

Regione Campania

Il Presidente

Giunta Regionale della Campania

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO N. 23 del 10.03.2015

Oggetto: Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

PREMESSO:

- a) che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b) che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- f) che con delibera del 29 ottobre 2013 il Consiglio dei Ministri ha nominato il Prof. Ettore Cinque quale ulteriore sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- g) che nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale *"organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali"*, emanando provvedimenti qualificabili come *"ordinanze emergenziali statali in deroga"*, ossia *"misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"* (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

CONSIDERATO che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 promuove la costituzione di un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a garantire in maniera coordinata e continuativa


*Regione Campania**Il Presidente***Giunta Regionale della Campania**

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

la presa in carico del paziente e definisce il governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive del SSN;

VISTO il Piano Sanitario Regionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 22.3.2011 che, nel definire i livelli organizzativi e le fasi del processo riabilitativo, pone tra gli obiettivi della Regione Campania il potenziamento della rete regionale che assicuri continuità assistenziale ed integrazione degli interventi per uno stesso paziente attraverso la presa in carico globale e percorsi clinico diagnostici ed assistenziali omogenei, appropriati e condivisi;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011 contenente il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione", recepito dalla Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13.11.2012, che promuove la realizzazione del Percorso riabilitativo unico integrato, imperniato sui criteri di accessibilità, tempestività degli interventi, continuità ed appropriatezza delle cure, efficacia, coinvolgimento attivo dell'utente, empowerment, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico, sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale elaborato con i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health);

TENUTO CONTO:

- a) delle iniziative, attivate a livello nazionale, di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione da parte delle amministrazioni regionali, ai sensi dell'articolo 2 del suddetto Accordo, che prevedono, tra l'altro, la definizione di percorsi riabilitativi o profili Integrati di cura per condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo, che fissino la durata di ciascuna fase del percorso e gli indicatori di valutazione dell'esito intermedio e finale;
- b) della valutazione dei risultati delle analisi di appropriatezza e di efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera in sede di verifica degli adempimenti da parte del Comitato LEA;

CONSIDERATO che, ai fini degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e, in particolare, dell'obbligo di ridefinire il modello di offerta delle prestazioni riabilitative alla luce dei principi e criteri indicati dal Piano, con Decreto del Commissario ad Acta n. 31 del 2 luglio 2014 la Regione Campania ha provveduto alla formale costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale per l'implementazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, con compiti di supporto alle azioni istituzionali, aggiornamento, monitoraggio e valutazione delle procedure organizzative ed operative delle attività di assistenza riabilitativa e di definizione di percorsi e protocolli clinici per la presa in carico di persone di diverse fasce di età e diversi bisogni;

VISTO il parere DGPROG-18/08/2014-0000228-P con il quale il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, nel prendere atto del sopra citato provvedimento commissariale n. 31/2014, rappresenta che *"le attività del gruppo di lavoro devono tenere conto di quanto verrà definito dal documento di indirizzo che individua i criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa, che dovrà essere definito entro sei mesi dalla stipula del Patto per la salute 2014-2016, così come previsto dall'art. 3 comma 3 dello stesso;*

PRESO ATTO che il Gruppo regionale, nelle more della definizione del suddetto documento di indirizzo nazionale, ha condiviso il modello di percorso riabilitativo unico integrato basato sui principi evidenziati dal Piano di indirizzo per la Riabilitazione, da utilizzare per ciascuna delle condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo, prevedendo:

- a) l'individuazione, in modo sistematico, delle principali indicazioni per garantire:
 - una appropriata presa in carico e la sua verificabilità;


*Regione Campania**Il Presidente***Giunta Regionale della Campania**

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- l'erogazione tempestiva delle cure riabilitative;
- la continuità di cura del complesso delle problematiche terapeutico-riabilitative poste da una particolare condizione patologica e dalle disabilità che ne conseguono;
- la pianificazione e la partecipazione attiva da parte della struttura che accoglie il paziente alla fase di transizione da un setting all'altro;
- il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia;

RILEVATA la necessità di procedere, prioritariamente, alla implementazione delle linee di indirizzo regionali sul percorso riabilitativo per il paziente con ictus, di cui al D.C.A. n. 44 del 14.05.2013, definendo le principali indicazioni per la realizzazione di un uniforme modello organizzativo basato sull'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale che consenta l'effettiva attuazione del percorso dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio, garantendo:

- a) presa in carico riabilitativa precoce,
- b) effettiva realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale quale strumento di continuità assistenziale e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali;
- c) dimissione programmata e protetta;

e di rinviare ad una fase successiva l'elaborazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi;

VISTI i Decreti del Commissario ad Acta n. 91/2014 e n. 105/2014 con i quali la Regione Campania ha proceduto alla ripartizione e all'assegnazione delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN Anno 2013, di cui all'Accordo Stato - Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/2014, per la linea progettuale *"Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011"*, finalizzando le stesse alla ridefinizione del modello organizzativo di assistenza riabilitativa per l'attuazione del percorso riabilitativo unico integrato attraverso le seguenti azioni:

1. Iniziative di comunicazione, formazione e condivisione dei contenuti del Piano di indirizzo per la riabilitazione con i responsabili dei servizi e gli operatori del settore;
2. Formalizzazione del percorso riabilitativo unico integrato nei diversi setting assistenziali che preveda il coinvolgimento del cittadino e la sua famiglia in termini di informazione e partecipazione;
3. Implementazione delle procedure operative e organizzative dei reparti di riabilitazione;
4. Utilizzo del progetto riabilitativo individuale come strumento di presa in carico dalla fase acuta;
5. Adozione di strumenti di monitoraggio delle nuove procedure e di verifica degli esiti in termini di appropriatezza, di efficacia e di efficienza delle singole prese in carico;

PRESO ATTO del documento elaborato dal Gruppo di Lavoro Regionale "Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus", per la implementazione delle linee di indirizzo regionali sul percorso riabilitativo per il paziente con ictus, che costituisce l'allegato A del presente provvedimento;

RITENUTO di poter approvare il suddetto documento al fine di uniformare sul territorio regionale il modello di presa in carico e di continuità di cura del complesso delle problematiche terapeutico-riabilitative poste dallo stroke e dalle disabilità conseguenti, perseguendo i seguenti risultati:

Per il paziente:

1. ridurre il tempo di degenza nell'ospedale per acuti e il rischio di complicanze;
2. definire un percorso riabilitativo ed assistenziale dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio;
3. evitare dannose discontinuità della presa in carico tra una fase riabilitativa e la successiva;
4. favorire il recupero funzionale, ridurre la disabilità residua, favorire la ripresa della partecipazione alla vita delle persone colpite da ictus.

