle persone.

Infatti molti pazienti che sopravvivono al grave danno cerebrale acquisito presentano disturbi permanenti di varia tipologia, motoria, cognitiva o comportamentale, tali da determinare disabilità di vario grado e difficoltà di reinserimento sociale, scolastico o lavorativo.

Le gravi cerebrolesioni determinano spesso un drammatico cambiamento dello stile di vita, nonché profondi sconvolgimenti dell'intero nucleo e costi molto elevati, sia a carico dell'individuo che della società.

Il Documento contiene una sezione dedicata alla gestione dei pazienti in stato vegetativo.

Il PDTA ha l'ambizione di divenire riferimento complessivo, in grado di rendere sinergiche le componenti sanitarie e di altra natura dell'intervento riabilitativo.

I pazienti con GCA che si ricoverano in Riabilitazione in Italia sono pazienti clinicamente complessi e con rilevanti complicanze. L'85% dei casi è clinicamente molto grave e questo implica un'organizzazione assistenziale e riabilitativa complessa ed esperta.

Qualificanti e determinanti per l'ottimizzazione del percorso appaiono:

- la presa in carico riabilitativa precoce già in fase acuta, al fine di garantire l'intervento riabilitativo fin dalle prime ore dell'insorgenza della lesione durante le fasi di ricovero nelle U.O. intensive o per acuti;
- il tempestivo passaggio alla fase riabilitativa ospedaliera (Unità di Riabilitazione Specialistica, Unità per Gravi Cerebrolesioni Acquisite) per la precoce dimissione in sicurezza dall'area dell'emergenza;
- la condivisione del percorso riabilitativo fra strutture e servizi territoriali, volto al reinserimento del paziente con GCA ed al sostegno della sua famiglia;
- il modello organizzativo a reti integrate, fondato sui principi di continuità assistenziale e tempestività degli interventi e la messa in atto di tutte le azioni valutative e terapeutiche di competenza;
- il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) quale strumento specifico e sintetico, che definisce prognosi, aspettative e priorità rispetto ai bisogni di paziente e familiari, e con essi condiviso, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi

interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

2. LE PRINCIPALI TAPPE DEL PERCORSO

Il percorso di cura della persona con GCA è caratterizzato dalle tre seguenti fasi temporali principali, come si legge nei più significativi documenti citati nella bibliografia:

1. **La fase acuta:** immediatamente successiva all'insorgenza del danno cerebrale e allo stato di coma. In questa fase la persona con GCA può essere ricoverata nelle Unità Operative di Rianimazione e Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Cardiologia, Cardiochirurgia, Neurologia, all'interno delle quali è opportuno iniziare quanto prima, contestualmente al percorso diagnostico, un percorso riabilitativo precoce da proseguire nelle fasi successive.
2. **La fase riabilitativa post-acuta:** in cui la persona viene trasferita in strutture di degenza riabilitativa (Riabilitazione Specialistica, Riabilitazione Intensiva o Unità per Gravi Cerebrolesioni Acquisite), per proseguire i percorsi diagnostici e terapeutico-riabilitativi iniziati nella fase acuta, intensivi e personalizzati, basati sulla complessità dei bisogni del paziente.
3. **La fase degli esiti o della cronicità:** che subentra solitamente dopo alcuni mesi, (3-6 per pazienti non traumatici e 12 per i pazienti traumatici). E' caratterizzata da una imm modificabilità o modificabilità molto limitata del quadro neurologico e della coscienza. In tale fase il paziente viene inserito in un percorso extraospedaliero, che consenta la gestione della cronicità e dei relativi bisogni di varia natura. La persona in stato vegetativo può rientrare al domicilio o trovare una soluzione di residenzialità in RSA/RSD o in posti letto di generale geriatria nelle strutture riabilitative ex art. 26.

2.1. Fase acuta

2.1.1. Le principali azioni da garantire

a) *Valutazione Riabilitativa:* benché la persona sia ancora clinicamente instabile e ad alto rischio di complicazioni, è opportuno realizzare una valutazione finalizzata sia ad un inquadramento del paziente sia alla presa in carico precoce. Nel "Bilancio d'esordio" del "Protocollo di valutazione riabilitativa di minima della persona con GCA" si segnala l'importanza di registrare, descrivere e trasmettere agli attori delle fasi successive le seguenti informazioni:

1. eziologia del coma
2. comorbilità
3. comorbilità traumatica
4. gravità del coma: Glasgow Coma Scale, che può essere integrata con Coma/Near Coma Scale e Disability Rating Scale (come previsto dagli indirizzi per l'assistenza a persone in stato vegetativo di cui alle linee guida della Regione Lombardia - DGR IX/4222 del 25/10/12)

5. scale funzionali: Level of Cognitive Functioning (LCF).

- b) *Presa in carico riabilitativa precoce*: essendo accertata l'opportunità di un intervento riabilitativo già nella fase acuta del ricovero, dopo valutazione riabilitativa avviene la presa in carico fin dall'inizio della degenza.
- c) *Appropriatezza e criteri di trasferimento in riabilitazione specialistica*: tutti i pazienti affetti da GCA sono eligibili per il trasferimento in Unità Operativa di degenza riabilitativa, preferibilmente attrezzata per accogliere tali pazienti.

2.1.2. Criteri di dimissione dalla fase acuta

Un paziente può essere dimesso dalla U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva o altra U.O. per acuti quando:

- *Criteri generali*:
 - sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti
 - sia stato completato l'inquadramento diagnostico
- *Criteri specifici di sufficiente stabilizzazione medica*:
 - il paziente è gestibile in adeguato setting riabilitativo, pur in presenza di instabilità clinica;
 - non necessita di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria, in assenza di farmaci in infusione continua;
 - assenza di stato settico e non presenza di insufficienza acuta d'organo o multiorgano (IRA, diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica), in quanto costituirebbero un limite all'effettuazione del Progetto Riabilitativo Individuale e dei programmi riabilitativi;
 - superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per os, SNG, PEG). È auspicabile il posizionamento della PEG, secondo indicazioni prognostiche della disfagia, prima del trasferimento in riabilitazione.

Non rappresentano controindicazione al trasferimento la nutrizione parenterale con catetere venoso centrale, la cannula tracheostomica, la ventilazione assistita, la presenza di crisi epilettiche non completamente controllate.

- *Criteri di stabilizzazione neurochirurgica*:
 - assenza di processo espansivo alla TC ed assenza di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi;
 - assenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche".

Si ritiene importante stabilire con la U.O. di neurochirurgia di riferimento la data di riposizionamento del volet osseo, per organizzare il ricovero.

Tali criteri di trasferibilità verso la Riabilitazione Specialistica costituiscono delle raccomandazioni, poiché il trasferimento deve essere valutato con attenzione per ogni singolo caso in base alle caratteristiche del paziente.

2.1.3. Criteri di individuazione della struttura riabilitativa

Il momento cruciale nel percorso del paziente affetto da esiti di GCA è quello della scelta della struttura riabilitativa che lo accoglierà con la famiglia per un periodo di tempo prolungato. E' un momento delicato, in cui i pazienti lasciano il reparto per acuti e si inseriscono in un contesto in cui l'attività riabilitativa rappresenta l'obiettivo principale di tutte le attività svolte con e per il paziente. In questa fase giocano un ruolo importante le aspettative, in particolare dei familiari, verso il grado di recupero possibile e la gestione del futuro.

Si ritiene che, oltre ai criteri clinico-riabilitativi sopra elencati, siano da rispettare le seguenti indicazioni:

1. caratteristiche ed idoneità della struttura accettante rispetto ai bisogni del paziente;
2. territorialità della struttura in riferimento alla residenza del paziente e/o della famiglia.

E' fondamentale condividere con l'assistito e/o i parenti la scelta della struttura e le relative motivazioni affinché ne siano consapevoli, anche quando tale scelta è temporanea, in attesa che diventi disponibile un posto letto in altra struttura più idonea.

Si sottolinea inoltre la necessità che la segnalazione del paziente da parte della struttura inviante, sia inoltrata ad una sola struttura riabilitativa e che solo in caso di diniego al ricovero, si proceda a segnalare il paziente ad altra struttura. Solo in questo modo si evita di alterare le vera dimensione delle liste d'attesa ed i conseguenti disservizi.

