

Allegato B I PERCORSI IN RIABILITAZIONE

PERCORSI DI RIABILITAZIONE INTENSIVA

Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitazione Intensiva - HUB O/S - (cod.56 con integrazione cod.75 e 28)

Struttura	Le strutture che erogano attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dimensionate per UO di almeno 24 pl sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione ed operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, con le strutture di alta specialità riabilitativa, e con le strutture territoriali extra-ospedaliere e residenziali ai fini della definizione e collocazione in un percorso assistenziale appropriato dei pazienti in carico. La degenza è contraddistinta dal codice di disciplina S6 se relativo ad interventi di riabilitazione intensiva, e da diverso codice (28 e 75) nei casi di ammissione al ricovero dei pazienti con postumi di gravi cerebrolesioni e mielolesioni stabilizzate. L'attività di riabilitazione intensiva comprende anche le attività di riabilitazione cardiovascolare e respiratoria. (cod. 56). All'uso, nel rispetto della programmazione regionale e di specifiche esigenze assistenziali possono essere attivate, quali articolazioni interne, unità di riabilitazione integrate a orientamento cardiologico, pneumologico e gravi neurolesi, che per la loro peculiarità necessitano di una specifica organizzazione, e di risorse specialistiche, tecnologiche e riabilitative dedicate.	
Mandato	Le attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multiprofessionali intensivi (almeno 3 ore al giorno di trattamento riabilitativo specifico) che implicino un elevato livello di tutela medico-infermieristica e la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate. I pazienti ammissibili alla riabilitazione intensiva ospedaliera sono soggetti affetti da disabilità conseguenti a patologie per i quali sussistono condizioni di modificabilità riabilitativa intrinseca in presenza di instabilità clinica, pur non di tipo critico, che richiede un monitoraggio medico e infermieristico nell'arco delle 24 ore, e in cui l'azione riabilitativa utilizza competenze specifiche che garantiscono: <ul style="list-style-type: none"> • l'inquadramento e il monitoraggio clinico; • la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale; • l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla stesura di un progetto e di un programma riabilitativo personalizzato; • la messa in atto della progettualità terapeutico-riabilitativa. 	
Appropriatezza e criteri di accesso	Il ricovero ordinario in riabilitazione intensiva è appropriato quando si verificano almeno due delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • il paziente è affetto da una disabilità complessa, ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio e funzionale, che consentono il reinserimento nel proprio contesto familiare; • le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutiche a elevata intensità (da parte del personale medico e sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi; • il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbidità che impongono una tutela medica e infermieristica costante; • la necessità di assistenza medico-infermieristica è legata alla esigenza di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza... Devono essere definiti con le strutture invianti protocolli di appropriatezza dei ricoveri, in linea con i requisiti previsti dalla programmazione regionale (rete hub & spoke) 	
Processo	Per ogni paziente preso in carico affetto da disabilità viene stilato, da parte del team multiprofessionale, il progetto riabilitativo individuale comprensivo di uno o più programmi attuativi, che devono essere chiaramente documentati nella cartella clinica riabilitativa (preferibilmente informatizzata), alla cui redazione collaborano i componenti del team, ciascuno per le proprie competenze professionali. La cartella clinica, deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e disabilità (funzioni cognitive, motorie, respiratorie, cardiologiche, deglutizione, ausili per l'autonomia, controllo degli aspetti nutrizionali, supporto psicologico, ecc.), del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei, gli obiettivi e i risultati raggiunti. Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti e del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento. Ai fini di una confrontabilità dei risultati è opportuno l'uso di scale di valutazione validate per il monitoraggio del recupero funzionale, e l'utilizzazione della classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF - versione italiana) che permettano un confronto nazionale ed internazionale dei dati. La valutazione funzionale è prodotta da ogni professionista del team per quanto di sua competenza, secondo la normativa vigente. Per ogni utente dimesso o trasferito in altra struttura, deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti e scale di valutazione multidimensionali, che identifichino, nell'ottica della continuità assistenziale ospedale-territorio, il percorso riabilitativo ed il carico assistenziale successivo, nonché la necessità di ausili, protesi e ortesi per il miglioramento delle ADL.	
Aree di attività	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle diverse tipologie di menomazione e disabilità • Gestione delle problematiche internistiche • Rieducazione neurologica • Rieducazione funzionale delle disabilità motorie • Rieducazione respiratoria • Rieducazione cardiologica • Rieducazione vescico-sfinterica • Rieducazione gastroenterologica • Rieducazione dei linfedemi e vascolare • Terapia fisica strumentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Rieducazione delle funzioni cognitive e del linguaggio • Rieducazione delle turbe neuropsicologiche • Assistenza psicologica • Servizio di EMG/ENG clinica e riabilitativa • Attività protesica e ortesica • Terapia occupazionale, Logopedia, Fisioterapia, Tnpce • Trattamento farmacologico e dei problemi internistici • Trattamento nutrizionale/dietetico • Educazione e addestramento del disabile e dei suoi familiari • Assistenza sociale • Infermieristica
Requisiti minimi strutturali	Al fine di ottimizzare la rete regionale integrata di riabilitazione intensiva di alta specialità e facilitare la dimissione o il trasferimento dei pazienti con gravi lesioni cerebrali e mielolesioni stabilizzate nelle strutture di riabilitazione intensiva più vicine al luogo di residenza, e garantire nel contempo la continuità assistenziale e riabilitativa, una quota di p.l. della UO di riabilitazione intensiva, non inferiore al 10 % per modulo operativo sub-intensivo, possono essere dedicati come articolazione interna della stessa unità operativa rispettivamente: <ol style="list-style-type: none"> 1) ai ricoveri dei pazienti gravi cerebrolesi e medullolesi stabilizzati trasferiti dalle strutture di alta specialità riabilitativa, e codificati con il codice della specialità di provenienza (cod.28 e cod.75), 2) ai ricoveri dei pazienti con gravi disabilità pneumologiche e/o cardiologiche codificati con il codice 56. Tale tipologia di pazienti va seguita, ove possibile nelle U.O. specialistiche di riferimento e l'equipe sarà coordinata dallo specialista cardiologo o pneumologo con specifica formazione riabilitativa e dal team della UO di riabilitazione di riferimento 	
Dotazione minima	<ul style="list-style-type: none"> ○ Area degenza riabilitativa intensiva con postazioni di monitoraggio clinico dedicati ai p.l. dei moduli sub-intensivi di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aree destinate alle attività specifiche di riabilitazione ○ Area destinata alla diagnostica strumentale e valutazione funzionale