Per il sistema sanitario regionale:


*Regione Campania**Il Presidente***Giunta Regionale della Campania**

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

5. fornire indicazioni per favorire l'identificazione della rete per la ottimizzazione delle risorse;
6. individuare le implicazioni organizzative e di risorse necessarie alla implementazione delle migliori pratiche;
7. definire un set di indicatori di performance;
8. ridurre la variabilità nell'accesso e nel tipo di cure offerto ai pazienti;
9. aumentare l'efficienza d'uso delle risorse;
10. ridurre la migrazione passiva;

RITENUTO necessario, per quanto sopra esposto, che le aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, attivino tutte le procedure più idonee per garantire la necessaria integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale ai fini della effettiva attuazione del percorso, definendo le relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna di esse;

VISTE le "Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania", approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25.3.2004, contenenti indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTA la D.G.R. n. 2006 del 5 novembre 2004 la Regione Campania recante "*Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n. 8*";

VISTA la D.G.R.C. n. 41 del 14/2/2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania";

VISTO Il decreto commissariale n. 1 del 07.01.2013 "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania";

VISTA la D.G.R.C. 323 del 3/7/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone adulte ed anziane -S.VA.M.A. Campania. Modifiche ed integrazioni della D.G.R.C. 1811/2007"

VISTA la D.G.R.C. n. 324 del 3/7/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone adulte Disabili - S.VA.M.DI. Campania"

VISTO il Patto per la Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014;

D E C R E T A

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di approvare il documento "Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus" di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, a modifica ed integrazione del percorso riabilitativo definito con D.C.A. 44/2013, rinviando ad una fase successiva l'elaborazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi;
2. di fare obbligo ai Direttori Generali delle aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, di attivare tutte le procedure più idonee per garantire la necessaria integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale per la effettiva realizzazione del percorso riabilitativo unico

Regione Campania

Il Presidente

Giunta Regionale della Campania

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

integrato per il paziente con ictus, definendo le relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna di esse;

3. di precisare che dall'attuazione del presente decreto commissariale non derivano ulteriori oneri di spesa a carico delle Aziende Sanitarie e del bilancio regionale;
4. di trasmettere il presente decreto al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze e di riservarsi le eventuali modifiche nel caso di osservazioni o rilievi ministeriali;
5. di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, al Dipartimento Salute e Risorse naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, all'ARSAN e al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta
dott. Mario Morlacco

Il Capo Dipartimento
Salute e Risorse naturali
dott. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela
della Salute ed il Coordinamento
del Sistema Sanitario Regionale
dott. Mario Vasco

Il Dirigente dell'U.O.D. Interventi Socio Sanitari
dr.ssa Marina Rinaldi

Il Funzionario
dr.ssa Luisa Cappitelli

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



*Direzione Generale per la Tutela della Salute
ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

Allegato A

Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus



Giunta Regionale della Campania

Premessa

S'intende per *ictus* un deficit neurologico focale o generalizzato (coma) i cui sintomi e segni persistono per almeno 24 ore e sono causati da un evento ischemico o emorragico. È una malattia ad elevato tasso di incidenza e mortalità che coinvolge un gran numero di persone, particolarmente anziani, e che costituisce la seconda causa di morte nel mondo. I sopravvissuti spesso presentano significative limitazioni fisiche, cognitive e psicologiche con un gran numero di soggetti con ridotta partecipazione ed aumentata dipendenza che generano alti costi sociali.

La definizione di un percorso riabilitativo unico integrato per la gestione dei pazienti con ictus nei vari setting terapeutici ha lo scopo di ridurre la notevole variabilità di erogazione di prestazioni sanitarie, eliminare il più possibile i ritardi ed attività superflue, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

Esso si concretizza nella *presa in carico* del paziente e nell'erogazione degli interventi secondo definiti *programmi riabilitativi* all'interno di uno specifico *Progetto Riabilitativo Individuale* (PRI).

Nella realizzazione del percorso si assumono come principi prioritari:

1. l'appropriatezza della presa in carico e la sua verificabilità;
2. l'erogazione tempestiva delle cure riabilitative;
3. la continuità dell'assistenza, per evitare dannose discontinuità della presa in carico tra una fase riabilitativa e la successiva;
4. la pianificazione e la partecipazione attiva da parte delle strutture dal momento del primo ricovero alla fase di transizione della persona con disabilità da un setting all'altro;
5. il coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia.

Il presente percorso riabilitativo è descritto sulla base delle principali raccomandazioni delle Linee Guida italiane ed internazionali sull'argomento e fornisce le indicazioni organizzative per: l'applicazione delle buone pratiche, la pianificazione della transizione dei pazienti nei vari setting e la valutazione con i principali indicatori di performance da applicare agli interventi proposti.

Il modello di riferimento è quello della presa in carico globale applicato sia dalle U.O. per acuti (Neurologia/Stroke Unit, Medicina, Geriatria, Neurochirurgia, Rianimazione ed altre U.O. ospedaliere, presso le quali si verificano casi di stroke primario o secondario ad interventi chirurgici) con le corrispettive strutture riabilitative proprie, che da quelle di Riabilitazione della fase post acuta (cod. 56 e cod 60). Secondo tale modello il percorso incentiva la presa in carico precoce nel setting per acuti.

Il presente percorso non si applica ai pazienti con ictus che ha dato esito ad una *grave cerebrolesione acquisita*. Tali pazienti necessitano di percorso specifico.



Giunta Regionale della Campania

Principi del percorso riabilitativo unico integrato:

1. Appropriattezza della presa in carico e sua verificabilità

La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

L'utilizzo dell'ICF come linguaggio comune a tutti gli operatori della rete diventa strumento essenziale nel tracciare il percorso riabilitativo individuale.

Ciò consente di perseguire ben definiti e misurabili obiettivi riabilitativi facilmente individuabili nel miglioramento della funzione e delle attività della vita quotidiana.

Il riferimento costante delle attività riabilitative è il concetto di *modificabilità* ed è incluso nel processo decisionale che definisce l'ambito riabilitativo (intensivo/estensivo; ospedaliero/territoriale; socio-sanitario) nonché la necessaria appropriatezza dei programmi, e delle relative responsabilità degli stessi, che compongono il PRI, fino alla indicazione della uscita dalla presa in carico riabilitativa.