2.1.4. Modalità di segnalazione per il trasferimento

- Ancora in fase di ricovero, quando si ipotizza la dimissione dall'U.O. ospedaliera, la struttura proponente contatta il centro di riabilitazione identificato come eligibile per il trasferimento;
- la struttura accettante si impegna, entro 48/72 ore dalla ricezione della proposta, a dare risposta sulla disponibilità del posto letto e sui tempi previsti di attesa per il trasferimento, per permettere alla struttura proponente la verifica di eventuali opzioni alternative;
- per la presentazione del paziente, ai fini della dimissione e del trasferimento presso una struttura riabilitativa, va utilizzato il Modulo All. A/1, specifico per GCA, consistente nella scheda di dimissione prevista nel Protocollo per la continuità di intervento riabilitativo dell'ASL di Brescia, integrata con le informazioni clinico-anamnestiche e con le scale di valutazione.

2.2. Fase riabilitativa post - acuta

La complessità e varietà dei bisogni valutativi, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali dei pazienti affetti da esiti di GCA richiede che la tipologia di offerta della rete riabilitativa sia differenziata e modulata sulla loro base. Alcuni pazienti presentano esiti lievi, con un buon recupero funzionale globale e una lieve disabilità, altri pazienti presentano esiti più complessi, quali gravi disturbi della coscienza e disturbi neurologici e generali associati.

2.2.1. Degenza riabilitativa specialistica

Le UU.OO. di Riabilitazione Specialistica che accolgono i pazienti con esiti di GCA, erogano interventi atti a trattare le menomazioni e minimizzare le disabilità, informando i familiari ed addestrandoli alla gestione delle problematiche secondo un progetto strettamente individuale. Le Unità di offerta garantiscono adeguate risorse strutturali, requisiti tecnologici, organizzativi e di personale esperto, per permettere il monitoraggio delle funzioni vitali nell'immediata fase post-acuta, la gestione dell'affrancamento progressivo dalla nutrizione parenterale ed enterale (laddove possibile), la presa in carico globale del paziente, nel rispetto di adeguati protocolli diagnostici-terapeutici (indagini neurofisiologiche e neuroimaging avanzate). Garantiscono nursing intensivo, riabilitazione motoria, foniatrica, training deglutitorio, rieducazione respiratoria, riabilitazione neuropsicologica, riabilitazione e gestione dei disturbi comportamentali, idrochinesiterapia, terapia occupazionale, terapia ortottica, riabilitazione urologica, assistenza sociale per le connessioni con le strutture territoriali.

L'intero percorso riabilitativo vede impegnata un'équipe multi-disciplinare e multi-professionale che fornisce terapie individuali e di gruppo; di essa è parte un team neuropsicologico dedicato al paziente ed un team psicologico dedicato alla famiglia. Sono previsti incontri sistematici e programmati tra l'équipe ed il nucleo familiare. Tale percorso consente l'accoglienza di tutte le GCA, l'evoluzione favorevole anche dei disturbi di coscienza più gravi e soprattutto di disporre di tutte le risorse necessarie, dal monitoraggio delle funzioni vitali e nursing specialistico, alla presa in carico riabilitativa attiva (neuromotoria, foniatrica, neuropsicologica, ecc), fino al recupero delle autonomie possibili. Per le GCA in evoluzione favorevole, il percorso ha l'obiettivo di mirare al reinserimento nel precedente contesto di vita o al passaggio ad altre forme di residenzialità sul territorio.

La fase riabilitativa post-acuta è il luogo di cura più adatto per prendere in carico i bisogni sanitari e socio-assistenziali del paziente e della sua famiglia, garantendo differenti livelli di intensità medico-assistenziale-riabilitativa, in base ai bisogni del paziente.

In questa fase due sono gli aspetti fondamentali:

a) la valutazione riabilitativa

L'obiettivo della valutazione è proseguire la presa in carico in continuità con la fase acuta. La persona, benché sia ancora clinicamente instabile ed a rischio di complicazioni, inizia un percorso riabilitativo intensivo appropriato alle condizioni generali e coerente con il Progetto Riabilitativo Individuale. Vengono garantite le seguenti attività valutative, in conformità al "Bilancio attuale" del "Protocollo di valutazione riabilitativa di minima della persona con GCA":

1. *Valutazione del danno secondario/complicanze*
2. *Valutazione strutture/funzioni:*

- a. Stato di coscienza: Glasgow Coma Scale, che può essere integrata con Disability Rating Scale e Coma/Near Coma Scale (come da norme della Regione Lombardia)
- b. Livello di supporto alle funzioni vitali di base
- c. Menomazioni cognitive-comportamentali: (Levels of Cognitive Functioning - LCF)
- d. Menomazione motoria
- e. Valutazione delle attività: Glasgow Outcome Scale-Extended (GOS-E) e Barthel Index modificato.

Il bilancio attuale deve essere compilato all'ingresso del paziente in degenza riabilitativa, alla dimissione/trasferimento del paziente in altro setting riabilitativo e ogni volta che si renda necessaria una nuova valutazione;

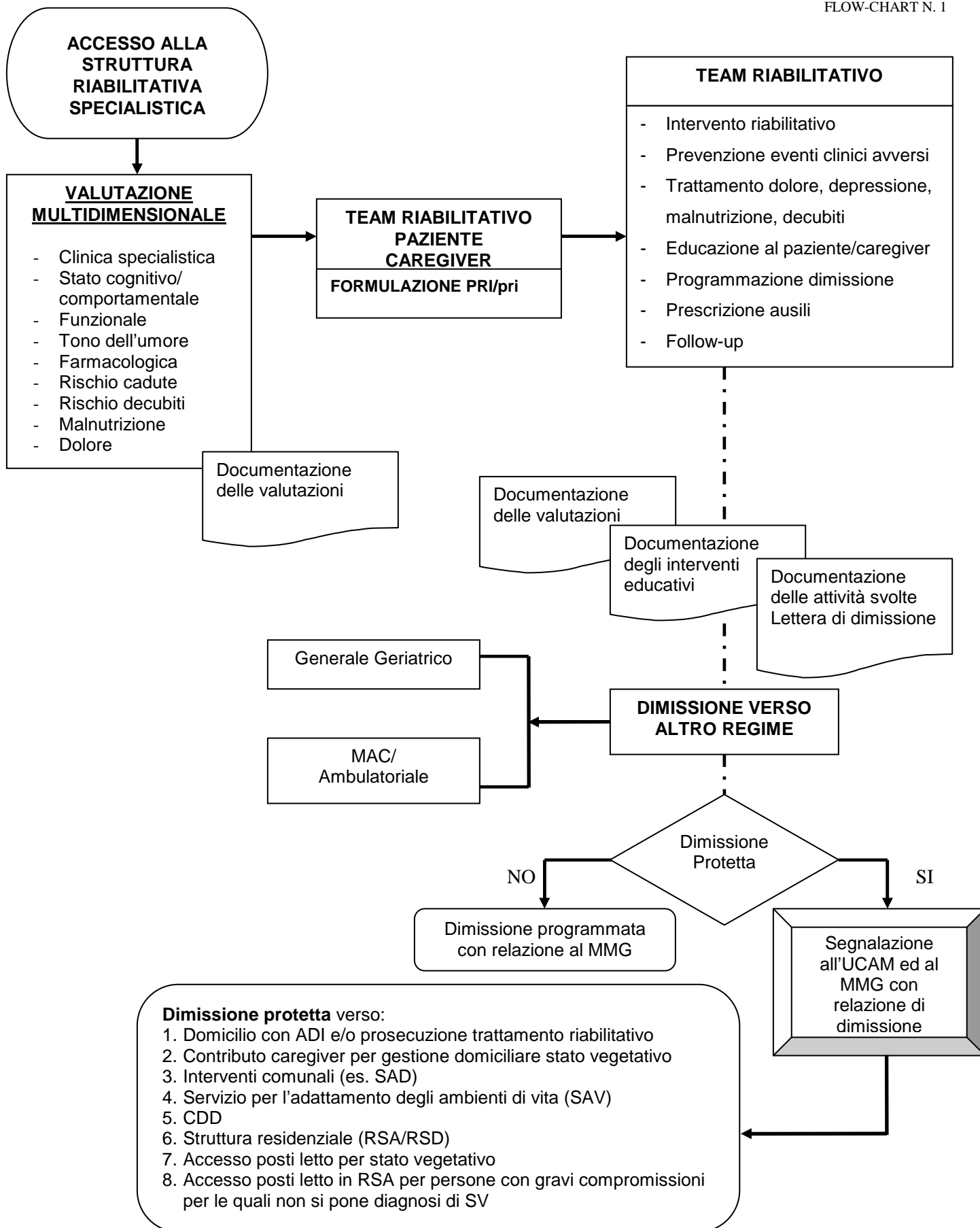
b) la prognosi riabilitativa

E' un atto fondamentale fortemente influenzante le scelte di intervento per il singolo paziente. La struttura riabilitativa ha il compito di definire la prognosi riabilitativa del paziente, secondo i seguenti criteri: l'età, l'eziologia della GCA, lo stato di salute e l'eventuale disabilità premorbosa, il livello funzionale raggiunto, la situazione socio-familiare-abitativa, in concordanza con i criteri ICF. I tempi medi per la formulazione di tale valutazione preliminare sono di 30 giorni. La prognosi può essere modificata, nel corso della degenza, in seguito a variazioni nelle condizioni del paziente.