ambienti	<p>gravi cerebrolesi e medulloseles c/o moduli di riabilitazione cardiologia c/o pneumologica;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Area destinata alla valutazione clinica, funzionale e riabilitativa 	<ul style="list-style-type: none"> o Area riabilitazione neuropsicologica e turbe cognitive e rieducazione logopedica o Area di socializzazione o Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative)
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per la degenza riabilitativa • Attrezzatura dedicata al monitoraggio clinico intensivo dei parametri vitali con eventuale ventilazione meccanica • Attrezzatura per la valutazione clinica e diagnostica riabilitativa • Attrezzature per la valutazione funzionale posturale, e della deambulazione • Attrezzature per la valutazione clinica e funzionale della voce e del linguaggio • Attrezzature per la valutazione funzionale e la riabilitazione cardiologica pneumologica e neurologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura per la valutazione strumentale logopedica, e la valutazione strumentale visiva della disfagia • Attrezzature per la terapia occupazionale • Attrezzature per la riabilitazione uro-ginecologica, vescicale e intestinale • Attrezzature per il trattamento di fisioterapia • Attrezzature per la piscina (ove esistente) • Attrezzature per la diagnostica elettromiografica ed elettroencefalografica • Attrezzature di supporto generale per l'assistenza • Area di socializzazione
Risorse umane	<p>I pazienti ricoverati in Riabilitazione intensiva richiedono una tutela medica specialistica ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore e nelle ore diurne, non erogabili in forma extra ospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento assistenziale e riabilitativo specifico giornaliero), pertanto la dotazione di personale sanitario della riabilitazione (integrato dallo psicologo e assistente sociale), deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto riabilitativo individuale e del progetto riabilitativo di struttura, sulla base del numero di p.l. della unità operativa e dei carichi di lavoro per le varie figure professionali mediche e sanitarie del team riabilitativo (LG della Riabilitazione DM 7/5/1998). Per garantire i livelli minimi di sicurezza, devono essere assicurati almeno 220 minuti/paz./die di assistenza infermieristica di cui 100 forniti da OSS, 180 minuti/paz./die di riabilitazione intensiva (compresa la logopedia e la terapia occupazionale), e la presenza del medico specialista h12, mentre per le ore notturne deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità condivisa anche con le altre U.O. del P.O. del Dipartimento di riabilitazione, secondo modalità da definirsi a livello aziendale.</p>	
Competenze e necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini • Patologia clinica • Medicina interna • Dietetica o Nutrizione clinica • Cardiologia e UTIC/Emodinamica • Pneumologia • Chirurgia • Neurologia e neurofisiologia clinica • Ortopedia e traumatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Urologia e uro-dinamica • Ematologia • Oculistica con eventuale servizio di ortottica • Otorinolaringoiatria con eventuale servizio di audiometria • Gastroenterologia ed endoscopia digestiva • Psichiatria • Rianimazione • Pediatria • Diagnostica per immagini

Articolazioni interne della U.O. di Riabilitazione intensiva

Unità di riabilitazione subintensiva per gravi patologie cardiologiche disabilitanti (cod.56)	<p>L'Unità riabilitativa per gravi patologie cardiologiche disabilitanti è destinata all'assistenza di pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per cronicizzazione di problematiche complesse post acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, ma con potenzialità di recupero clinico funzionale. Gli interventi sono focalizzati alla definitiva stabilizzazione internistica, al ripristino della autonomia delle funzioni vitali di base e al trattamento iniziale delle principali menomazioni. La struttura è funzionalmente collegata all'interno del Dipartimento di Riabilitazione o di Medicina ed è allocata strutturalmente nei Presidi ospedalieri dotati o strettamente collegati con U.O. di Cardiocirurgia e Cardiologia con UTIC e/o Emodinamica.</p> <p>I pazienti provengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dalle Unità di terapia intensiva cardiologica per evento acuto recente (sindrome coronarica acuta entro i primi 5 giorni), con un programma di dimissione precoce; • dalle Unità di terapia intensiva chirurgica, precocemente (post intervento - entro i primi 5 giorni) o, perché gravati da
Unità di riabilitazione subintensiva per gravi patologie respiratorie disabilitanti (cod. 56)	<p>La riabilitazione delle gravi patologie respiratorie disabilitanti è una unità sub-intensiva finalizzata alla gestione prevalente delle emergenze in via di stabilizzazione delle malattie respiratorie; in essa trovano accoglienza, oltre ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta da cause primitive respiratorie e da malattie neuromuscolari o da insufficienza respiratoria cronica riacutizzata, anche i pazienti pre e post-trapianto del polmone.</p> <p>È collocata all'interno delle U.O. di riabilitazione intensiva o di Pneumologia in strutture ospedaliere dotate o strettamente collegate con Unità di terapia intensiva/ sub intensiva respiratoria, cardiologia, medicina interna, pediatria, oncologia e chirurgia toracica e/o generale. Gli interventi sono focalizzati alla definitiva stabilizzazione respiratoria ed internistica, al ripristino della autonomia delle funzioni vitali di base, al trattamento iniziale delle principali menomazioni invalidanti e, ove possibile, allo svezzamento totale o parziale dal ventilatore.</p> <p>I pazienti che vi accedono sono caratterizzati da:</p>
Unità di riabilitazione subintensiva gravi neurolesi stabilizzati (cod. 75 e cod.28)	<p>L'Unità per gravi neurolesi stabilizzati è un'unità sub-intensiva finalizzata alla gestione prevalente dei pazienti dimessi dalle unità spinali e dalle unità gravi cerebrolesioni acquisite. per garantire la continuità terapeutica, riabilitativa e assistenziale e favorire il trasferimento nei luoghi di cura più vicini alla residenza del paziente. In essa trovano accoglienza, i pazienti con esiti stabilizzati di gravi cerebrolesioni acquisite e medulloseles stabilizzati, nonché pazienti con sclerosi a placche, SLA, ecc.</p> <p>È collocata in strutture ospedaliere dotate di riabilitazione intensiva o strettamente collegate con unità di terapia intensiva, medicina interna, cardiologia, pneumologia, neurologia, urologia, ginecologia, chirurgia generale, traumatologia. Gli interventi assistenziali e riabilitativi sono</p>

PERCORSI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Unità Operativa di Riabilitazione Estensiva - SPOKE /O - (Cod. 56 e 56.08)

Struttura	Le strutture che erogano attività di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione e operano in stretta integrazione con le UU.OO. per acuti, con le strutture di alta specialità riabilitativa e le strutture territoriali extraospedaliere e residenziali ai fini della definizione e collocazione in un percorso assistenziale appropriato dei pazienti in carico. La degenza è contraddistinta dal codice disciplina 56. L'attività di riabilitazione estensiva contempla anche le attività di riabilitazione cardiologia-vascolare, respiratoria e oncologica nella fase di mantenimento.	
Mandato	Le attività di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dirette al recupero di disabilità in fase di stabilizzazione, modificabili, che richiedono un impegno diagnostico medico-specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari (orientativamente 2 ore al giorno di trattamento specifico) che implicino un' elevato livello di tutela medico-infermieristica. I pazienti ammissibili alla riabilitazione estensiva ospedaliera sono soggetti affetti da disabilità conseguenti a patologie per i quali sussistono condizioni di modificabilità riabilitativa che richiede un monitoraggio medico e infermieristico nell'arco delle 24 ore, e in cui l'azione riabilitativa utilizza competenze specifiche che garantiscono: <ul style="list-style-type: none"> • l'inquadramento e il monitoraggio clinico; • la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale; • l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla stesura di un progetto e di un programma riabilitativo personalizzato; • la messa in atto della progettualità terapeutico-riabilitativa 	
Appropriatezza e criteri di accesso	Il ricovero ordinario in riabilitazione ospedaliera estensiva è appropriato quando si verificano almeno due delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • quando il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto familiare, o in alternativa in altre strutture residenziali riabilitative; • quando il paziente necessita di un ricovero continuativo nelle 24 ore e di prestazioni diagnostiche-terapeutiche di media intensità (da parte del personale medico e sanitario) e un trattamento riabilitativo complesso non erogabile efficientemente in regimi alternativi. 	
Processo	Per ogni paziente affetto da disabilità viene stilato, da parte dell'equipe multiprofessionale, il progetto riabilitativo individuale comprensivo dei programmi riabilitativi specifici di intervento. La presa in carico globale è assicurata dalla presenza di un nursing riabilitativo a carattere preventivo e terapeutico, dal controllo degli aspetti nutrizionali, dall'individuazione e dal trattamento di problematiche psicologiche mediante utilizzo di competenze mirate.	
Arete di attività	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle diverse tipologie di menomazione e disabilità • Rieducazione delle menomazioni motorie • Rieducazione funzionale delle disabilità motorie • Rieducazione respiratoria • Rieducazione cardiologica • Rieducazione vescicale • Rieducazione dei linfedemi e vascolare • Terapia fisica strumentale • Rieducazione intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> • Rieducazione delle turbe afasiche e del linguaggio • Rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche • Servizio di neurofisiopatologia clinica e riabilitativa • Attività protesica e ortesica • Terapia occupazionale • Trattamento farmacologico dei problemi internistici • Educazione e addestramento del disabile e dei suoi familiari • Assistenza sociale
Requisiti minimi strutturali	Struttura di riabilitazione estensiva dimensionata per unità complessa di 24 p.l. di cui il 10% p.l. di D.H collocata in P.O. all' intero del Dipartimento strutturale di Riabilitazione	
Dotazione minima ambienti	<ul style="list-style-type: none"> ○ Area destinata alla valutazione clinica, funzionale e riabilitativa ○ Aree destinate alle attività specifiche di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Area riabilitazione neuropsicologica e turbe cognitive ○ Area di socializzazione ○ Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative)
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per la degenza riabilitativa • Attrezzatura per la valutazione clinica e diagnostica riabilitativa • Attrezzature per la valutazione funzionale posturale, e della deambulazione • Attrezzature per la valutazione clinica e funzionale della voce e del linguaggio 	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzature per la terapia occupazionale • Attrezzature per il trattamento FKT e terapia fisica di alta tecnologia • Attrezzature per la riabilitazione uro-ginecologica • Attrezzature per la diagnostica elettromiografica ed elettroencefalografica • Attrezzature di supporto generale per l'assistenza • Area di socializzazione
Risorse umane	Il personale dirigente medico, sanitario della riabilitazione, assistenziale deve essere adeguato alla mission della U.O. e tale da garantire 180 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva medica, infermieristica e assistenziale, e di 120 minuti/paz./die di riabilitazione, integrata dall' azione dello psicologo clinico e dell' Assistente sociale.	
Competenze necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini • Patologia clinica • Medicina interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Chirurgia • Ortopedia e traumatologia