La modificabilità coinvolge le dimensioni biologica, personale e contestuale del cittadino servito, dimensioni interagenti secondo la rinnovata cultura ICF e concorrenti a determinare il livello di partecipazione e di inclusione sociale.

2. Erogazione tempestiva delle cure riabilitative

Le evidenze della letteratura dimostrano che tanto più è tempestiva la presa in carico fin nella fase di acuzie, tanto più valido può essere il risultato raggiungibile in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni (secondari e terziari).

La comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo esige che il percorso riabilitativo unico integrato e la definizione del relativo progetto siano avviati contestualmente al ricovero in fase acuta.

3. Continuità dell'assistenza

Una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali rappresenta uno degli elementi fondamentali per il raggiungimento dell'outcome finale, migliore possibile, del processo di recupero riabilitativo.

Come sottolineato dall'OMS, non tutti i pazienti necessitano di un intervento riabilitativo che si sviluppi lungo tutto l'arco dei servizi erogabili, ma una rete ben funzionante deve essere in grado di modulare la propria risposta in base alle specifiche esigenze della singola persona.



Giunta Regionale della Campania

4. Pianificazione e partecipazione attiva da parte delle strutture alle fasi di transizione della persona con disabilità da un setting all'altro

E' importante garantire una pianificazione di routine delle attività che facilitino il trasferimento del paziente tra i diversi setting assistenziali e l'interfaccia tra servizi sanitari e sociali, in un sistema di servizi a diversi livelli e specificità (fase acuta, fase post-acuta, fase degli esiti) prevedendo specifici sistemi di coordinamento ed integrazione sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna delle stesse in grado di garantire la continuità terapeutica.

5. Coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia

Negli ultimi anni, in campo sanitario si è passati dalla concezione della persona come mero contenitore di patologie a quella di soggetto attivo nel percorso di cura e riabilitazione, favorendo il coinvolgimento dello stesso e della sua famiglia nel processo di costruzione della risposta al bisogno. Ciò comporta la necessità di rendere consapevole e partecipe la persona consentendole di gestire le proprie capacità di sviluppare le proprie abilità e raggiungere il massimo livello di autonomia possibile per soddisfare i bisogni personali, sociali e lavorativi al fine di partecipare alla vita nel modo più significativo possibile.

Aspetti chiave e prioritari per la realizzazione del percorso riabilitativo unico integrato:

1. Le strutture che assistono i pazienti con ictus devono adeguare la propria organizzazione per rispondere ai bisogni riabilitativi specifici per ciascun setting.
2. Le strutture riabilitative devono definire il proprio *Progetto di struttura*, dedicato alle esigenze dei pazienti con ictus.
3. È necessario, per tutte le strutture:
 - o Acquisire modalità organizzative di lavoro in team che prevedano la redazione PRI, incontri periodici, crono programmi e valutazioni con indicatori predefiniti; prevedere uno spazio dedicato in cartella per tutte queste informazioni
 - o Prevedere l'utilizzo di strumenti e di competenze che possano integrare, quando necessario, il team di base definito per l'assistenza
 - o Pianificare di routine un'attività che faciliti il trasferimento del paziente tra i diversi setting assistenziali e l'interfacciamento tra servizi sanitari e sociali
 - o Promuovere, attraverso l'individuazione di tempi dedicati, la partecipazione e la formazione dei familiari.

I pazienti che possono essere inclusi in questo percorso sono quelli che rientrano nel gruppo del MDC01 identificati, in fase acuta, dai seguenti codici ICD9:

430 – 431 – 432 – 433- 434 – 436.



Giunta Regionale della Campania

Il team multidisciplinare per la riabilitazione dell'ictus dovrebbe comprendere i seguenti professionisti con esperienza nella riabilitazione dello stroke:

- Medico specialista in riabilitazione
- Medici specialisti consulenti
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Psicologo
- Assistente sociale

I risultati attesi dalla realizzazione del percorso descritto nel presente documento sono:

Per il paziente:

1. ridurre il tempo di degenza nell'ospedale per acuti e il rischio di complicanze
2. definire un percorso riabilitativo ed assistenziale dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio
3. favorire il recupero biologico e funzionale, ridurre la disabilità residua, favorire la ripresa della partecipazione alla vita delle persone colpite da ictus

Per il sistema sanitario regionale:

4. fornire indicazioni per favorire l'identificazione della rete per la ottimizzazione delle risorse
5. individuare le implicazioni organizzative e di risorse necessarie alla implementazione delle migliori pratiche
6. definire un set di indicatori di performance e, laddove possibile, standard di qualità, per promuovere a livello locale e regionale attività di monitoraggio e di audit
7. ridurre la variabilità nell'accesso e nel tipo di cure offerto ai pazienti
8. aumentare l'efficienza d'uso delle risorse
9. ridurre la migrazione passiva

Le fasi del percorso riabilitativo

Il percorso riabilitativo è articolato nelle seguenti fasi:

- Fase acuta
- Fase post acuta ospedaliera
- Fase della riabilitazione territoriale
- Uscita dal percorso riabilitativo sanitario



Giunta Regionale della Campania

Fase acuta

In fase acuta: l'Unità Operativa nella quale è ricoverato il paziente deve segnalare, entro 24 ore dal ricovero, il possibile bisogno riabilitativo ai fini dell'intervento del team riabilitativo¹ che, integrato al team clinico dell'UO di degenza, provvede entro 48 ore alla presa in carico riabilitativa della persona.

La presa in carico riabilitativa si concretizza con:

- la valutazione iniziale che deve essere effettuata con scale validate (NIHSS, FIM, CIRS, MRS, TCT) necessarie ad identificare i primi interventi riabilitativi ed il setting assistenziale successivo;
- la collaborazione tra il team riabilitativo ospedaliero e il Distretto di residenza del paziente: il team riabilitativo provvede a mettersi in contatto con l'Unità Operativa di Riabilitazione di residenza del paziente per comunicarne l'avvenuta presa in carico e concordare le azioni da intraprendere per la continuità assistenziale;
- la formulazione della proposta di Progetto Riabilitativo Individuale, corredato di un Programma con obiettivi specifici e con la partecipazione del paziente e della sua famiglia. IL PRI, in base allo schema allegato che ne individua i contenuti generali, utilizza i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), e definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari.
All'interno del PRI vengono indicati: gli esiti delle valutazioni iniziali, i programmi riabilitativi adottati, i risultati raggiunti e il setting di cura successivo con indicazione del livello appropriato di intensità assistenziale necessari alla prosecuzione del percorso riabilitativo.