2.2.2. Fase post degenza riabilitativa di riabilitazione specialistica: passaggio in altri setting di degenza o ad altre tipologie di servizi

La durata della degenza del paziente in riabilitazione specialistica deve essere definita dagli obiettivi dichiarati nel Progetto Riabilitativo Individuale e nei programmi riabilitativi individuali, anziché essere condizionata solo dai tempi massimi di degenza regionali (6 mesi). Tale decisione deve costituire un punto di riferimento per tutto il team della riabilitazione ed essere condivisa con la famiglia. L'U.O. di Riabilitazione Specialistica ha inoltre la responsabilità di prendere tempestivamente la decisione di proseguire il percorso riabilitativo in setting differenti e più appropriati all'evoluzione del paziente, quali la Riabilitazione generale-geriatrica, la Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), i Servizi territoriali (domiciliari, RSA/RSD), qualora gli elementi clinico-riabilitativi e prognostici lo indichino.

La flow-chart n. 1 sintetizza i principali passaggi nell'ambito della struttura specialistica e l'accesso agli altri percorsi.



Brevemente si descrivono di seguito i criteri di passaggio alle varie tipologie di servizi/prestazioni.

A) Degenza in Riabilitazione Generale-Geriatria

Appropriatezza del trasferimento

Un paziente può essere dimesso dalla U.O. di Riabilitazione Specialistica e trasferito in una U.O. di Riabilitazione Generale-Geriatria quando:

- *Criteri generali:*
 - sia venuta meno la necessità di riabilitazione intensiva e si sia instaurata la fase “adattativa” con esaurimento della fase di recupero “intrinseca”;
 - sia stato definito l’inquadramento prognostico.
- *Criteri specifici:*
 - il paziente ha raggiunto una sufficiente stabilizzazione medica e non si evidenzia ragionevole possibilità di raggiungimento di ulteriori obiettivi riabilitativi a breve-medio termine.

Criteri di individuazione della struttura

Si ritiene opportuno rispettare le seguenti indicazioni:

1. priorità di passaggio a posti letto di riabilitazione generale-geriatria nella stessa struttura, quando disponibili;
2. caratteristiche e idoneità della struttura accettante, rispetto ai bisogni del paziente;
3. territorialità della struttura rispetto alla residenza del paziente e/o della famiglia.

Fatto salvo il diritto del paziente e dei familiari alla libera scelta della struttura riabilitativa e alla condivisione della progettualità riabilitativa, il reparto proponente potrà considerare il trasferimento in altri setting riabilitativi, motivato dai tempi di attesa.

Modalità di segnalazione per il trasferimento

- La struttura proponente contatta il reparto di riabilitazione generale-geriatria identificato come eligibile per il trasferimento;
- la struttura accettante si impegna, entro 48/72 ore dalla ricezione della proposta, a dare risposta sulla disponibilità del posto letto e sui tempi di attesa previsti per il trasferimento, onde permettere alla struttura proponente di verificare eventuali opzioni alternative;
- in caso di trasferimento all’interno della stessa struttura deve essere esplicitato nella cartella clinica il passaggio in altro setting riabilitativo e l’avvenuta comunicazione dello stesso al paziente/familiare/caregiver.

B) Attività ambulatoriale complessa (MAC) o attività ambulatoriale: criteri di segnalazione e presa in carico

Appropriatezza per la prosecuzione in MAC o Ambulatoriale ex art. 25 o ex art. 26

Il paziente deve avere superato il bisogno di riabilitazione in regime di degenza ed essere dimissibile verso il domicilio, oltre che trasportabile. In questi casi la riabilitazione prevista nel PRI prosegue in regime ambulatoriale.

La presa in carico in regime MAC o ambulatoriale deve avvenire in base alla normativa vigente sui LEA e i Mac. I Documenti principali relativi alla MAC sono: DGR 1962/2011, 2633/2011, 2946/2011, Circolare 1/SAN 30.01.12); i Documenti principali per l'attività ambulatoriale sono: DGR 3111/2006, DGR 4438/2007).

In particolare, in riferimento alle MAC, si ricorda che:

- possono accedere a questo setting pazienti riabilitativi complessi con una documentata limitazione della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale, con esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali, che devono interagire tra loro in maniera coordinata in un tempo significativamente prolungato;
- soddisfatti i criteri di appropriatezza e allocazione in MAC, solo lo Specialista della struttura accreditata per tale attività può prescrivere su impegnativa del SSN Macroattività Ambulatoriale Complessa di tipologia riabilitativa, afferente ai codici del tariffario regionale MAC 06, MAC 07, MAC 08 che potranno essere erogati esclusivamente attraverso una presa in carico presso la struttura in cui lo Specialista stesso opera.

In base al consumo di risorse previsto nella stesura del Progetto/programma riabilitativo individuale lo Specialista definisce le codifiche prescrittive facendo riferimento a quanto descritto nell'allegato 10 alla DGR 2633/2011. Potranno pertanto essere prescritti interventi riabilitativi complessi, della durata variabile tra 90 e più di 120 minuti.

Il passaggio deve avvenire nel modo seguente:

- il reparto dimettente contatta il servizio di riabilitazione identificato come eligibile per la presa in carico, rispettando i criteri di territorialità e la scelta del paziente e dei familiari;
- il servizio accettante si impegna entro 48/72 ore dalla ricezione della proposta a dare risposta sulla disponibilità di posto e sul tempo di attesa previsto per la presa in carico, onde consentire alla struttura dimettente di verificare eventuali opzioni alternative;
- il reparto dimettente predispone il PRI aggiornato per l'attività ambulatoriale appropriata, allegando le impegnative su ricettario regionale (per i cittadini della Regione Lombardia) e lo invia al servizio accettante;
- in caso di presa in carico diretta (interna) da parte della struttura dimettente, deve essere prevista la comunicazione scritta al paziente/caregiver della programmazione in corso per la prosecuzione del percorso riabilitativo del paziente in MAC e la predisposizione di tutta la documentazione necessaria.

Affinché tutto quanto sopra riportato trovi adeguata applicazione, diviene fondamentale condividere criteri di governo dell'area di post-acuzie, che consentano di colmare il vuoto tra il momento dell'acuzie e la gestione a domicilio del paziente, creando interconnessioni tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali, garanti di un appropriato percorso di cura nell'ambito della rete riabilitativa.

C) Dimissione verso i servizi territoriali

La struttura riabilitativa pianifica la dimissione per raggiungimento degli obiettivi riabilitativi:

- verso il domicilio, con relazione di dimissioni per il MMG, indicando eventuali follow-up;
- in caso di dimissioni protette (“Protocollo per le Dimissioni e ammissioni protette Ospedale-Territorio”) per pazienti complessi con altre tipologie di bisogni di intervento, va fatta segnalazione precoce alle UCAM/MMG già in fase di ammissione o almeno tre giorni prima della dimissione per pianificare gli interventi necessari sia domiciliari (ADI), sia con l’accesso alle Strutture diurne e residenziali.

Per quanto riguarda i pazienti in stato vegetativo, si rimanda al capitolo specifico.

2.3. Fase degli esiti o fase della cronicità ed i Servizi della rete territoriale

Questa fase coincide con la dimissione dalla degenza ed è il vero momento critico, in cui le strutture riabilitative si devono rapportare con il territorio per attivare la presa in carico successiva per la prosecuzione del PRI in un setting post-degenziale, o per la gestione della cronicità. In questa fase assumono un ruolo fondamentale le UCAM e il MMG che garantiscono la valutazione multidimensionale ancora nella fase di degenza, per pianificare interventi di varia natura e tipologia al momento della dimissione, in base al grado di disabilità acquisita ed ai vari bisogni.

Alcune delle condizioni che richiedono l’avvio di tale processo sono:

- il grado di disabilità acquisita presente nel paziente ed i conseguenti bisogni riabilitativo-assistenziali;
- il paziente è solo o non dispone più di validi riferimenti familiari/caregiver;
- l’ambiente domestico necessita di adeguamento alle esigenze del malato;
- i familiari/caregiver richiedono un supporto tecnico per una corretta gestione domiciliare di pazienti con necessità riabilitative (riabilitazione funzionale, mobilitazione, ecc.);
- i familiari/caregiver sono non sufficientemente disponibili o non in grado di farsi carico adeguatamente del proprio familiare;
- il quadro del paziente subisce un aggravamento clinico e/o sociale che richiede la ricerca di nuove soluzioni.