PERCORSI RIABILITATIVI INTENSIVI DI ALTA SPECIALITA' (cod.75, cod.28)

La rete regionale di alta specialità ha l'obiettivo di garantire interventi riabilitativi adeguati per tutte le persone affette da lesione spinale o grave cerebro lesione acquisita o post-traumatica che risiedono nel territorio regionale o che sono ricoverate in strutture sanitarie della regione, attraverso un sistema a rete integrata di servizi assistenziali riabilitativi di alta qualità, che consenta tempestività nella presa in carico del paziente, garanzia di adeguati livelli di cura e di continuità assistenziale, equità nelle condizioni di accesso e fruizione.

Le Alte Specialità sono deputate:

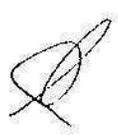
- al trattamento degli esiti delle mielolesioni
- al trattamento di pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite, post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità
- al trattamento delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva
- al trattamento dei soggetti in stato di coma vegetativo e di minima coscienza;
- al trattamento neuro-traumatologico dei politraumatizzati

- al trattamento dei pazienti trapiantati multiorgano
- al trattamento riabilitativo dei pazienti con insufficienza respiratoria e dopo intervento cardiocirurgico;
- al trattamento riabilitativo dei soggetti con malattie neuromotorie rare;
- al trattamento dei pazienti con spina bifida, SM e SLA.

Le alte specialità riabilitative costituiscono le strutture di riferimento regionale e/o di bacino sanitario regionale e sono strettamente integrate con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione intensiva ed estensiva delle ASP con le quali dovranno raccordarsi per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo programmi ben definiti e vincolanti.

Le unità spinali e le strutture di neuroriabilitazione devono essere strettamente raccordate sulla base di protocolli condivisi, con le strutture afferenti al sistema dell'emergenza /urgenza individuati sul territorio ed in particolare con i D.E.A. di 3° e 2° livello al fine di fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma (cranico e/o midollare) e durante le eventuali fasi di ricovero in rianimazione, neurochirurgia, ortopedia, chirurgia, nonché garantire un tempestivo accoglimento del soggetto neuroleso e/o politraumatizzato nella struttura riabilitativa.

Le unità di riabilitazione ad alta intensità garantiscono quindi l'intervento delle competenze riabilitative fin dalle prime ore dall'insorgenza dell'evento lesivo, attraverso una corretta impostazione del progetto riabilitativo individuale, assicurando un intervento tempestivo, multiprofessionale e multidisciplinare durante la degenza presso l'area funzionale dell'emergenza o in continuità dopo il trasferimento del paziente nella struttura di alta specialità riabilitativa. Dette strutture devono assicurare, oltre al ricovero ordinario, attività di Day Hospital e ambulatoriale per assicurare la continuità del percorso riabilitativo verso le UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitativa 2° livello o extraospedaliero allo scopo di contrastare l'ospedalizzazione prolungata e favorire la dimissione protetta o il trasferimento dei pazienti stabilizzati nella struttura ospedaliera più vicina al luogo di residenza.

Unità Spinale (Cod. 28)