Se il paziente passa ad un setting assistenziale che prevede il ricovero, almeno 2-3 giorni prima del previsto trasferimento deve essere inviata la richiesta alle strutture regionali che possono garantire il livello assistenziale indicato nel Progetto Riabilitativo Individuale, nel rispetto della libertà di scelta del paziente/famiglia. In base alla prima disponibilità data dalle strutture di riabilitazione deve essere organizzato il trasferimento diretto.

Le unità ospedaliere riabilitative di tipo intensivo (cod. 56) e di tipo estensivo (cod. 60) hanno lo stesso compito: portare la persona ricoverata ad un identico livello di autonomia domiciliare o peridomiliare con necessità di contenuta assistenza. In entrambe, il paziente va incontro ad una presa in carico globale omnicomprensiva che è documentata attraverso la rielaborazione della proposta di Progetto Individuale, già redatta nella fase

¹ Il team riabilitativo minimo per la presa in carico in fase acuta deve essere assicurato ricorrendo a tutte le figure professionali disponibili in ospedale o sul territorio attraverso la formalizzazione di percorsi aziendali che definiscano le procedure con le quali gli stessi professionisti devono mettere in atto quanto indicato nel presente documento



Giunta Regionale della Campania

acuta, la realizzazione di uno o più programmi riabilitativi, indirizzati all'outcome funzionale complessivo appena indicato.

Esse differiscono per la casistica cui sono orientate, essendo la degenza riabilitativa intensiva rivolta ad ottenere i risultati desiderati in tempi più rapidi e quella estensiva in tempi più lunghi.

Pertanto, alla degenza intensiva dovrebbero accedere persone che hanno buone prospettive di recupero in tempi relativamente rapidi e, quindi, ad esempio con contenuta comorbidità e minori complicanze e sostanzialmente in grado di poter essere sottoposte (dopo i primi giorni) ad almeno 3 ore di terapia riabilitativa specifica.

Alla degenza estensiva sono invece indirizzati i pazienti con caratteristiche di maggiore comorbidità e che prevedibilmente per molto tempo sono in grado di partecipare ad un trattamento specifico di almeno di un'ora al giorno.

Un paziente può essere dimesso da una U.O. per acuti quando:

- le condizioni cliniche risultano totalmente o parzialmente stabilizzate
- è venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non sono programmati interventi chirurgici urgenti
- il paziente è in ventilazione spontanea

Non controindica il trasferimento presso una struttura di riabilitazione la presenza di:

- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale
- sondino nasogastrico
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

Quindi, i pazienti clinicamente stabili che possono giovare di programmi ad impegno terapeutico riabilitativo più o meno complesso di tipo intensivo sono trasferibili in U.O. di Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).

I pazienti clinicamente poco stabili il cui potenziale di recupero biologico non consente l'attuazione di programmi riabilitativi intensivi, per i quali sarebbe utile un trattamento estensivo, sono trasferibili in U.O. di lungodegenza (cod. 60). La condizione di stabilità-gravità della patologia può essere temporanea, e in questo caso il paziente può essere inviato in riabilitazione estensiva per poi essere eventualmente reindirizzato, nel caso in cui ci sia un miglioramento delle condizioni cliniche, alla riabilitazione intensiva.

In caso di mancanza temporanea di qualche giorno (2 – 3 gg) della disponibilità di posti letto nel setting ospedaliero individuato come appropriato, il paziente può essere accolto su posto letto in altro setting assistenziale per garantire la sicurezza dell'assistenza e l'avvio della fase di valutazione e iniziale trattamento.

Il Progetto Riabilitativo Individuale rappresenta lo strumento che deve garantire la continuità della presa in carico e dunque deve contenere un programma riabilitativo con le indicazioni indispensabili alla prosecuzione dei programmi riabilitativi per i primi 3-5 giorni entro i quali la struttura che riceve il paziente (U.O. cod. 56, U.O. cod. 60) deve aggiornare il progetto riabilitativo.

In presenza di disabilità che non necessita di ricovero ospedaliero ma della prosecuzione del percorso riabilitativo a livello territoriale (ambulatoriale/domiciliare/residenziale/



Giunta Regionale della Campania

semiresidenziale ex art. 26) devono essere attivate immediatamente le procedure per garantire la dimissione programmata/protetta e la prosecuzione dei programmi riabilitativi indicati nel PRI e prevedere la funzione del team riabilitativo territoriale per l'adeguamento dello stesso progetto. Le AASSLL devono garantire la presenza di un team riabilitativo che in collaborazione con quello ospedaliero e con le U.U.O.O. per acuti deve attivarsi tempestivamente per la prosecuzione del PRI senza soluzione di continuità intervenendo eventualmente sui criteri di priorità delle liste di attesa tra le strutture sul territorio di appartenenza disponibili a sperimentare un modello di rete per la gestione del paziente con ictus, formalizzando percorsi aziendali per mettere in atto quanto indicato dal presente documento.

Indicatori di performance:

1. Formalizzazione del percorso riabilitativo per l'intervento del team riabilitativo
2. % di pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro 48 ore dal ricovero
3. % dei pazienti per i quali è stato redatto il PRI
4. % di pazienti trasferiti in U.O. di riabilitazione con distribuzione tra cod. 56 e cod. 60



Giunta Regionale della Campania

Fase Postacuta

In accordo con le indicazioni della Conferenza di Helsingbor è necessario programmare la continuità delle cure dopo la dimissione dai reparti per acuti per evitare un peggioramento dello stato funzionale dopo la dimissione.

Dopo la fase acuta dell'ictus è quindi indicato che il programma riabilitativo nell'ambito del PRI sia realizzato in strutture specializzate da parte di personale addestrato, tenendo conto delle esigenze a lungo termine del soggetto colpito dall'evento cerebrovascolare acuto.

In riabilitazione intensiva (U.O. cod. 56) deve essere previsto un gradiente di modificabilità biologica elevato e la disponibilità individuale a subire -interagire con - un trattamento riabilitativo dedicato per almeno tre ore giornaliere. L'opportunità di privilegiare l'ambito biologico relativo alle strutture e funzioni corporee è sostanziata dalla necessità di non sottrarre il cittadino ad appuntamenti ed occasioni di recupero (neuroplasticità post-acuta lesionale, riparazione tessutale) e di indirizzare così le funzioni corporee al minor livello di gravità di compromissione possibile (qualificatori di gravità ICF).