In questi casi la struttura riabilitativa, oltre ad inviare la relazione di dimissione/restituzione al MMG, segnala all’UCAM ed attiva la dimissione protetta. Sulla base delle informazioni fornite dalla struttura riabilitativa e dei dati di valutazione multidimensionale raccolti a seguito di osservazione e valutazione dei bisogni, analogamente a quanto succede per ogni situazione complessa, l’UCAM, integrata con l’équipe disabilità ed in collaborazione con il MMG, definisce la proposta di intervento, attiva i servizi/l’assistenza necessaria e garantisce il monitoraggio dei risultati, oltre alla rivalutazione. Fra le varie opzioni si citano:

- 1) l’attivazione dell’ADI, con prosecuzione di intervento riabilitativo;
- 2) la proposta di inserimento in un CDD o CDI, con richiesta di particolare attenzione al mantenimento delle abilità recuperate a seguito del PRI;

- 3) la proposta di inserimento in struttura residenziale protetta (RSA), con collocazione in lista di attesa negli 8 Distretti in cui è attiva nell'ASL di Brescia o in RSD;
- 4) la segnalazione ai Servizi sociali comunali per una eventuale attivazione anche di interventi sociali.

La scelta fra Servizi della rete per anziani (CDI, RSA) o per disabili (CDD, RSD) deve avvenire anche in base all'età del paziente.

I MMG sono i responsabili della gestione clinica domiciliare del proprio assistito ed in quanto tali partecipano, all'interno dell'UCAM:

- 1) alla valutazione multidimensionale;
- 2) alla definizione del Piano di intervento individualizzato;
- 3) al monitoraggio della situazione, sia in relazione a follow-up che si rendano opportuni da parte della struttura riabilitativa, sia in riferimento al profilo assistenziale del voucher ADI, qualora attivato.

2.3.1. Paziente con necessità di prestazioni riabilitative domiciliari

Le modalità di richiesta ed erogazione delle prestazioni riabilitative a domicilio sono specificate nel Protocollo "*Linee Guida per gli interventi riabilitativi domiciliari*", adottato con Delibera dell'ASL di Brescia n. 208 del 12.04.2011.

La riforma regionale relativa sia alla sperimentazione di un nuovo modello ADI, (Decreto 6032/luglio 2012, DGR 3851/luglio 2012), sia ai nuovi criteri di accreditamento degli Enti erogatori (DGR 3540/maggio 2012, DGR 3584/giugno 2012) in particolare prevede:

- 1) i tempi di valutazione indicati nelle 72 ore dalla segnalazione alle UCAM;
- 2) un sistema di valutazione di 1° e 2° livello (tr iage e valutazione domiciliare di 2° livello, con utilizzo scala FIM);
- 3) due profili prestazionali e quattro livelli di profili assistenziali, con possibilità di presa in carico riabilitativa;
- 4) la libera scelta dell'Ente erogatore fra quelli accreditati da parte di paziente e/o familiare.

Nel caso di attivazione dell'intervento riabilitativo a domicilio deve essere elaborato un PAI garante del proseguimento del PRI, elaborato dallo specialista a favore delle persone impossibilitate ad accedere a servizi ambulatoriali.

La riabilitazione domiciliare viene erogata anche dalle Strutture riabilitative socio-sanitarie – ex IDR-Istituto di riabilitazione ex art. 26 L. 833, - Fondazione Don Gnocchi, Centro riabilitativo Ettore Spalenza di Rovato e Istituto di riabilitazione Richiedei di Gussago e di Palazzolo s/Oglio -, accreditati anche per tale attività.

2.3.2. Elenco dei Servizi territoriali

Di seguito vengono brevemente elencati i Servizi della rete territoriale:

⤴ ADI

Possono essere garantite prestazioni di varia natura, secondo il livello e la tipologia di bisogno. Sono ad esempio attivabili, oltre agli interventi riabilitativi, quelli infermieristici e, per casi particolari, tutelari (OSS). L'ADI prevede anche l'accesso di specialisti e in base al PAI, da redigere a cura dell'ente erogatore per ogni assistito, anche interventi psico-educativi.

⤴ Servizi diurni

Sono l'unità di offerta proponibile quando esiste la possibilità di rientro al domicilio dell'anziano sia perché trasportabile, sia per la presenza di supporto :

- CDI (Centri Diurni Integrati), specificamente per anziani, che in alcuni casi possono garantire anche ricoveri notturni;
- CDD (Centri Diurni per Disabili), per pazienti giovani/adulti.

⤴ Servizi residenziali

Sono le strutture per eccellenza a cui si ricorre sia quando il sostegno familiare è assente, sia quando il quadro clinico e la condizione globale rendono ingestibile il paziente a domicilio:

- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale), con possibilità anche di ricoveri di sollievo;
- RSD (Residenza Sanitaria per Disabili) per pazienti indicativamente sino a 65 anni.

⤴ Iniziative a supporto del caregiver

Sono interventi sviluppatasi nell'ASL di Brescia per sostenere i caregiver nel delicato lavoro di cura:

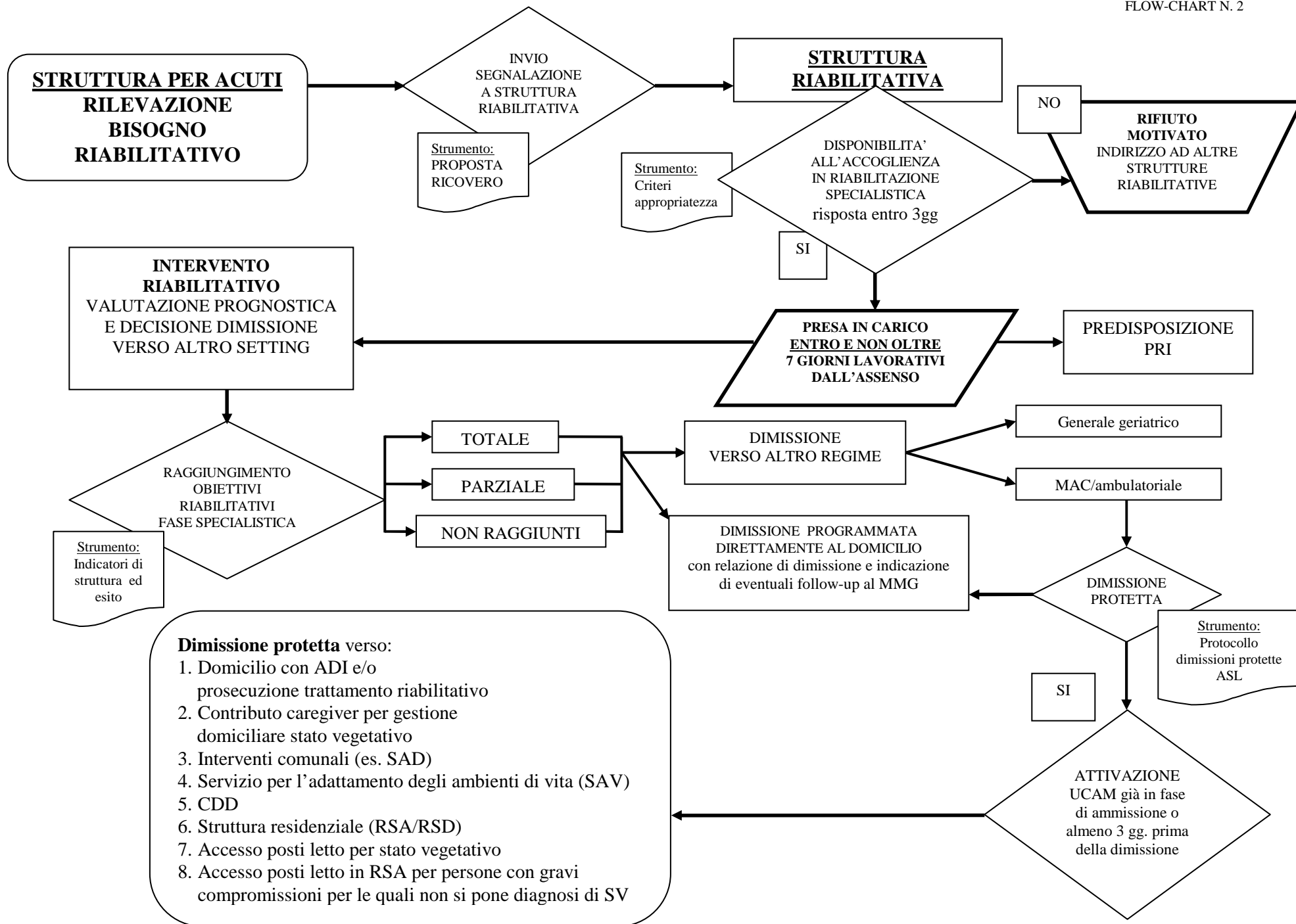
- Scuola di Assistenza in cui vengono garantiti corsi di formazione a supporto della famiglia/caregiver non professionale, dedicati alle fragilità, con la collaborazione operativa degli operatori del Distretto, MMG, specialisti, Ufficio di Piano. Alcuni fra gli obiettivi dei corsi di formazione sono:
 - la maggior appropriatezza dell'approccio nella cura e nell'assistenza
 - la riduzione dei rischi di rottura di equilibri familiari;
 - la riduzione dell'ansia del caregiver nella gestione del malato.
- Manuale "Assistenza in famiglia, istruzioni per l'uso" consegnato e spiegato al caregiver, in base al PAI;
- Servizio per l'adattamento degli Ambienti di Vita (SAV) – E' una nuova iniziativa provinciale, che prevede il supporto alla famiglia nell'adeguare ed attrezzare gli ambienti di vita, per renderli più fruibili. Ciò avviene grazie all'impiego di un'équipe di consulenti (architetto, geometra, fisioterapista, ecc.) da parte di Brescia Solidale, attivabile da UCAM/MMG, operatori comunali, familiari.