Mandato	<p>Svolge attività finalizzata al recupero della massima autonomia e indipendenza della persona mielofesa, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali in pazienti con stato di coscienza compatibile con la realizzazione di un progetto riabilitativo partecipato. Il percorso assistenziale-riabilitativo inizia con la fase di emergenza e si protrae all'interno della US sino alla fase di dimissione e trasferimento dei pazienti stabilizzati presso le UOC di Medicina Riabilitativa (Hub) più vicine al luogo di residenza.</p> <p>L'ulteriore fase di reinserimento socio-familiare e recupero può prevedere la presa in carico del soggetto da parte degli altri nodi della rete riabilitativa, appropriati in riferimento ai bisogni sanitari, assistenziali e/o sociali. La degenza in USU è contraddistinta dal codice disciplina 28.</p>					
Processo	<p>Fase dell'emergenza (solo per lesioni midollari traumatiche) Si intende la fase relativa al periodo immediatamente successivo all'evento lesivo, di norma entro le prime 12 ore dopo il trauma. Finalità dell'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire la sopravvivenza delle persone traumatizzate, assicurando la migliore omeostasi possibile al fine di limitare i danni conseguenti alle condizioni di criticità che caratterizzano questa fase; • tutelare la colonna vertebrale, che deve essere considerata sempre come potenzialmente lesa; • trattare il danno vertebro-midollare in maniera da evitare il peggioramento neurologico o da creare le migliori condizioni per un recupero neurologico. <p>Fase acuta Per fase acuta si deve intendere il periodo immediatamente successivo alla fase di emergenza che dura fino alla stabilizzazione delle condizioni generali (alcune settimane dopo il trauma, salvo complicazioni intercorrenti). Obiettivo della presa in carico in questa fase è quello di stabilizzare le condizioni cliniche generali, prevenire e curare le complicanze secondarie e iniziare le procedure riabilitative precoci.</p> <p>Fase di stabilizzazione Per fase di stabilizzazione si intende la fase in cui le condizioni generali (funzioni vitali) si sono stabilizzate e l'eventuale instabilità delle lesioni vertebrali è stata tutelata con mezzi chirurgici o conservativi. La durata media di questa fase è di 4-6 mesi per i paraplegici e di 8-12 mesi e oltre per i tetraplegici. Per i pazienti con lesione incompleta i tempi possono subire consistenti variazioni.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di: <ul style="list-style-type: none"> • rieducazione delle funzioni respiratorie; • rieducazione delle funzioni motorie; • rieducazione delle funzioni intestinali; • rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche; • terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale; • sostegno psicologico e sociale; </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • terapia occupazionale; • ergoterapia; • preparazione alla dimissione; • preparazione al reinserimento sociale e familiare; • individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili. </td> </tr> </table>		In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di: <ul style="list-style-type: none"> • rieducazione delle funzioni respiratorie; • rieducazione delle funzioni motorie; • rieducazione delle funzioni intestinali; • rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche; • terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale; • sostegno psicologico e sociale; 	<ul style="list-style-type: none"> • terapia occupazionale; • ergoterapia; • preparazione alla dimissione; • preparazione al reinserimento sociale e familiare; • individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili. 		
In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di: <ul style="list-style-type: none"> • rieducazione delle funzioni respiratorie; • rieducazione delle funzioni motorie; • rieducazione delle funzioni intestinali; • rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche; • terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale; • sostegno psicologico e sociale; 	<ul style="list-style-type: none"> • terapia occupazionale; • ergoterapia; • preparazione alla dimissione; • preparazione al reinserimento sociale e familiare; • individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili. 					
Rientri	<p>Fase degli esiti L'Unità spinale deve garantire un'attività ambulatoriale per la prevenzione e la cura delle complicanze che possono verificarsi dopo la dimissione. I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute oltre che dello stato neurologico della persona mielofesa.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Eventuali successivi ricoveri, in regime ordinario o DH in funzione delle condizioni cliniche generali e della necessità o meno di assistenza medica nelle 24 ore, possono essere effettuati per: <ul style="list-style-type: none"> • follow up periodici; • terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione; • riabilitazione funzionale e chirurgia funzionale con obiettivi specifici; • studio e trattamento delle POAN; • diagnostica e trattamento neuro-urologico (vedi fase di stabilizzazione); </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • chirurgia vertebrale e midollare; • chirurgia ortopedica e traumatologica; rieducazione delle funzioni respiratorie; • trattamento del dolore; • trattamento della spasticità; • aspetti legati alla sessualità e alla fecondazione; • diagnostica neuro-fisiologica; • controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili. </td> </tr> </table> <p>L'Unità spinale deve avere la possibilità di seguire definiti protocolli curativi e assistenziali, nonché assicurare la globale rivalutazione dei pazienti che accedono per la prima volta alla struttura in regime ambulatoriale ed essere sempre disponibile per ulteriori ricoveri per le diverse necessità che dovessero intervenire nel corso della vita. A livello dei servizi territoriali devono essere garantiti tutti gli strumenti di reinserimento sociale, compreso il collegamento con la rete del sociale. A tal fine i distretti devono prevedere, nella loro programmazione (Piano delle attività territoriali), anche le attività specifiche per garantire l'assistenza continuativa della persona mielofesa. A livello periferico devono essere utilmente coinvolte le strutture di riabilitazione ospedaliere (codice 56), extraospedaliere (ex articolo 26), ambulatoriali e i medici di medicina generale. Allo scopo di garantire la continuità assistenziale è necessario che gli operatori del distretto socio-sanitario, appositamente individuati, il medico di famiglia e gli operatori dell'Unità spinale definiscano, insieme al paziente e ai suoi familiari, il percorso riabilitativo e le modalità di reinserimento sociale. Tale procedura deve essere definita, attraverso appositi protocolli di collaborazione, tra l'Unità spinale e i servizi territoriali. Un responsabile del distretto, unitamente al medico di medicina generale, parteciperà a una o più riunioni per definire il programma di assistenza e cura da eseguire sul territorio, oltre che tutte le misure per il reinserimento sociale (abbattimento di barriere architettoniche, speciali ausili, sussidi, eccetera). Il raccordo precoce è indispensabile per attuare in tempo le misure necessarie per il corretto reinserimento..</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute, dello stato neurologico, della prevenzione e cura delle complicanze. <ul style="list-style-type: none"> - Follow-up periodici - Terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione - Riabilitazione neuromotoria - Trattamento delle POAN - Rieducazione respiratoria - Trattamento del dolore - Trattamento della spasticità - Sostegno psicologico e sociale </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle problematiche legate alla sessualità e fecondazione - Diagnostica neurofisiologica - Chirurgia vertebrale e midollare - Chirurgia ortopedica e traumatologica - Terapia occupazionale ed ergoterapia - Attività sportiva e fitness per mielofesi - Individuazione, prescrizione, collaudo e verifica dell'efficacia ed adeguatezza degli ausili - Preparazione alla dimissione - Preparazione al reinserimento familiare, sociale e lavorativo </td> </tr> </table>		Eventuali successivi ricoveri, in regime ordinario o DH in funzione delle condizioni cliniche generali e della necessità o meno di assistenza medica nelle 24 ore, possono essere effettuati per: <ul style="list-style-type: none"> • follow up periodici; • terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione; • riabilitazione funzionale e chirurgia funzionale con obiettivi specifici; • studio e trattamento delle POAN; • diagnostica e trattamento neuro-urologico (vedi fase di stabilizzazione); 	<ul style="list-style-type: none"> • chirurgia vertebrale e midollare; • chirurgia ortopedica e traumatologica; rieducazione delle funzioni respiratorie; • trattamento del dolore; • trattamento della spasticità; • aspetti legati alla sessualità e alla fecondazione; • diagnostica neuro-fisiologica; • controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili. 	I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute, dello stato neurologico, della prevenzione e cura delle complicanze. <ul style="list-style-type: none"> - Follow-up periodici - Terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione - Riabilitazione neuromotoria - Trattamento delle POAN - Rieducazione respiratoria - Trattamento del dolore - Trattamento della spasticità - Sostegno psicologico e sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle problematiche legate alla sessualità e fecondazione - Diagnostica neurofisiologica - Chirurgia vertebrale e midollare - Chirurgia ortopedica e traumatologica - Terapia occupazionale ed ergoterapia - Attività sportiva e fitness per mielofesi - Individuazione, prescrizione, collaudo e verifica dell'efficacia ed adeguatezza degli ausili - Preparazione alla dimissione - Preparazione al reinserimento familiare, sociale e lavorativo
Eventuali successivi ricoveri, in regime ordinario o DH in funzione delle condizioni cliniche generali e della necessità o meno di assistenza medica nelle 24 ore, possono essere effettuati per: <ul style="list-style-type: none"> • follow up periodici; • terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione; • riabilitazione funzionale e chirurgia funzionale con obiettivi specifici; • studio e trattamento delle POAN; • diagnostica e trattamento neuro-urologico (vedi fase di stabilizzazione); 	<ul style="list-style-type: none"> • chirurgia vertebrale e midollare; • chirurgia ortopedica e traumatologica; rieducazione delle funzioni respiratorie; • trattamento del dolore; • trattamento della spasticità; • aspetti legati alla sessualità e alla fecondazione; • diagnostica neuro-fisiologica; • controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili. 					
I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute, dello stato neurologico, della prevenzione e cura delle complicanze. <ul style="list-style-type: none"> - Follow-up periodici - Terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione - Riabilitazione neuromotoria - Trattamento delle POAN - Rieducazione respiratoria - Trattamento del dolore - Trattamento della spasticità - Sostegno psicologico e sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle problematiche legate alla sessualità e fecondazione - Diagnostica neurofisiologica - Chirurgia vertebrale e midollare - Chirurgia ortopedica e traumatologica - Terapia occupazionale ed ergoterapia - Attività sportiva e fitness per mielofesi - Individuazione, prescrizione, collaudo e verifica dell'efficacia ed adeguatezza degli ausili - Preparazione alla dimissione - Preparazione al reinserimento familiare, sociale e lavorativo 					
Caregiver	Il team della US dovrà garantire un'adeguata informazione ed un addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettuerà i					