La riabilitazione estensiva (U.O. cod. 60) è invece tipizzata da un ridotto, ma persistente, gradiente di modificabilità del livello biologico (funzioni corporee) a sostegno del quale devono essere comunque previsti dei programmi di cure riabilitative a medio/lungo periodo. La scarsa modificabilità della capacità nelle attività e nella partecipazione deve far prevedere la necessità di integrare ulteriori programmi riabilitativi che abbiano lo scopo di indurre modificazioni della performance (non più della capacità), fornendo facilitatori e abbattendo barriere, acquisendo connotazione di processo riferibile al contesto socio-sanitario. È evidente la necessità costante di coinvolgere l'ambito più personale del cittadino servito, inteso come condivisione e motivazione, espressioni del sé che non si possono agire direttamente con programmi dedicati, ma che nascono nella capacità di empowerment che il sistema e la relativa strutturazione organizzativa inducono (governo clinico-PRI).

Il ricovero in strutture di riabilitazione intensiva (cod. 56) deve essere, quindi, riservato a pazienti con disabilità rilevanti, ad alta modificabilità che riguarda in genere più di una funzione; richiede inoltre un'assistenza infermieristica ad elevata specificità e possibilità di frequente interazione con altre discipline specialistiche. I criteri di gravità medi di riferimento della disabilità, che individuano l'appropriatezza del ricovero, sono definiti attraverso scale validate (NIHSS, FIM, CIRS, MRS, TCT, MI e altre); le stesse scale sono utilizzate anche per misurare i risultati dell'intervento, il raggiungimento degli obiettivi prefissati e la dimissione che corrisponde al raggiungimento della stabilità del livello di recupero. In casi selezionati possono essere appropriati ricoveri brevi provenienti dal domicilio come ad es. in casi di netto peggioramento delle performance nelle Attività di Vita Quotidiana (AVQ) nel mese precedente, necessità di trattamento della spasticità focale, gestione del dolore.



Giunta Regionale della Campania

Obiettivo generale della riabilitazione ospedaliera è quello di orientare il processo di recupero estrinseco ed intrinseco bio-funzionale nella maniera più produttiva ed economica possibile, favorendo la migliore riorganizzazione post lesionale possibile del sistema nervoso centrale.

All'atto del ricovero in riabilitazione ospedaliera deve essere revisionato il PRI che deve anche tenere conto dei bisogni e delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e abilità residue, definire gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità, il ruolo dell'equipe riabilitativa, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti e le azioni necessarie.

Criteri di dimissione programmata/protetta

Per le dimissioni dal ricovero in struttura di degenza ospedaliera di pazienti con disabilità da ictus cerebri recente si utilizzano alcuni criteri:

- a) Stabilità del quadro clinico;
- b) Autonomia nelle AVQ di base a domicilio con aiuto minimo o medio da parte di un'altra persona;
- c) Sufficiente garanzia della continuità terapeutica al fine di ottenere la persistenza e la crescita dei risultati ottenuti.

La dimissione dalla struttura di riabilitazione ospedaliera, a seguito delle valutazioni in fase intermedia e finale è, pertanto, realizzabile nelle seguenti condizioni:

1. Raggiungimento degli obiettivi del progetto individuale, che devono corrispondere almeno ai seguenti:
 - Capacità di spostamento con aiuto [FIM cammino/carrozzina =(3)-4-5 o più]
 - Autonomia AVQ con adattamento o con aiuto moderato [FIM=(3)-4-5 o più]
 - Capacità sufficiente di comunicazione [= (3)-4-5 o più];

Per le persone che manifestano un bisogno riabilitativo ed assistenziale a termine, non solo per riacquistare le AVQ, ma soprattutto per riacquistare autonomia nell'ambiente di vita normale (casa, mobilità, lavoro), è necessario favorire una dimissione precoce con indicazione alla presa in carico territoriale per la prosecuzione dei programmi riabilitativi, definiti nel Progetto riabilitativo individuale, presso una struttura ambulatoriale.

Il setting di destinazione è individuato, con congruo anticipo, dall'equipe che ha in carico il paziente in maniera condivisa con l'UO di Riabilitazione del Distretto di residenza del paziente per garantire la continuità assistenziale, con la partecipazione del paziente o dei familiari o caregivers e comunicato al medico di medicina generale.

2. Raggiungimento parziale degli obiettivi minimi previsti all'interno dei limiti temporali del ricovero con andamento in progresso lento.
In questo caso il paziente è dimesso con indicazione alla presa in carico territoriale per la prosecuzione, di norma presso una struttura residenziale o semiresidenziale di Riabilitazione estensiva oppure presso il domicilio, dei programmi riabilitativi indicati nel Progetto riabilitativo individuale, che sarà aggiornato dal team riabilitativo territoriale.



Giunta Regionale della Campania

Il setting di destinazione è individuato, con congruo anticipo, dall'equipe che ha in carico il paziente in maniera condivisa con l'UO di Riabilitazione del Distretto di residenza del paziente per garantire la continuità assistenziale, con la partecipazione del paziente o dei familiari o caregivers e comunicato al medico di medicina generale.

3. Nel caso in cui l'andamento del recupero mostri un arresto nella progressione del recupero che si ritiene non possa ulteriormente riprendere:

3.1 Se il paziente ha bisogno di assistenza ospedaliera andrà trasferito in una struttura lungodegenziale (cod. 60), dove gli sia garantita un'assistenza riabilitativa finalizzata al mantenimento delle condizioni funzionali raggiunte ed alla prevenzione dei danni secondari e delle complicanze.

3.2 Se il paziente non ha bisogno di assistenza ospedaliera, quando non sussista ulteriore prognosi riabilitativa, intesa come ulteriore obiettivo da perseguire sostanziato da una modificabilità persistente nell'ambito biologico (funzioni e strutture corporee) ed extracorporeo (attività/partecipazione/fornitura di facilitatori/rimozione di ostacoli), si determina l'opportunità di uscita dalla presa in carico riabilitativa con indicazione alla presa in carico territoriale idonea alla sua condizione individuale (RSA disabili, ADI, etc.), garantendo anche in questo caso una dimissione programmata/protetta.