⤴ I Servizi Comunali a supporto della domiciliarità

I Comuni garantiscono, a loro volta, una serie di Servizi orientati a sostenere il mantenimento del paziente nel proprio ambiente di vita. Fra di essi:

- SAD (ASA/OSS, servizio pasti a domicilio, servizio lavanderia);
- servizio di trasporto;
- servizio di telesoccorso;
- Buono Sociale.

La flow-chart n. 2 considera i vari passaggi nella rete, con l'obiettivo di garantire un'efficace trattamento riabilitativo alla persona con GCA.



3. PAZIENTE IN STATO VEGETATIVO

Un accenno a parte merita la gestione dei pazienti in stato vegetativo, poiché Regione Lombardia ha normato il percorso dedicato, a partire dai criteri diagnostici finalizzati all'individuazione di pazienti che possono fruire di benefici economici quando con punteggio massimo 10 alla Glasgow Coma Scale. Inoltre ha definito le procedure relative alla dimissione dalla struttura di riabilitazione, verso RSA/RSD, posti letto di generale-geriatrica ex art. 26 e la relativa tariffa a giornata di degenza. Per questa tipologia di pazienti, è possibile accedere a posti letto in RSA e RSD con costi a totale carico del Servizio Sanitario Regionale. Con le DGR IX.4334/12 e IX.4598/12 Regione Lombardia ha aggiornato le regole in via sperimentale, prevedendo nuclei dedicati per pazienti in stato vegetativo o l'accoglienza degli stessi in posti letto non dedicati, sempre di RSA, RSD e posti di generale-geriatrica ex art. 26, differenziando gli standard gestionali e la quota giornaliera. Inoltre il paziente, se gestito a domicilio, può beneficiare di un contributo mensile di 500 euro.

3.1. Chiusura della fase ospedaliera e riabilitativa e ammissione al programma di assistenza dedicato alla fase degli esiti della persona in stato vegetativo

La conclusione della fase riabilitativa e ospedaliera è decisa dagli specialisti delle strutture riabilitative, in relazione all'osservazione clinica ed in linea con le indicazioni delle società scientifiche, della letteratura, delle linee guida e di indirizzo ministeriali e delle esperienze di buona pratica, previa condivisione con la famiglia del paziente, che deve essere informata e coinvolta in tutte le fasi del ricovero. In particolare, la famiglia va accompagnata ad assumere in modo consapevole ed informato tutte le decisioni inerenti la progettazione del rientro a domicilio, una volta completata la fase riabilitativa o l'eventuale trasferimento ad una struttura di lungo-assistenza residenziale.

La progettazione del rientro a domicilio (dimissione protetta) deve iniziare precocemente, nelle prime settimane successive al ricovero nelle strutture riabilitative o nei reparti ospedalieri generali destinati a gestire la fase di stabilizzazione. E' compito del responsabile clinico dell'U.O. di riabilitazione o del reparto di degenza:

- garantire la piena informazione alla famiglia rispetto alla storia naturale dei disturbi cronici della coscienza, agli obiettivi della riabilitazione, agli elementi utili ad una progettazione consapevole del futuro del paziente;
- segnalare all'UCAM dell'ASL di residenza del paziente l'ammissione dello stesso alla condizione di stato vegetativo. La segnalazione deve avvenire entro le prime due settimane di ricovero;
- favorire la collaborazione fra strutture dimettenti e UCAM/MMG/PLS a garanzia di una buona pianificazione del progetto personalizzato delle cure successive alla dimissione e di buon governo della fase degli esiti.

Ricevuta la segnalazione, l'UCAM si attiva prendendo contatto con gli specialisti della struttura riabilitativa per una prima valutazione. Se ritenuto necessario, essa può prevedere una visita diretta presso la struttura di riabilitazione segnalante.

Per facilitare la dimissione protetta, è auspicabile che la valutazione del caso, documentale o diretta, sia avviata entro le prime sei settimane di ricovero. La diagnosi di stato vegetativo è di competenza degli specialisti ospedalieri, secondo le indicazioni Regionali. E' invece responsabilità dell'équipe di valutazione dell'ASL la definizione condivisa e tempestiva dei

bisogni assistenziali della persona e della sua famiglia e l'accompagnamento e monitoraggio dell'avvio e dell'eventuale completamento dei processi di tutela sintetizzati nella seguente tabella:

Azione	Competenza	Documentazione
Diagnosi di stato vegetativo ai sensi della normativa regionale	Specialista dimettente	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di valutazione SV • Relazioni di dimissione dalla fase intensiva
Valutazione multidimensionale; Accompagnamento della famiglia nella progettazione del piano personalizzato di cura	UCAM con il coinvolgimento del MMG	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di valutazione SV acquisita dagli specialisti dimettenti (All. B) • Strumenti di valutazione regionali (triage, FIM o VAOR, scheda sociale) • Prescrizione protesi e ausili e altri documenti di tutela amministrativa
Decisione su luogo della cura nella fase degli esiti, accettazione del Piano di cura personalizzato e libera scelta dell'erogatore o della struttura	Famiglia Rappresentante legale	<ul style="list-style-type: none"> • Richiesta contributo famiglia • Scelta erogatore • Scelta struttura residenziale con o senza Nuclei dedicati, Strutture Riabilitative, posti letto general-geriatrica ex art. 26

4. LA DIMISSIONE VERSO LA RETE TERRITORIALE

Le ASL svolgono un ruolo centrale nella fase di dimissione dalla degenza e per tutto il percorso della fase degli esiti, rappresentando il punto di riferimento per la progettazione del piano di cura personalizzato, a sostegno della famiglia e del suo diritto di scegliere liberamente le soluzioni più idonee fra quelle messe a disposizione dalla rete dei servizi.

In questa fase l'UCAM:

- raccoglie dagli specialisti curanti le informazioni rispetto alla prognosi riabilitativa, ai tempi presumibili della degenza ed ai servizi più idonei a sostenere la fase degli esiti;
- verifica l'avvio dei processi previsti dalle linee di indirizzo allegate alla DGR 2124/2011 (svezzamento dai presidi non più indispensabili, avvio domanda di invalidità civile e indennità di accompagnamento, della Protezione Giuridica, certificazioni di esenzione ticket, prescrizione di protesi e ausili, modalità di attivazione e di ottenimento di presidi ed ausili, eventuale adeguamento dell'abitazione) e ne segue il successivo decorso;
- fornisce le informazioni sui servizi disponibili specializzati e ordinari ubicati nel proprio territorio (servizi domiciliari, nuclei dedicati di RSA/RSD e posti letto ordinari, posti letto

Riabilitazione generale-geriatrica ex art. 26), per dare modo alle famiglie di prendere contatto con i referenti dei servizi e di visitare le strutture;

- raccoglie le preferenze delle famiglie rispetto al luogo desiderato di cura della persona nella fase degli esiti;
- acquisisce la disponibilità alla presa in carico da parte degli erogatori.

Questi processi devono essere completati prima dell'effettiva dimissione. E' di competenza dell'UCAM anche il monitoraggio e la verifica della qualità dell'intero processo, oltre che di eventuali variazioni nel quadro clinico.