	assistenza domiciliare relativamente alle seguenti problematiche del mieloso: gestione vescicole, gestione intestinale, funzione sessuale e procreazione, cura della cute, nutrizione, assistenza respiratoria, manutenzione osteo-mio-articolare e postura, igiene personale, posizionamento a letto e trasferimenti, problematiche psicologiche, assistenza ortesica e presidi, superamento delle barriere architettoniche, necessità di controlli (dove effettuabili e come accedervi).	
Requisiti minimi strutturali	L' US è collocata all' interno di Aziende ospedaliere sede di DEA, Policlinici universitari, IRCCS, o in Aziende o presidi ospedaliere di alta specialità riabilitativa, dotati di posti letto per cure intensive e posti letto di degenza non intensiva secondo con una organizzazione dipartimentale, da servizi specialistici di diagnosi e cura annessi nel cui contesto viene accolto e ricoverato il paziente medulloleso immediatamente dopo l' evento lesivo.	
Dotazione minima ambienti	<ul style="list-style-type: none"> - Area degenza con monitoraggio clinico del p.i. - Area destinata alla valutazione clinica e funzionale - Area destinata alle attività specifiche di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Area di socializzazione - Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative)
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per degenza riabilitativa intensiva • Attrezzatura per la valutazione clinica, diagnostica e funzionale • Attrezzatura per l' emergenza clinica • Vasca per idrokinesiterapia e attrezzature a corredo • Attrezzature per il trattamento FKT e terapia fisica 	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzature per terapia occupazionale • Attrezzature aree di socializzazione e tempo libero • Attrezzature per aree generali di supporto
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> • Essendo le US strutture riabilitative di alta specialità scarsamente presenti nel territorio nazionale, si ritiene che ai fini della definizione della dotazione di personale medico e sanitario, si debba fare riferimento agli standard medi nazionali. Le US dovranno essere dotate di personale specificatamente addestrato, qualificato e numericamente adeguato comprendente un team fisso costituito da: medici fisiatristi, neurologi, infermieri specializzati, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi clinici, operatori tecnici d'assistenza, animatori, assistenti sociali; il nucleo operativo può essere integrato da specialisti di altre discipline quali: urologia, neurologia, neurofisiopatologia, neurochirurgia, ortopedia, ginecologia, chirurgia, medicina interna. 	<p>Standard medi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 520 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva infermieristica • 180 minuti/paz./die di riabilitazione intensiva (compresa terapia occupazionale) • 8 ore/settimanali si Assistente sociale. • 1/2 ora/die di idrokinesiterapia (ove presente la piscina riabilitativa), in questo caso va ulteriormente potenziato il personale sanitario della riabilitazione e OSS.
Competenze e necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini (RNM e TAC) • Neurochirurgia e Neurotraumatologia • Urologia e urodinamica • Patologia clinica • Medicina interna • Dietetica o Nutrizione clinica • Cardiologia e UTIC/Emodinamica • Pneumologia • Neurologia e neurofisiologia clinica • Ortopedia e traumatologia • Chirurgia generale e chirurgia plastica • Dietetica o Nutrizione clinica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia e diagnostica vascolare • Pneumologia • Fisiatria • Neurologia e neurofisiologia clinica • Ginecologia • Andrologia • Ematologia • Oculistica • Otorinolaringoiatria • Gastroenterologia ed endoscopia digestiva • Psichiatria, Psicologia clinica e Servizio Sociale

Unità di Riabilitazione intensiva Gravi Cerebrolesioni acquisite (UGC) (Cod. 75)

Sono finalizzate alla presa in carico di pz. affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura, caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma, più o meno protratto (GSC<8) ove coesistono e persistano gravi menomazioni che determinano disabilità multiple e complesse (fisiche, cognitive e comportamentali) che necessitano di interventi valutativi e terapeutici, che per la criticità clinico/ assistenziale non sono realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello. Il modello organizzativo da privilegiare è quello dell' unipolarità riabilitativa inserita nella rete regionale delle strutture ospedaliere di alta specialità riabilitativa, di Medicina fisica e Riabilitativa di 3°, 2° e 1° livello, delle strutture riabilitative extraospedaliere e socio-sanitarie territoriali. Deve essere garantito un elevato impegno diagnostico medico-specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multiprofessionali intensivi di almeno 4/h ore al giorno di trattamento riabilitativo intensivo specifico per paziente, un elevato livello di tutela medico-infermieristica con un monitoraggio clinico h/24. Il percorso assistenziale-riabilitativo inizia già nella fase acuta e si protrae all' interno della UGC sino alla fase di dimissione e trasferimento dei pazienti stabilizzati presso le UO di Medicina Riabilitativa (Hub) più vicine al luogo di residenza.

L' ulteriore fase di reinserimento socio-familiare e recupero può prevedere la presa in carico del soggetto da parte degli altri nodi della rete riabilitativa, appropriati in riferimento ai bisogni sanitari, assistenziali e/o sociali. La degenza in UGC è contraddistinta dal codice disciplina 75 ed il modulo standard minimo è di 24 p.l.. Le UGC devono altresì dotarsi di un' area sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa LTCR per i pazienti in SV e SMC che permettano l' accoglimento dei pazienti più complessi stabilizzati, dimessi dalla Rianimazione o dalla Neurochirurgia in continuità con il percorso riabilitativo e il progetto di struttura.

Mandato	<p>Presa in carico globale per il trattamento degli stati di coma protratto al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eseguire un'attenta valutazione delle lesioni, delle menomazioni e dell' disabilità conseguenti al danno cerebrale, al fine di contenere la disabilità; - individuare gli obiettivi teoricamente e realisticamente raggiungibili nel trattamento riabilitativo: - gli obiettivi prioritari, anche in funzione delle esigenze del paziente e dei suoi familiari; - programmare ed attuare gli interventi terapeutici necessari - favorire il reiserimento sociale - garantire il rapporto operativo con gli altri nodi della rete riabilitativa e/o del sistema socio-assistenziale 	<p>Compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma multidisciplinare (PRI); - Osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa compreso il monitoraggio delle funzioni vitali; - Nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie; - Attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo - Progettare ed operare a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.
Criteri di accesso	<p>I pazienti vengono trasferiti dall' area intensiva quando non necessitano più di monitoraggio intensivo tipico di queste aree. Tali pz. critici in ogni caso necessitano di un monitoraggio continuo adeguato allo scopo di prevenire complicanze cliniche gravi quali la insufficienza multipla di organo (MOF). La sorveglianza clinica tradizionale deve essere integrata e supportata da una continuità e periodicità di monitoraggio dei sistemi e delle funzioni secondo una check-list preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo e tenderanno a coinvolgere attivamente il paziente nel recupero progressivo della sua autonomia e la famiglia</p>	
Processo	<p>In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali e strutturali in grado di effettuare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Valutazione e monitoraggio clinico 2) Valutazione funzionale multidimensionale 3) Valutazione dei bisogni assistenziali 4) Interventi terapeutici clinici 5) Interventi di nursing riabilitativo 	<ol style="list-style-type: none"> 6) Interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di: <ul style="list-style-type: none"> - funzioni motorie - funzioni cognitive comportamentali - funzioni viscerali (respirazione, deglutizione, controllo sfinteri, ecc) 7) Assistenza protesica 8) Educazione ed assistenza dei caregivers 9) Gestione della continuità assistenziale nei nodi successivi della rete
Dimissione	<p>La fase di dimissione è preceduta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Addestramento di assistenza o parente trainer - Contatto con il medico di base - Contatto con il medico e lo specialista del DSB - Valutazione domiciliare e prescrizione ausili - Prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo - Attivazione assistenza sociale - Formulazione precoce del piano riabilitativo individuale in accordo con l' equipe distrettuale ospedaliera che prende in carico il paziente. <p>I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica e riabilitativa previsti per l' accesso alle altre strutture della rete o del domicilio</p>	<ol style="list-style-type: none"> a) Con disabilità stabilizzata verso: <ul style="list-style-type: none"> - Domicilio - RSD b) Con prognosi riabilitativa non definita: <ul style="list-style-type: none"> - Strutture residenziali, semiresidenziali, - Centri Ambulatoriali - Domicilio c) Dimissioni difficili: <ul style="list-style-type: none"> - SUAP
Caregiver	<p>Il team della UGC dovrà garantire un' adeguata informazione ed un addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettuerà l' assistenza domiciliare relativamente alle seguenti problematiche del cerebroleso: gestione della tracheotomia e assistenza respiratoria, nutrizione, gestione PEG e SNG, o digiunostomia, gestione intestinale e vescicale, cura della cute, manutenzione osteo-mio-articolare per la prevenzione delle POA, posizionamento a letto, mobilizzazione e trasferimenti, igiene personale, problematiche psicologiche, assistenza ortesica e presidi sanitari, superamento delle barriere architettoniche, necessità di controlli (dove effettuarli e come accedervi).</p>	
Requisiti minimi strutturali	<p>L' Unità di riabilitazione gravi cerebro lesioni acquisite (UGCA) è dimensionata per UO. di 24 p.l., è collocata all' interno delle A.O. con DEA di 3° livello, Policlinici universitari, IRCCS, o in ASP con PO sedi di UO. di Riabilitazione intensiva, dotati di posti letto per cure intensive e posti letto di degenza non intensiva secondo una organizzazione dipartimentale, da servizi specialistici di diagnosi e cura annessi, nel cui contesto viene accolto e ricoverato il paziente grave cerebroleso immediatamente dopo l' evento lesivo. Le UGC devono altresì avere una area sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa per i pazienti in SV e SMC (vedi tabella).</p>	
Dotazione minima ambienti	<p>o Area degenza critica con almeno 8 p.l. dedicati ai dotati di sistemi di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti stabilizzati, recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere</p>	