Indicatori di performance:

% di pazienti trasferiti direttamente da UO. Per acuti (standard 90%)

% di pazienti ricoverati dal domicilio (Standard 10%)

% di pazienti dimessi con indicazione alla prosecuzione del programma riabilitativo

% di pazienti dimessi con dimissione programmata verso una presa in carico non riabilitativa



Giunta Regionale della Campania

Fase della Riabilitazione territoriale

Il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità nell'ambito territoriale, luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF), dove l'intervento riabilitativo è finalizzato alla realizzazione dell'integrazione e dell'inclusione sociale.

Gli esiti dell'ictus, infatti, non vanno visti semplicemente come una somma di disabilità associate ad un deficit neurologico, ma comprendono anche le complesse conseguenze di queste disabilità sulla vita di relazione del paziente. La gravità del deficit è condizionata da numerosi fattori socio-culturali specifici di ogni singolo paziente e questo aspetto rende necessaria un'accurata valutazione individuale durante la progettazione del percorso riabilitativo e di reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

In tale fase troviamo:

- i pazienti in dimissione dall'UO per acuti con disabilità che non necessitano di ricovero ospedaliero ma della prosecuzione del percorso riabilitativo a livello territoriale (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale di riabilitazione estensiva)
- i pazienti in uscita dalla riabilitazione ospedaliera con indicazione di prosecuzione dei programmi riabilitativi a livello territoriale
- pazienti per i quali si determina l'opportunità di uscita dalla presa in carico riabilitativa ed eventuale proposta di ammissione, dopo valutazione multidimensionale in Unità di Valutazione Integrata, alle cure domiciliari integrate o Residenze Sanitarie Assistenziali.

In tutti i casi il Distretto e l'UOAR di residenza del paziente devono garantire la continuità assistenziale condividendo con il team che ha in carico il paziente nella fase immediatamente precedente il programma riabilitativo da realizzare e/o il setting più appropriato alla prosecuzione del percorso.

I criteri per la presa in carico riabilitativa territoriale sono:

- presenza di disabilità modificabile a seguito d'intervento riabilitativo;
- iter diagnostico completato o definito;
- danno cerebrale stabilizzato e a basso rischio d'instabilità clinica comportante condizioni che consentano la possibilità di vita in sicurezza a domicilio;

Non sono eleggibili per la riabilitazione estensiva:

- pazienti con disabilità non modificabile a seguito di intervento riabilitativo
- pazienti con disabilità ad evoluzione rapidamente inaggravante.

Per ritenere concluse le attività di riabilitazione estensiva territoriale occorre che si realizzi almeno una delle seguenti condizioni:

- raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal PRI
- verifica dell'impossibilità del raggiungimento dei medesimi obiettivi ipotizzati.



Giunta Regionale della Campania

Prima del completamento del PRI o, constatata l'impossibilità del relativo completamento, il responsabile del progetto concorda con gli operatori del team multiprofessionale territoriale l'eventuale prosecuzione della presa in carico non riabilitativa.

Uscita dal Percorso

Il termine del percorso riabilitativo si realizza quando sono raggiunte le condizioni descritte nel precedente paragrafo.

La tutela della salute del paziente si realizza in questa fase attraverso tre strumenti operativi:

- a) coinvolgimento e formazione del familiare o caregiver
- b) l'immissione delle persone riabilite in programmi di Attività Fisica Adattata, al fine del mantenimento della partecipazione raggiunta;
- c) il controllo specialistico fisiatrico periodico semestrale, inteso a individuare ogni eventuale condizione di peggioramento/regressione del quadro funzionale, realizzato dalle Unità Distrettuali.

Indicatori di performance:

Formalizzazione del percorso riabilitativo con definizione delle relazioni funzionali tra le diverse realtà organizzative;

% di pazienti presi in carico in continuità riabilitativa

% di pazienti in uscita dalla presa in carico riabilitativa



Giunta Regionale della Campania

Appendice

Dimissione programmata/protetta al domicilio e RSA

Per “dimissione protetta” si intende l’insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni protette richiede un’attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento, in questo caso la struttura che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi famigliari e il MMG/PLS, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta va preparata fin dall’atto del ricovero del paziente presso la struttura di riabilitazione.

I pazienti per i quali, a seguito di valutazione, emerge l’opportunità di uscita dalla presa in carico riabilitativa e sia formulata l’ indicazione di una presa in carico territoriale in RSA disabili e cure domiciliari integrate/ADI, sono inseriti in un percorso di dimissione programmata/protetta.

La procedura di dimissione protetta prevede il coordinamento delle figure professionali coinvolte nell’attività di dimissione protetta al domicilio/RSA del paziente secondo il piano di assistenza individuale (PAI) che viene definito caso per caso dalla Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) - e che descrive i compiti e le funzioni delle specifiche professionalità.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché tempi e strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso.

Possiamo convenzionalmente definire le fasi della dimissione protetta come segue:

1. Segnalazione/richiesta di ammissione alle cure domiciliari integrate o RSA
2. Valutazione multidisciplinare e multidimensionale in U.V.I.
3. Redazione ed elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)
4. Fornitura di presidi, ausili, farmaci
5. Dimissione a domicilio o RSA

Il processo delineato si completa con la redazione del piano esecutivo e con la rivalutazione periodica e straordinaria del Piano Esecutivo/Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)

Le fasi che compongono tale processo non sono da intendersi come fasi che si succedono temporalmente ma anche concomitanti.

Tali fasi sono disciplinate già dalla delibera di giunta regionale n.41/2011 che definisce il sistema delle cure domiciliari in Campania e dalla delibera di Giunta regionale n.790/12 recepita con decreto commissariale n.84/12 che regola la Porta Unica di accesso-P.U.A.

CONTENUTI DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DELLA PERSONA AFFETTA DA ICTUS CEREBRALE

COGNOME		NOME	
SESSO	F	M	LUOGO DI NASCITA
DATA		CITTADINANZA	
RESIDENZA		TEL AB.	
DOMICILIO		TEL FAMILIARI	
CF		TITOLO DI STUDIO	
STATO CIVILE			
CELIBE/NUBILE	CGT	SEPARATO	DIVORZIATO
VEDOVO/A	CONVIVENTE		
ASL		DISTRETTO	
MMG			

OSPEDALE
DATA EVENTO ACUTO
REPARTO OSPEDALIERO
MEDICO SPECIALISTA IN RIABILITAZIONE
DIAGNOSI (ICD9)

ESITI DELLA VALUTAZIONE INIZIALE

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

BRIEF ICF CORE SET for STROKE (da utilizzare in fase acuta)

0 Nessuna menomazione significa che la persona non presenta il problema.

1 Menomazione lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.

2 Menomazione media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.

3 Menomazione grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni.

4 Menomazione completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.

8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.