L'UCAM inoltre:

- riceve le richieste di attivazione del percorso di assistenza;
- effettua la prima valutazione sulla pertinenza della richiesta;
- mantiene il collegamento con gli uffici ASL competenti per la gestione dei processi accessori (nutrizione artificiale, ventilazione meccanica, erogazione protesi e ausili, servizio farmaceutico);
- mantiene aggiornata la mappatura dei servizi disponibili sul territorio e la lista di attesa, che tenga conto:
 - delle indicazioni degli specialisti curanti;
 - dei risultati della valutazione multidimensionale;
 - dei desideri delle famiglie;
 - della disponibilità dei servizi e delle strutture di riferimento per il proprio territorio;
- facilita il rapporto fra i diversi attori coinvolti;
- acquisisce i documenti relativi ai diversi processi;
- autorizza ed attiva i servizi ed i profili di voucher/ADI;
- autorizza la liquidazione mensile del contributo al caregiver.

Sono inoltre di competenza dell'ASL di ubicazione del servizio o struttura:

- la verifica della presa in carico in ADI della persona;
- la verifica dei requisiti strutturali e di accreditamento, con particolare riferimento ai nuclei dedicati e ed ai posti letto ordinari e dell'avvenuta presa in carico nella struttura individuata.

4.1. Il rientro a domicilio

La data e le modalità della dimissione sono concordate fra famiglia, UCAM, MMG/PLS, e gli specialisti dimettenti. I programmi di nutrizione artificiale, di eventuale ventiloterapia e le prescrizioni di presidi e ausili personalizzati devono essere attivati prima della dimissione, in relazione al profilo di voucher autorizzato ed al PAI, a cura dell'ente erogatore scelto dai familiari.

La presa in carico deve avvenire contesualmente al rientro al domicilio con prima visita domiciliare dell'UCAM nella stessa giornata di dimissione, così come l'avvio dei servizi necessari. È preferibile che la prima visita venga coordinata con il MMG/PLS.

In sintesi, le possibilità oggi a disposizione per pazienti in stato vegetativo assistiti a domicilio sono:

- contributo al familiare/caregiver (500,00 euro mensili);
- risorse accessorie: protesi e ausili, valutazione adattamento degli ambienti;
- valutazione multidimensionale, attivazione ADI, con libera scelta di erogatori accreditati ed attivazione anche di programmi specifici di nutrizione artificiale domiciliare e di ossigeno e ventiloterapia.

4.1.1. Verifiche successive alla presa in carico domiciliare

La situazione della persona in SV sarà rivalutata con **cadenza almeno annuale** dall'équipe di valutazione multidimensionale, in accordo con la famiglia ed il MMG/PLS per verificare periodicamente la qualità e gli esiti delle cure garantite, lo stato funzionale ed il livello di reponsività neurologica della persona. La valutazione sarà integrata dalla compilazione, a cura dell'équipe di valutazione, della Glasgow Coma Scale, della Disability Rating Scale-DRS e della Coma/Near Coma Scale, con eventuale modifica del Progetto personalizzato.

4.2. La presa in carico in Strutture Socio-sanitarie con o senza nuclei dedicati (RSA, RSD, posti letto in generale-geriatrica)

Dopo la valutazione clinica degli specialisti dimettenti e la formulazione del Progetto personalizzato, quando le risorse territoriali, familiari e di comunità non siano sufficienti a sostenere le esigenze della persona, la dimissione verso le strutture con nuclei dedicati o posti letto non dedicati, resta la destinazione privilegiata. Per la dimissione verso le tre tipologie di Servizi deve essere utilizzata la scheda All. B.

La prima dimissione avviene, di norma, verso strutture dotate di nuclei dedicati. Anche persone che presentino l'indicazione univoca all'accoglienza in nuclei dedicati, possono eventualmente essere destinati a posti letto ordinari. Le deroghe devono essere motivate dall'Unità di valutazione nel Progetto personalizzato. E' comunque libera scelta della famiglia decidere in merito al ricovero in nucleo dedicato o in posto letto non dedicato. Quando la dimissione avvenga verso strutture prive di nuclei dedicati, è consigliabile che venga garantito il completamento preliminare alla dimissione delle tutele previste dalle DGR 6220/2007 e DGR 2124/2011 e dalle collegate linee guida e di indirizzo. Potrebbe altresì rappresentare una possibilità utile la dimissione verso posti letto ordinari, se gradita alla famiglia e richiesta per motivi di riavvicinamento al domicilio naturale, dopo la rivalutazione complessiva prevista al 5° anno di accoglienza in nuclei dedicati di RSA/RSD.

Contestualmente all'ingresso, il Responsabile clinico procede alle valutazioni indispensabili, alla raccolta delle informazioni essenziali dai familiari e dalle relazioni di dimissione ed alla prescrizione delle terapie e degli interventi infermieristici ed assistenziali necessari.

Entro 48 ore dall'ingresso in struttura, lo stesso Responsabile clinico segnala all'UCAM l'avvenuta presa in carico della persona e la corretta attivazione dei servizi necessari. La comunicazione deve includere:

- il nominativo e i riferimenti del Responsabile del caso (Medico, Assistente sociale o Responsabile infermieristico);
- la nuova Scheda di valutazione prevista dalle DGR 6220/2007 e DGR 2124/2011 che include la prima esecuzione di GCS, DRS e CNC.

I programmi di nutrizione artificiale, di eventuale ventiloterapia e le prescrizioni di presidi e ausili personalizzati si intendono già attivati prima della dimissione, a completamento del Piano di assistenza personalizzato.

Quadro sintetico accesso Strutture Residenziali

Criteri per l'accoglienza in nuclei dedicati:	Criteri per l'accoglienza in Strutture senza nuclei dedicati:
<p>persone in stato vegetativo che presentino una o più delle seguenti condizioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. età inferiore a 65 anni 2. presenza di tracheostomia 3. necessità di ventilazione meccanica 4. decubiti multipli o lesioni in stadio III o IV 5. necessità di monitoraggio medico infermieristico compatibile con i livelli 3 e 4 del Pulses Profile (Item Condizioni fisiche) <ol style="list-style-type: none"> a. pazienti MODERATAMENTE INSTABILI: monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte alla settimana b. pazienti INSTABILI: monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da quotidiano a pluriquotidiano 6. persistenza di accessi venosi centrali 	<p>persone in stato vegetativo che presentino tutte le seguenti caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. età maggiore o uguale a 65 anni 2. preferibilmente con evento indice di origine non traumatica 3. assenza di trachestomia 4. assenza di ventilazione meccanica 5. necessità di monitoraggio medico infermieristico compatibile con i livelli 1 e 2 del Pulses Profile (Item Condizioni fisiche) <ol style="list-style-type: none"> a. pazienti STABILI: monitoraggio medico- programmabile di routine da circa mensile a più b. pazienti MODERATAMENTE STABILI: monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese 6. assenza di lesioni da decubito plurime o in III-IV stadio 7. assenza di accessi venosi centrali

4.2.1. La rivalutazione complessiva: controlli entro ed oltre i cinque anni

Successivamente alla presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare o di residenzialità socio-sanitaria, restano a carico dell'ASL di residenza una serie di processi di verifica e monitoraggio.

L'esperienza suggerisce che i cambiamenti più evidenti del programma di cure, collegati al superamento delle complicazioni cliniche più frequenti (causa della maggiore mortalità degli anni immediatamente successivi all'evento indice), alla eventuale comparsa e stabilizzazione di possibili danni terziari, ai processi di neuroplasticità, avvengono a partire dai cinque anni successivi all'evento indice.

Dopo la valutazione, l'équipe formulerà un giudizio conclusivo che potrà prevedere due possibilità:

- il mantenimento nel programma di assistenza dedicata;

- la dimissione dal programma di assistenza dedicata, accedendo ai normali benefici previsti dalla normativa vigente per persone con età e limitazioni funzionali corrispondenti con tariffazione ordinaria secondo classe SoSIA/SIDi;
- l'accesso a posti letto in RSA convenzionati con l'ASL per persone in condizioni di importanti fragilità, non rientranti nella classificazione prevista dalla dgr n. VIII/6220 del 2007, con compromissioni determinate da gravi cerebrolesioni acquisite post-traumatiche o da malattie neurologiche evolutive, per le quali non si ponga diagnosi di stato vegetativo. Sono 38 i posti letto disponibili per tali pazienti, segnalati alle UCAM dalle Strutture riabilitative utilizzando la scheda, allegato C. Si rimanda allo specifico Protocollo ASL, allegato D, per il funzionamento di questi posti letto.

Per tutte le indicazioni più dettagliate relative alle procedure di presa in carico, rivalutazione, sia domiciliare che nelle RSA/RSD e Strutture Riabilitative, si rimanda al documento parte integrante alla DGR 4222 del 25.10.2012, allegato E.