	necessità o per situazioni di possibile aggravamento improvviso, <ul style="list-style-type: none"> ○ Area destinata alla valutazione clinica e funzionale ○ Area destinata alle attività specifiche di riabilitazione ○ Area destinata alla valutazione posturale, della deambulazione e del passo ○ Area destinata alle attività specifiche di riabilitazione ○ Area di socializzazione ○ Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative) 		
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per degenza riabilitativa intensiva • Attrezzatura per la valutazione clinica, diagnostica e funzionale • Attrezzatura per l'emergenza clinica • Vasca per idrokineterapia e attrezzature a corredo • Attrezzature per il trattamento FKT e terapia fisica • Attrezzature per terapia occupazionale • Attrezzature aree di socializzazione e tempo libero • Attrezzature per aree generali di supporto 		
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> • Essendo le UGC strutture riabilitative di alta specialità, si ritiene che ai fini della definizione della dotazione di personale medico e sanitario, si debba fare riferimento agli standard medi nazionali. Devono essere dotate di personale specificatamente addestrato, qualificato e numericamente adeguato, comprendente un team fisso costituito da: medici fisiatristi, neurologi, infermieri specializzati, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi clinici, operatori tecnici d'assistenza, animatori, assistenti sociali; il nucleo operativo può essere integrato da specialisti di altre discipline quali: neurologia, neurofisiopatologia, rianimazione, medicina interna. 		
Competenze necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini (RNM e TAC) • Medicina Fisica e Riabilitativa • Neurochirurgia • Neurotramatologia • Urologia e urodinamica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna • Cardiologia e UTIC/Emodinamica • Pneumologia • Neurologia e neurofisiologia clinica • Ortopedia e traumatologia • Patologia clinica 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia generale e chirurgia plastica • Dietetica o Nutrizione clinica • Ginecologia • Andrologia • Ematologia
			Standard medi assistenziali: <ul style="list-style-type: none"> • 480 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva infermieristica • 240 minuti/paz./die di riabilitazione intensiva (compresa terapia occupazionale e la idrokinesiterapia) 50 minuti /die di logopedia • 8 ore/settimanali si Assistente sociale • ½ ora /die idrokinesiterapia (ove presente la piscina riabilitativa), in questo caso va ulteriormente potenziato il personale tecnico della riabilitazione e OSS.

Unità sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa per pazienti in SV e SMC prolungato (LCTR)

Lo stato vegetativo rappresenta la naturale evoluzione dello stato di coma dovuto a Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA). L' area sub intensiva ad alta valenza riabilitativa per pazienti in SV e SMC, della UGC ha lo scopo di garantire, accanto ad un' assistenza infermieristica intensiva, un più strutturato e assiduo trattamento riabilitativo, nonché un contatto quotidiano del paziente con i suoi familiari. Il passaggio in quest'area, contigua alla rianimazione, avviene non appena sono stati superati i problemi relativi alla garanzia della sopravvivenza del paziente, della stabilizzazione clinica, ed è possibile una iniziale e parziale autonomizzazione dei sistemi di assistenza respiratoria. Quest' area è organizzata e gestita in collaborazione funzionale con la UO di Rianimazione. Considerato che dai dati presenti in letteratura emerge che il numero dei pazienti a cui occorre garantire assistenza specifica non è inferiore a 3,5-5 /100.000 abitanti, e che la permanenza di tali pazienti nei reparti di rianimazione, oltre ad avere costi elevatissimi, non favorisce il recupero, il modulo standard operativo per unità sub-intensiva è fissato in n° 10 p.l.

Mandato	Presa in carico globale dei pazienti in SV e SMC trasferiti dalle UU.OO. di Rianimazione e/o di Neurochirurgia che non necessitano più di cure intensive, per iniziare il percorso riabilitativo intensivo, propedeutico al trasferimento, dopo la fase di stabilizzazione clinica, nelle UGC o nelle UO di Medicina Fisica e Riabilitativa. In tali unità subintensive debbono essere garantite competenze, organizzazione e spazi in grado di agevolare il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli. Il percorso assistenziale e riabilitativo non deve superare comunque i 12 mesi per i traumatici ed i 3-6 mesi per i non traumatici. I pazienti che dopo congrui periodi di cura e riabilitazione, permangono in SV o SMC possono essere trasferiti in reparti di riabilitazione estensiva (cod.56) o LPA riabilitativa (cod. 60) quando l' inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico definito, il quadro clinico sia stabilizzato e vi sia una indimissibilità clinica che necessiti ulteriori passaggi ospedalieri di minor intensità riabilitativa, o nella fase di cronicità, nelle SUAP o a domicilio per il trattamento assistenziale e riabilitativo di mantenimento. Tali unità debbono prendersi carico del nucleo familiare con programmi educativi e di sostegno	Compiti: <ul style="list-style-type: none"> - Definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma multidisciplinare; - Osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa compreso il monitoraggio delle funzioni vitali; - Nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie; - Attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo - Progettare ed operare a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.
---------	---	---