9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Menomazioni delle Funzioni Corporee (b)

	Descrizione	Qualificatore
b110	Coscienza	
b114	Orientamento	
b140	Attenzione	
b144	Memoria	
b167	Funzioni mentali del linguaggio	
b730	Forza muscolare	

Menomazioni delle Strutture Corporee (s)

	Descrizione	Qualificatore
S110	Cervello	
S730	Arto superiore	

Attività e della partecipazione (d)

		Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
d310	Comunicazione		
d330	Parlare		
d450	Camminare		
d510	Lavarsi		
d530	Bisogni corporali		
d540	Vestirsi		
d550	Mangiare		

Fattori ambientali

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
e310	Famiglia		
e355	Assistenza multidisciplinare		
e580	Assistenza territoriale		

Barriere	Facilitatori
0 Nessuna barriera	+0 Nessun facilitatore
1 Barriera lieve	+1 Facilitatore lieve
2 Barriera media	+2 Facilitatore medio
3 Barriera grave	+3 Facilitatore sostanziale
4 Barriera completa	+4 Facilitatore completo
8 Barriera, non spec.	+8 Facilitatore, non spec.
9 Non applicabile	+9 Non applicabile

COMPREHENSIVE ICF CORE SET(da utilizzare in Riabilitazione intensiva)**Menomazioni delle Funzioni Corporee (b)**

	Descrizione	Qualificatore
b110	Coscienza	
b114	Orientamento	
b117	Intellettive	
b126	Personalità	
b130	Psicosociali globali	
b134	Sonno	
b140	Attenzione	
b144	Memoria	
b152	Emozionali	
b156	Percettive	
b164	Cognitive di livello superiore	
b167	Funzioni mentali del linguaggio	
b172	Calcolo	
b176	Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
b180	Esperienza del sé e del tempo	
b210	Vista	
b215	Strutture adiacenti all'occhio	
b260	Propriocezione	
b265	Tatto	
b270	F sensoriali correlate a temperatura e altri stimoli	
b280	Dolore	
b310	Voce	
b320	Articolazione	
b330	Fluidità e ritmo	
b410	Cuore	
b415	Vasi sanguigni	
b420	Pressione sanguigna	
b455	Tolleranza all'esercizio fisico	
b510	Ingestione	
b525	Defecazione	
b620	F. Urinarie	
b640	Sessuali	
b710	Mobilità dell'articolazione	
b715	Stabilità dell'articolazione	
b730	Forza muscolare	
b735	Tono muscolare	
b740	Resistenza Muscolare	
b750	Riflesso motorio	
b755	Reazione di movimento involontario	
b760	Controllo del movimento volontario	
b770	Pattern dell'andatura	

Menomazioni delle Strutture Corporee (s)

	Descrizione	Qualificatore
s110	Cervello	
s410	Sistema cardiovascolare	
s720	Regione della spalla	
s730	Arto superiore	
s750	Arto inferiore	

Attività e della partecipazione (d)

	Descrizione	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
d115	Ascoltare		
d155	Acquisire abilità		
d160	Focalizzare l'attenzione		
d166	Leggere		
d170	Scrivere		
d172	Calcolare		
d175	Risolvere problemi		
d210	Intraprendere un compito singolo		
d220	Intraprendere compiti articolati		
d230	Eseguire la routine quotidiana		
d240	Gestire la tensione		
d310	Comunicare con – ricevere – messaggi verbali		
d315	Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali		
d325	Comunicare con – ricevere – messaggi scritti		
d330	Parlare		
d335	Produrre messaggi non verbali		
d345	Scrivere messaggi		
d350	Conversazione		
d360	Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione		
d410	Cambiare la posizione corporea di base		
d415	Mantenere la posizione corporea		
d420	Trasferirsi		
d430	Sollevare e trasportare oggetti		
d440	Uso fine della mano		
d445	Uso della mano e del braccio		
d450	Camminare		
d455	Spostarsi		
d460	Spostarsi in diverse collocazioni		
d465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili		
d470	Usare un mezzo di trasporto		
d475	Guidare		
d510	Lavarsi		
d520	Prendersi cura delle singole parti del corpo		
d530	Bisogni corporali		
d540	Vestirsi		

d550	Mangiare		
d570	Prendersi cura della propria salute		
d620	Procurarsi beni e servizi		
d630	Preparare pasti		
d640	Fare i lavori di casa		
d710	Interazioni interpersonali semplici		
d750	Relazioni sociali informali		
d760	Relazioni familiari		
d770	Relazioni intime		
d845	Acquisire, conservare e lasciare un lavoro		
d850	Lavoro retribuito		
d855	Lavoro non retribuito		
d860	Transazioni economiche semplici		
d870	Autosufficienza economica		
d910	Vita nella comunità		
d920	Ricreazione e tempo libero		

Fattori ambientali

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale		
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
e120	Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto in ambienti interni ed esterni		
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
e135	Prodotti e tecnologia per l'istruzione		
e150	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo		
e155	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato		
e165	Risorse e beni		
e210	Geografia fisica		
e310	Famiglia ristretta		
e315	Famiglia allargata		
e320	Amici		
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e340	Persone che forniscono aiuto o assistenza		
e355	Operatori sanitari		
e360	Altri operatori		
e410	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta		
e420	Atteggiamenti individuali degli amici		
e425	Atteggiamenti individuali dei conoscenti, colleghi, vicini di casa ed altri membri della comunità		
e440	Atteggiamenti individuali delle persone che forniscono aiuto o assistenza		
e450	Atteggiamenti individuali di operatori sanitari		
e455	Atteggiamenti individuali di altri operatori		

e460	Atteggiamenti della società		
e515	Servizi, sistemi e politiche per la produzione di beni di consumo		
e525	Servizi, sistemi e politiche abitative		
e535	Servizi, sistemi e politiche di comunicazione		
e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto		
e550	Servizio, sistemi e politiche legali		
e555	Servizi, sistemi e politiche delle assicurazioni e delle organizzazioni		
e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale e generale		
e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
e590	Servizi, sistemi e politiche del lavoro		