PROPOSTA DI RICOVERO RIABILITATIVO

Cognome Nome..... Sesso F M Data nascita.....

Cod. Fisc. Tessera Sanitaria.....

Comune di Residenza..... Stato civile

Vive con: coniuge; figli; badante; solo **Segnalato Servizi Sociali:** Si No

/Persona di riferimento e Telefono

Ricoverato dal Struttura e reparto.....
..... Telefono di Reparto.....

DIAGNOSI PRINCIPALE:.....
.....
.....**COMA NO SI PUNTEGGIO GCS** _____

COMORBILITA' ATTIVE (rispetto al motivo del trasferimento in Riabilitazione):
.....
.....

Dimissibile dal..... **MEDICO PROPONENTE**.....

Scala di Instabilità clinica (S.I.C.)		
0	STABILE	Senza particolari problemi o che necessita di monitoraggio clinico(visita medica e/o esami) ad intervalli >60 giorni
1	MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico ad intervalli di 30 - 60 giorni
2	MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico più volte al mese
3	INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico non programmabile: una o più volte settimana ma non quotidiano
4	ALTAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico quotidiano
5	ACUZIE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico pluri-quotidiano

AUSILI in uso:
 SNG PEG CVC tipo e data posizionamento.....
 VENTILAZIONE ASSISTITA..... OSSIGENOTERAPIA.....
 TRACHEOCANNULA tipo e data.....

Lesioni da decubito: NO SI Stadio e sede.....

Deficit cognitivi: NO SI (MMSE.....) **Disturbi comportamentali:** NO SI

Carico: NO SI PARZIALE **AUSILII**

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:.....

Barthel Index : premorbo ed attuale					
IGIENE PERSONALE	Premorbo	Attuale	BAGNO/DOCCIA	Premorbo	Attuale
Autosufficiente 5			Autosufficiente 5		
Dipendenza lieve 4			Dipendenza lieve 4		
Dipendenza moderata 3			Dipendenza moderata 3		
Dipendenza grave 1			Dipendenza grave 1		
Dipendenza completa 0			Dipendenza completa 0		
VESTIRSI			ALIMENTAZIONE		
Autosufficiente 10			Autosufficiente 10		
Dipendenza lieve 8			Dipendenza lieve 8		
Dipendenza moderata 5			Dipendenza moderata 5		
Dipendenza grave 2			Dipendenza grave 2		
Dipendenza completa 0			Dipendenza completa 0		
CONTINENZA URINARIA			CONTINENZA INTESTINALE		
Autosufficiente 10			Autosufficiente 10		
Dip. Lieve (occasionali perdite) 8			Dipendenza lieve 8		
Asciutto durante il giorno, non la notte 5			Dipendenza moderata 5		
Incontinente ma collabora 2			Dipendenza grave 2		
Incontinente o catetere a dimora 0			Incontinenza 0		
USO DEL GABINETTO			TRASF. LETTO-CARROZZINA		
Autosufficiente 10			Autosufficiente 15		
Dipendenza lieve (solo supervisione) 8			Dipendenza lieve (solo supervisione) 12		
Dipendenza moderata (aiuto per svestirsi/vestirsi) 5			Dipendenza moderata (minimo aiuto) 8		
Dipendenza grave (aiuto per tutto) 2			Dipendenza grave (aiuto ma collabora) 3		
Dipendenza completa 0			Dip. Completa (non collabora) 0		
DEAMBULAZIONE			SCALE		
Autosufficiente (autonomo x 50 mt) 15			Autosufficiente 10		
Dipendenza lieve (supervisione e < 50mt) 12			Dipendenza lieve (supervisione occasionale) 8		
Dipendenza moderata (aiuto per usare ausili) 8			Dipendenza moderata (supervisione) 5		
Dipendenza grave (aiuto x deambulare) 3			Dipendenza grave (necessità di aiuto) 2		
Non in grado di deambulare 0			Non è in grado di salire e scendere le scale) 0		
USO CARROZZINA Solo se deambulazione = 0)			PUNTEGGIO TOTALE	PRE-MORBOSO	ATTUALE
Autosufficiente 5					
Dipendenza lieve 4					
Dipendenza moderata 3					
Dipendenza grave 1					
Dipendenza completa 0					

Data compilazione Qualifica e firma dei compilatori.....

A CURA DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA

Accettato SI ; NO: motivazione.....

Data..... Firma e timbro del Medico

Scheda segnalazione di inserimento in RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA), in RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI (RSD) o di accoglienza a domicilio di pazienti con diagnosi di Stato Vegetativo (SV)

(logo Struttura Ospedaliera o Riabilitativa)

Spett.le Unità di Continuità Assistenziale
Multidimensionale

Distretto di

Data della richiesta/...../.....

Struttura che dimette.....

Reparto.....

Data del ricovero...../...../.....

Dati anagrafici dell'assistito:

Cognome Nome.....

Data di nascita/...../..... Luogo di nascitaProv.

Comune di residenzaProv.

Via n.

di riferimentoTelefono

Data dell'evento acuto/...../.....

Data diagnosi SV/...../.....

Natura della grave cerebrolesione

Traumatica

Non traumatica :

Encefalopatia anossica

Evento cerebrale acuto ischemico

Evento cerebrale acuto emorragico

Altro evento _____

Situazione respiratoria:

Respiro spontaneo (con o senza tracheotomia e con o senza ossigenoterapia)

Ventilazione meccanica invasiva

Ventilazione meccanica non invasiva

Lesioni da decubito:

Assenti

Presenti

Glasgow Coma Score - Punteggio massimo per indicare la condizione di SV pari a 10 ai fini dell'accesso a Strutture e Servizi socio-sanitari (DGR 2124/2011)

(barrare il punteggio corrispondente)

A – Apertura degli occhi	Punteggio
<i>Spontanea</i>	4
<i>Agli stimoli verbali</i>	3
<i>Al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
B – Risposta verbale	
<i>Orientata, appropriata</i>	5
<i>Confusa</i>	4
<i>Parole inappropriate</i>	3
<i>Suoni incomprensibili</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
C – Risposta motoria	
<i>Obbedisce al comando</i>	6
<i>Localizza il dolore</i>	5
<i>Retrae al dolore</i>	4
<i>Flette al dolore</i>	3
<i>Estende al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
Punteggio Totale	

Glasgow Coma Score: E V M = Punteggio Totale.....

Si certifica la condizione di Stato Vegetativo dal/...../..... (data evento eziologico acuto):

prolungato; cronico;

(barrare una delle voci)

SI DICHIARA CONCLUSA LA FASE RIABILITATIVA;

IL PAZIENTE HA RAGGIUNTO UNA SITUAZIONE DI STABILITA' CLINICA CHE NE PERMETTE LA DIMISSIONE ED E' DICHIARATO PERSONA CON GRAVISSIMA DISABILITA'

Il Medico Dr. Struttura

DATA/...../.....

Timbro e Firma

Scheda richiesta di valutazione a seguito di dimissione protetta.

Paziente Non SV o con compromissione totale delle funzioni motorie da inserire nei posti letto convenzionati di R.S.A. (come da determinazione ASL di Brescia M/677 del 10.11.2010)

Struttura che dimette

Reparto

Data del ricovero / /

Dati anagrafici dell'assistito:

Cognome Nome

Data di nascita / / Luogo di nascita Prov.

Comune di residenza Prov.

Via n.

di riferimento Telefono

Data evento accidentale / /

Tipo di evento accidentale

Data di esordio patologia neurologica degenerativa / /

Diagnosi e patologie in atto

Necessità riabilitative di recupero funzionale: sì no

Operatore Ospedaliero referente Tel.

Operatore UCAM referente D.G.D. Tel.

In caso di paziente con compromissione totale delle funzioni motorie:

Comunicazione verbale: mantenuta compromessa

Altre modalità di comunicazione utilizzate dal paziente

Il paziente è a conoscenza della sua patologia: sì no

Condizione clinica: Compromissione totale delle funzioni motorie:
 vigile disorientato confuso

Respirazione: spontanea tracheotomia ventilazione assistita

Alimentazione: assistita per os artificiale: SNG tipo
 PEG
 NPT

NAD già attivata? Sì No
(vedi Protocollo NAD)

Idratazione: assistita per os catetere venoso centrale catetere periferico
 SNG endovenosa

Eliminazione intestinale:
 normale stipsi diarrea incontinenza

stomia tipo frequenza di gestione

Necessita di: Presidi sanitari
richiesti: sì no
 Ausili sanitari
richiesti: sì no

Terapie farmacologiche in atto con relativa posologia e via di somministrazione

Eventuali allergie/intolleranze

Note

Assenso alla Valutazione Multidimensionale

Il Sig/La Sig.ra consente che venga effettuata la valutazione multidimensionale del proprio congiunto e chiede di essere informato /a da parte degli operatori della struttura, sulla data ed orario della valutazione, al fine di potervi partecipare.