<p>Criteri di accesso</p>	<p>FASE DELL' ACUIZIE: I pazienti vengono trasferiti dall' area intensiva (Rianimazione o Neurochirurgia) quando non necessitano più di monitoraggio intensivo tipico di queste aree. Tali pz. critici in ogni caso necessitano di un monitoraggio continuo adeguato allo scopo di prevenire complicanze cliniche gravi quali la insufficienza multipla di organo (MOF). La sorveglianza clinica tradizionale deve essere integrata e supportata da una continuità e periodicità di monitoraggio dei sistemi e delle funzioni vitali secondo una checklist preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo e tenderanno a coinvolgere attivamente la famiglia/caregiver.</p>	
<p>Percorso riabilitativo</p>	<p>FASE RIABILITATIVA Percorso di tipo 1 : pazienti diretti alle UGC (cod. 75) Tale percorso è proponibile per la maggior parte delle persone in SV e SMC all' uscita dalla Rianimazione o dalle unità subintensive di Neurochirurgia in continuità con il percorso riabilitativo previsto all' interno delle UGC.. Percorso riabilitativo di tipo 2: : pazienti diretti verso reparti di Riabilitazione estensiva (cod.56) e/o LPA riabilitativa (cod. 60) E' consigliato per i pazienti di età superiore a 70 anni che abbiano uno SV o SMC di origine non traumatica e che presentino una stabilità clinica sufficiente da consentire la loro permanenza in strutture di minore intensità medico/riabilitativa anche se, comunque, i criteri di età, eziologia e pluripatologia non precludono in assoluto il trasferimento verso le UGC. E' necessario attuare una speciale attenzione nei confronti del recupero dello stato di coscienza con un costante monitoraggio dei pazienti ed una pari attenzione ai familiari ed al loro percorso di elaborazione.La permanenza in tali strutture mediamente non dovrebbe superare i 3 mesi per consentire la scelta ai familiari del percorso successivo (domicilio o istituzionalizzazione - SUAP). FASE DELLA CRONICITA' Tale fase , che subentra solitamente dopo 3-6 mesi per i pazienti non traumatici e 12 mesi per i traumatici, è caratterizzata da una imm modificabilità e da una modificabilità molto limitata del quadro neurologico e della coscienza. In questi casi, data la ridotta potenzialità di recupero e la cronicizzazione del quadro clinico, tali persone vengono dimesse e inviate presso le strutture di accoglienza definitiva (SUAP) e, solo nei casi in cui le famiglie siano in grado e desiderose di farlo, verso il domicilio, previa attivazione della rete di supporti organizzativi e logistici necessari.</p>	
<p>Processo</p>	<p>In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali e strutturali in grado di effettuare: 1) Valutazione e monitoraggio clinico subintensivo 2) Valutazione funzionale multidimensionale 3) Valutazione dei bisogni assistenziali 4) Interventi terapeutici clinici 5) Interventi di nursing riabilitativo</p>	<p>6) Interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di: - funzioni motorie - funzioni cognitive comportamentali - funzioni viscerali (respirazione,deglutizione,controllo sfinteri, ecc) 7) Assistenza protesica 8) Educazione ed assistenza dei caregivers 9) Gestione della continuità assistenziale nei nodi successivi della rete</p>
<p>Dimissioni</p>	<p>La fase di dimissione è preceduta da: - Addestramento di assistenza o parente trainer - Contatto con il medico di base - Contatto con il medico e lo specialista del DSB /case manager - Valutazione domiciliare e prescrizione ausili - Prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo - Attivazione assistenza sociale - Formulazione precoce del piano riabilitativo individuale in accordo con l' equipe distrettuale ospedaliera che prende in carico il paziente. I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica e riabilitativa previsti per l' accesso alle altre strutture della rete riabilitativa estensiva, SUAP o domicilio.</p>	<p>a) Con disabilità stabilizzata verso: - Domicilio - RSD c) Dimissioni difficili: - SUAP</p>

Speciali Unità Accoglienza Permanente per pazienti in SV e SMC prolungato (SUAP)

<p>Sono unità di assistenza permanente estensiva dedicate a soggetti in SV e SMC cronici, e stabilizzati clinicamente provenienti dalle UGC,LCTR, dai reparti di Riabilitazione intensiva estensiva (cod.56) e di LPA riabilitativa (cod.60) o dalle rianimazioni. In base ai dati epidemiologici nazionali che prevedono 5 pl/100.000 abitanti, è considerato che la permanenza di tali pazienti nelle aree subintensive ad alta valenza riabilitativa per SV e SMC delle UGC, non può superare 3-6 mesi per i pazienti non traumatici e 12 mesi per i traumatici, e nelle aree di riabilitazione estensiva non più di 3 mesi, il modulo standard operativo per unità SUAP è fissato in n° 20 p.l., di cui il 10% riservato ai ricoveri "sollevio" programmati. Le SUAP devono essere inserite in un sistema di rete regionale integrato con le UGC, i reparti ospedalieri e le strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva del Dipartimento di riabilitazione dell' ASP ,anche per garantire una distribuzione geografica equilibrata</p>		
<p>Mandato</p>	<p>Preso in carico globale permanente dei pazienti in SV e SMC prolungato che dopo congrui periodi di cura e riabilitazione (12 mesi per i traumatici ed i 3-6 mesi per i non traumatici) permangono in uno stato di imm modificabilità clinica o con un quadro di modificabilità neurologico e della coscienza limitata. In tali strutture di assistenza permanente debbono essere garantite competenze, organizzazione e spazi in grado di garantire il più alto grado di nursing assistenziale e agevolare (ove possibile) il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli. Tali unità debbono prendersi carico del nucleo familiare con programmi educativi e di sostegno.Le SUAP devono possedere per ogni modulo non meno di 10 3 non più di 20 p.l. di cui almeno il 10% riservato ai ricoveri "sollevio" programmati.</p>	<p>Compiti: - Definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma multidisciplinare; - Osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa compreso il monitoraggio delle funzioni vitali; - Nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie; - Attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo - Progettare ed operare a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.</p>
<p>Criteri di accesso</p>	<p>l' accesso può essere effettuato o direttamente dai reparti di riabilitazione intensiva/ estensiva (cod. 56) o da strutture riabilitative intensive cod.75 (UGC - LCTR, Rianimazione o ancora dalle LPA, o dal domicilio per "periodi di sollevio". I pazienti stabilizzati clinicamente nelle aree cliniche vengono</p>	

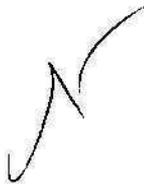
N S

	<p>trasferiti dall' area intensiva (Rianimazione o Neurochirurgia) alle SUAP quando non necessitano più di monitoraggio intensivo tipico di queste aree. Il nursing assistenziale deve essere integrato e supportato da un continuo e periodico monitoraggio dei sistemi e delle funzioni vitali secondo una check-list preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo individuale e tenderanno a coinvolgere attivamente la famiglia/caregiver.</p>	
Processo	<p>In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali(infermieristiche per almeno 312 minuti/ospite e riabilitative 40 min/ospite) e strutturali in grado di effettuare:</p> <p>1)adozione di un piano di assistenza individualizzato previa una valutazione funzionale multidimensionale e supervisione del medico fisiatra.</p> <p>2) Controlli medici di monitoraggi clinici cadenzati effettuati da medici specialisti secondo un checklist preordinata con reperibilità medica al bisogno.</p> <p>3) Interventi di nursing assistenziale di alta professionalità: gestione della tracheotomia e assistenza respiratoria, nutrizione, gestione PEG e SNG o della digiunostomia, gestione intestinale e vescicale, cura della cute, manutenzione osteo-mio-articolare per la prevenzione delle POA, posizionamento a letto, mobilizzazione e trasferimenti, igiene personale;</p>	<p>4).Programma di sostegno psicologico ai famigliari</p> <p>5) Interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funzioni motorie - funzioni cognitive comportamentali - funzioni viscerali (respirazione,deglutizione,controllo sfinteri, ecc) <p>7) Assistenza protesica, ortesica e presidi sanitari</p> <p>8) Educazione ed assistenza dei caregivers</p> <p>9) Adozione di indicatori di qualità</p> <p>10)Assistente sociale</p>
Dimission e per trasferim ento a domicilio	<p>Ove richiesto dai famigliari , il rientro domiciliare , deve essere incentivato per i soggetti giovani. Prima di avviare la procedura di dimissione è opportuno che il team riabilitativo del dipartimento di riabilitazione valuti la possibilità reale da parte della famiglia di potere gestire la persona in SV o SMC sia sotto il profilo organizzativo necessario che logistico, programmando ove necessario tutti gli interventi necessari prima del trasferimento.Pertanto , preso atto delle condizioni cliniche, il team deve concordare con l' unità di valutazione Multiprofessionale del Distretto Sanitario competente, il percorso socio-assistenziale più idoneo per organizzare il rientro domiciliare protetto. I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica e riabilitativa previsti per l' accesso all' ADI.</p> <p>La fase di dimissione è preceduta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contatto con la UVM del DSB - Addestramento all' assistenza dei famigliari e /o del caregiver secondo una check list preordinata - Contatto con il MMG - Prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo - Attivazione assistenza sociale 	<p>Compiti della UVM dell' ASP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare - valutazione del domicilio e supporto agli adattamenti necessari - definizione del programma di dimissione protetta verso il domicilio - coinvolgimento del MMG che fa parte della UVM e diviene responsabile sanitario del paziente dopo la dimissione verso il territorio - Informazione dei familiari sui servizi territoriali dell' ASP di appartenenza - Informazione sulla esistenza di gruppi di volontariato e di associazioni famigliari nel territorio di residenza - Fornitura di ausili e sussidi indispensabili anche extra nomenclatore tariffario se necessari; - Abbattimento barriere architettoniche - Identificazione del case manager - Formazione dei famigliari e del caregiver - Stabilire una alleanza terapeutica con familiare/ amministratore di sostegno/caregiver
Livelli minimi assistenziale	<p>il DSB devono garantire attraverso l' ADI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2h al giorno di nursing assistenziale domiciliare - riabilitazione domiciliare di mantenimento secondo il piano assistenziale individualizzato predisposto dalla unità valutativa multidimensionale del DSB - interventi di sostegno psicologico alla famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - interventi di sostegno socio-assistenziale - programmazione di eventuali ricoveri "solievo" presso la SUAP più vicina - eventuale inserimento 1-2 volte la settimana in strutture riabilitative socio-assistenziali - programmazione di periodici controlli o rientri in ordine ad eventuali interventi di chirurgia funzionale, trattamenti della spasticità con tossina botulinica, rivalutazione clinica e funzionale, prescrizioni di ausili, comunicatori, ecc, con riprogrammazione del piano assistenziale.