SCHEMA DI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

componenti b, s,d (4 livelli, selezionando tutte le componenti di interesse con qualificatore diverso da 0)	Programma riabilitativo (logopedia, fisioterapia, neuropsicomotricità, ortottica, terapia occupazionale, farmacoterapia)	Responsabile di programma	Obiettivo di programma (quantizzato dalla modifica del qualificatore)	Frequenza settimanale del programma	Timing obiettivo immediato (data)	Timing obiettivo a breve termine (data)	Timing obiettivo globale (data)	Metodologie e Tecniche proposte	Setting	Proposta di protesi/ausili/ortesi (descrizione)																								
b---- <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			.- <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
s---- <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			.--- <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
d---- <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			.- <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
e----./+- <table border="1"> <tr><td>.1</td><td>.2</td><td>.3</td><td>.4</td></tr> <tr><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr> </table>	.1	.2	.3	.4	+	+	+	+			.-/+- <table border="1"> <tr><td>.1</td><td>.2</td><td>.3</td><td>.4</td></tr> <tr><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr> </table>	.1	.2	.3	.4	+	+	+	+															
.1	.2	.3	.4																															
+	+	+	+																															
.1	.2	.3	.4																															
+	+	+	+																															

ESITI DELLE VALUTAZIONI INTERMEDIE

DATA __/__/__

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

DATA __/__/__

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

DATA __/__/__

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

DATA __/__/____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

A seguito delle valutazioni intermedie, se ritenuto necessario, va nuovamente inserita la tabella con il Progetto Riabilitativo revisionato.

ESITO DELLA VALUTAZIONE FINALE

DATA __/__/____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

Strumento utilizzato _____ Esito _____

PROPOSTA PER LA PROSECUZIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI (da utilizzare diversificato a seconda della fase)

	RICOVERO PER RIABILITAZIONE INTENSIVA (UO cod. 56)			RIABILITAZIONE DOMICILIARE
	DH PER RIABILITAZIONE INTENSIVA (UO cod. 56)			RIABILITAZIONE RESIDENZIALE
	RICOVERO PER RIABILITAZIONE ESTENSIVA (UO cod. 60)			RIABILITAZIONE SEMIRESIDENZIALE
	RIABILITAZIONE AMBULATORIALE SEMPLICE			RSA
	RIAB. AMBULATORIALE COMPLESSA			ALTRO

Il Medico Specialista in Riabilitazione

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DI PAZIENTE CON STROKE
IN SETTING RIABILITATIVO OSPEDALIERO**

Alla c.a. SANITARI

Struttura
di
Riabilitazione

.....

.....

.....

.....

Documento di 3 facciate

Si richiede la disponibilità a ricoverare presso la Vs struttura il/la paziente

Cognome e Nome _____

Sesso F ☐ M ☐ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Età _____

Domicilio _____ Occupazione _____

Tel ab. _____ Cell. _____ Tel. familiari _____

Indirizzo mail _____ MMG _____

Supporto familiare: ☐ Certo ☐ Dubbio ☐ Inesistente

con diagnosi accertata di:

☐ Ictus ischemico ☐ Ictus emorragico intraparenchimale ☐ Emorragia subaracnoidea spontanea

Data di ingresso in ospedale _____

GCS all'ingresso: occhi ☐ linguaggio ☐ motilità ☐ = ☐ Non valutabile ☐

ESAMI STRUMENTALI eseguiti per la diagnosi e il monitoraggio dell'evoluzione dello stroke (allegare referti):

☐ TAC ☐ RMN ☐ Angiografia ☐ Doppler vasi sopraortici ☐ Doppler transcranico☐ ECG Altro ☐

INTERVENTI:

☐ Terapia medica☐ Trombolisi

☐	Venosa
☐	Arteriosa

☐ Craniotomia evacuazione ematoma☐ Derivazione ventricolare esterna☐ Altro

Condizioni cliniche attuali**CONDIZIONI CLINICHE GENERALI E NEUROLOGICHE**

P.A. /	F.C.	Polso	Ritmico Aritmico	SpO ₂	T°	Hb
COSCIENZA: Vigile Obnubilata Confusa 						
						Presente
						Dx Ridotto
PUPILLE:	Isocoriche	Anisocoriche	Dx > Sx	Miosi	Riflesso alla luce	Assente
						Presente
						Sn Ridotto
						Assente
		Conservata			Conservata	
		Limitata			Limitata	
		Assente			Assente	
MOTILITÀ ARTI:	SUP.	Destro	INFER.	Destro		
		Sinistro			Conservata	
					Limitata	
					Assente	
Apertura spontanea degli occhi		No	Sì			
Fissa e segue con lo sguardo		No	Sì	Deglutizione	Conservata	
Esegue ordini		No	Sì	Limitata		
Motilità spontanea		No	Sì	Assente		
Agitazione psicomotoria		No	Sì			
Deficit linguaggio		No	Sì	Afasia		
				Disartria	Non valutabile	
				Aprassia		
Ulcere da decubito		No	Sì	Numero		
				Sede		
				Grado		
Presenza infezioni in atto (polmonari, urinarie, sepsi o altre sedi)						
Limitazioni articolari		No	Sì			
Respirazione autonoma		No	Sì			
Tracheotomia in atto		No	Sì	Ultimo cambio cannula		
Tipo di cannula						
		Infezione allo stoma tracheale No Sì				
Ossigenoterapia		No	Sì			
Ipertermie e/o sepsi ricorrenti		No	Sì			
Alimentazione		Per bocca				
		Enterale SNG PEG				
		Parenterale				
Vena centrale		No	Sì	Catetere posizionato il		
Catetere vescicale		No	Sì	Ultimo cambio catetere		
Altro						

Condizioni cliniche attuali

GLASGOW
OUTCOME
SCALE1 - Buon recupero senza sequele o sequele minime
3 - Disabilità severa, pz cosciente ma non autosufficiente

2 - Disabilità moderata, pz autosufficiente

PATOLOGIE
CONCOMITANTI
RILEVANTI

TERAPIA/DIE ATTUALE

FARMACO

DOSAGGIO

VIA SOMM.

Si allega copia del Progetto Riabilitativo

Restiamo in attesa di vostre comunicazioni e a disposizione per qualsiasi chiarimento e approfondimento (Tel. - Fax

Nell'augurarvi buon lavoro, vogliate gradire i nostri più cordiali saluti

.....,// 20.....

Il Medico richiedente