Firma (e grado di parentela)

Firma operatore UCAM / Ruolo

LUOGO E DATA

Bibliografia di riferimento – PDTA “Il Paziente anziano in riabilitazione”

LE LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.

Bellelli G. La rete dei servizi nell'assistenza all'anziano: quali prospettive per il futuro? In: Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M, Vanara F. Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari. Il Mulino, Bologna 2005; pp.385-409.

Bellelli G, Trabucchi M. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:380-1.

Bellelli G, Magnifico F, Trabucchi M. Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9:55-64.

Bernardini B, Meinecke C, Pagani M et al. Comorbidity and adverse clinical events in the rehabilitation of older adults after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:894-8.

Bernardini B, Pagani M, Corsini C et al. Sistema IPER: indici di processo-esito in riabilitazione. Edizioni VEGA, Padova 2004.

Boffelli S. La definizione delle sindromi geriatriche: un approccio sistematico. *Demenze*, 2007; anno X (2-3):33

Boffelli S, Mattanza C, Giordano A, Rozzini R. L'ospedalizzazione dalla RSA: fenomeni negativi e positivi dei pazienti affetti da demenza severa. *Demenze*, 2008; anno XI (2-3):27-32

Boffelli S. La malattia di Parkinson nell'anziano: attività fisica e movimento. *Brescia Futura*, 2011; (4):40-41

Boffelli S, Cassinadri A, Mattanza C, Rozzini R, Trabucchi M. Caratteristiche ed outcome dei pazienti affetti da delirium e ricoverati in un reparto di riabilitazione geriatrica. *Psicogeriatría* 2011; 1(suppl):93.

Boffelli S, Cassinadri A, Rozzini R, Trabucchi M. Fragilità ed area di provenienza ospedaliera come predittori di durata della degenza in riabilitazione geriatrica. 56° Congresso Società Italiana di Geriatria e Gerontologia – SIGG, 2011, Abstract book.

Brizioli E, Romano M, Senin U et al. la rete dei servizi per gli anziani. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F (Eds). Residenze sanitarie per anziani. Fondazione Smith Kline Ed, Il Mulino 2002.

Cassinadri A, Boffelli S, Mattanza C, Rozzini R, Trabucchi M. Differente gravità cognitiva ed outcome riabilitativi in pazienti ricoverati in un reparto di riabilitazione geriatrica. *Psicogeriatría* 2011; 1(suppl):108.

De Weerd W, Feys H. Assessment of physiotherapy for patients with stroke. *Lancet* 2002; 359:182-3.

Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. *Lancet Neurol* 2004; 3:528-36.

Fetter RB, Shin Y, Freeman JL et al. Case Mix definition by diagnosis related groups. *Med Care* 1980; 18(Suppl):1-53.

Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ et al. The development of outpatient clinical glidepaths. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1886-901.

Giusti A, Barone A, Pioli G. Rehabilitation after hip fracture in patients with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:1309-10.

Green J, Forster A, Bogle S et al. Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 359:199-203.

Greenwood R. The future of rehabilitation. Lies in retraining, replacement, and regrowth. *BMJ* 2001; 323:1082-3.
ISTAT. Rapporto annuale 2004: dati statistici. http://www.istat/dati/catalogo/rapporto_2004/dati.html

Kane RL. Assessing the effectiveness of postacute care rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88:1500-4.

Keith RA, Granger C, Hamilton BB et al. The Functional Independence Measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil* 1987; 1:6-16.

Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA et al. Delirium symptoms in postacute care. Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:4-9.

Mattanza C, Boffelli S. Il fenomeno badanti nell'assistenza al paziente anziano: un'indagine CENSIS. *Demenze*, 2008; (1):29-31

Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. Quaderno del Ministero della Salute n. 6, novembre-dicembre 2010.

Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Quaderno del Ministero della Salute n. 8, marzo-aprile 2011.

Moskowitz E. PULSES profile in retrospect. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66:647-8.

O'Connell JE, Gray CS. Why stroke patients don't like Mondays (or Saturdays or Sundays). *Age Ageing* 2007; 36:242-4.

- Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB et al. Trend in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation. *JAMA* 2004; 292:1687-95.
- Patrick L, Knoefel F, Gaskowski P et al. Medical comorbidity and rehabilitation efficiency in geriatric inpatients. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1471-7.
- Ranhoff AH, Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S, Trabucchi M. Delirium in a Sub-Intensive Care Unit for the Elderly: Occurrence and risk factors. *Aging Clin Exp Res*, 2006a; 18:440-445.
- Ranhoff AH, Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S, Ferri M, Travaglini N, Ricci A, Morandi A, Trabucchi M. Subintensive care unit for elderly: a new model of care for critically ill frail elderly medical patients. *Intern Emerg Med*, 2006b; 1(3):197-203.
- Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S, Ferri M, Barbisoni P, Frisoni GB, Trabucchi M. Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2005; 62:1180-1183
- Rozzini R, Boffelli S, Cassinadri A, Mattanza C, Morandi A, Ricci A, Sabatini T, Travaglini N, Trabucchi M. L'ospedalizzazione per patologia somatica acuta dell'anziano affetto da demenza di Alzheimer: analisi dei bisogni e ottimizzazione delle risposte. *Demenze*, 2006; (2/3):22-28
- Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Geriatr Med* 1998; 14:669-79.
- Saitto C, Marino C, Fusco D et al. Prospective Payment in Rehabilitation Collaborative Group. Toward a new payment system for inpatient rehabilitation. Part I: predicting resource consumption. *Med Care* 2005; 43:844-55.
- Saitto C, Marino C, Fusco D et al. Prospective Payment in Rehabilitation Collaborative Group. Toward a new payment system for inpatient rehabilitation. Part II: Reimbursing providers. *Med Care* 2005; 43:856-64.
- Stineman MG, Escarce JJ, Goin JE et al. A case-mix classification system for medical rehabilitation. *Med Care* 1994; 32:366-79.
- Stineman MG, Tassoni CJ, Escarce JJ et al. Development of function-related groups version 2.0: a classification system for medical rehabilitation. *Health Serv Res* 1997; 32:529-48.
- Trabucchi M, Crepaldi G. L'organizzazione dell'assistenza all'anziano: un puzzle con molti problemi aperti. In: Spalao P, Maggi S, Trabucchi M (Eds). *L'anziano nella rete dei servizi*. Il Poligrafo, Padova 2001; pp.15-37.
- Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Need Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999; 13:253-67.
- Whyte J, Hart T. It's more than a black box; it's a Russian doll: defining rehabilitation treatments. *Am J Phys Med Rehabil* 2003; 82:639-52

Bibliografia di riferimento – PDTA “La gestione del paziente con esiti da gravi cerebrolesioni acquisite”

3° Conferenza Nazionale di Consenso: Buona pratica clinica nella riabilitazione ospedaliera della persone con gravi cerebrolesioni acquisite. 2010 <http://www.consensusconferencegca.com>

Protocollo di valutazione di minima della persona con GCA. Ital J Rehab Med- MR 2006; 21:55-86.

1° Conferenza Nazionale di Consenso: modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio-encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati. Modena, 2000. <http://www.consensusconferencegca.com>

“Linee di indirizzo per l’assistenza alle persone in stato vegetativo e in stato di minima coscienza”. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 5 maggio 2011, Allegato 1 www.statoregioni.it codice 4.10/2010/64

“Primo documento di linee guida per le persone in stato vegetativo”. DGR Regione Lombardia 6220/2007 All.1

Ministero della salute: Stato vegetativo e di minima coscienza. Ital J Rehab Med- MR 2007; 21:5-25.

Circolare 2, 28.01.2008 Regione Lombardia “ Indicazioni in ordine alla applicazione della DGR VIII/6220: Determinazioni in ordine alle persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della Direzione generale famiglia e solidarietà sociale”

Ministero della salute: Piano di indirizzo per la Riabilitazione. Gazzetta Ufficiale, suppl. ordin. 60, serie generale n. 50, 02.03.11.

LEGENDA

ASL:	Azienda Sanitaria Locale
CDI:	Centro Diurno Integrato
CeAD:	Centro di Assistenza Domiciliare
IDR:	Istituto di Riabilitazione (ora Struttura riabilitativa socio-sanitaria)
MMG:	Medico di Medicina Generale
PDTA:	Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale
RSA:	Residenza Sanitario Assistenziale
RSD:	Residenza Sanitaria per Disabili
SSR:	Servizio Sanitario Regionale
UCAM:	Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale
SAV:	Servizio di adattamento degli ambienti di vita