PERCORSI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Unità Operativa di Lungodegenza post-acuzie riabilitativa (Cod. 60)

Struttura	<p>Le strutture che erogano attività di LPA sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione e operano in stretta integrazione con le UU.OO. per acuti, con le strutture di alta specialità riabilitativa e di riabilitazione intensiva nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minore livello di intensività, nonché con le strutture territoriali extraospedaliere e residenziali ai fini della definizione e collocazione in un percorso assistenziale appropriato dei pazienti in carico. La degenza è contraddistinta dal codice disciplina cod. 60 il modulo dei posti letto è di 24 pl o sub moduli.</p>
Mandato	<p>Funzione generale della Lungodegenza post-acuzie è quella di promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, spesso clinicamente complesso che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentano l'immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero.</p> <p>Gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in tali strutture sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbidità) tale da consentire la deospedalizzazione; • collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero; • facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia; <p>fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.</p> <p>Questo comporta per tali strutture il soddisfacimento di due requisiti organizzativi essenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'inserimento della funzione di Lungodegenza in un Dipartimento di Riabilitazione, insieme con le strutture che compongono l'offerta riabilitativa di un determinato territorio, (riabilitazione intensiva e/o estensiva intraospedaliera, riabilitazione ambulatoriale, riabilitazione domiciliare, ecc.). • La definizione di collegamenti funzionali espliciti e condivisi con le strutture sanitarie, sociosanitarie distrettuali e con l'area della residenzialità protetta extraospedaliera, per favorire la continuità assistenziale e la effettiva praticabilità dei percorsi di reinserimento.
Appropriatezza e criteri di accesso	<p>Si distinguono al suo interno due tipologie di bisogni e di offerta che appaiono aderenti alla maggior parte delle situazioni cliniche rilevabili nella pratica quotidiana, e che si possono schematicamente ricondurre a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) funzione di Lungodegenza post-acuzie a valenza prevalentemente internistica, per soddisfare il bisogno di stabilizzazione clinica, di gestione delle eventuali complicanze e comorbidità, e di completamento dell'iter terapeutico come necessaria premessa alla deospedalizzazione; 2) funzione di Lungodegenza post-acuzie a valenza prevalentemente riabilitativa, per un bisogno di presa in carico riabilitativa estensiva con interventi individualizzati e non erogabili in regime alternativo al ricovero. Tale presa in carico può, ove necessario, includere anche la fase di stabilizzazione clinica (cfr. nota) <ul style="list-style-type: none"> • L'obiettivo della stabilizzazione clinica (intendendo sia la stabilizzazione del danno che ha causato il ricovero, sia la gestione delle complicanze e comorbidità) può essere, a tutti gli effetti integrato da un progetto riabilitativo, per le persone in cui vi è potenziale di recupero e per le quali tale stabilizzazione sia la premessa al miglioramento funzionale. In questo senso, la "stabilizzazione" non è qualcosa che viene "prima" della riabilitazione, ma ne è parte integrante. Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individualizzato (PRI) per ogni paziente, ed una disponibilità ed una organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutico e assistenziali, permetta: lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre, spazi per logopedia, rieducazione funzionale e terapia occupazionale); • una adeguata integrazione del team curante e informazione e addestramento dei familiari e di quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nella assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione (ambiente per riunioni con i familiari e del team); • la organizzazione della giornata in modo da favorire autonomia e socializzazione. <p>Per le ragioni esposte, le competenze mediche necessarie al corretto assolvimento dei compiti istituzionali della U.O. sono quelle fisiatriche, internistiche e geriatriche.</p> <p>Non sono ammessi ricoveri dal domicilio, salvo i casi di pazienti nei quali non è possibile effettuare un trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in U.O. per acuti (es.: pazienti con patologia ortopedica ai quali non è concesso un carico immediato). Gli aspetti sopra descritti conferiscono alle strutture di Lungodegenza una particolare caratteristica di "ponte" fra ospedale e territorio.</p>



Processo	<p>Per ogni paziente ricoverato affetto da disabilità viene stilato, da parte dell'equipe multiprofessionale, il progetto riabilitativo comprensivo di programmi, tempi, obiettivi del trattamento. La presa in carico globale è assicurata dalla assistenza medica, e dalla presenza di un nursing infermieristico, e riabilitativo a carattere preventivo e terapeutico, dal controllo degli aspetti nutrizionali, dall'individuazione e dal trattamento di problematiche psicologiche mediante utilizzo di competenze mirate.</p> <p>La LPA ha due funzioni: quella riabilitativa (prevalente), e quella internistica, con aspetti comuni e altri che si differenziano in termini di obiettivi, struttura, setting, organizzazione delle attività e modalità di pianificazione della giornata del paziente. 1) Per i pazienti con <u>fabbisogno internistico</u>, la presa in carico nell'area di degenza post-acuzie ha i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è raggiunta; • prevenire le complicanze secondarie e favorire la espressione della autonomia residua attraverso attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa; • informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i care givers; • nei casi in cui la evoluzione sia sfavorevole, definire un piano di assistenza adeguato; • definire e realizzare il piano di dimissione/reinserimento con criteri temporali definiti ed esplicitati nel Piano Terapeutico Assistenziale. <p>Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un piano terapeutico-assistenziale individuale e disporre di spazi che facilitino la espressione della autonomia e la socializzazione.</p> <p>2) Per i pazienti con <u>fabbisogno prevalentemente riabilitativo</u> la presa in carico nell'area di Lungodegenza ha i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è raggiunta; • prevenire o limitare le complicanze secondarie, e favorire la espressione della autonomia residua o, ove possibile, intervenire per ridurre la disabilità conseguenti alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale consentito, attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - interventi riabilitativi specifici individuali di rieducazione delle funzioni sensorimotorie e cognitive; - attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa e una organizzazione dell'intera giornata che favorisca la autonomia del paziente e la sua socializzazione (progetto riabilitativo di struttura); • informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i care givers; • nei casi in cui la evoluzione sia sfavorevole, definire un piano di assistenza adeguato; • definire e realizzare il piano di dimissione/reinserimento. <p>Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente, ed un progetto di struttura</p>	
Aree di attività	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle diverse tipologie di menomazione e disabilità • Rieducazione delle menomazioni motorie • Rieducazione funzionale delle disabilità motorie • Rieducazione respiratoria • Rieducazione cardiologica • Rieducazione vescicale • Rieducazione intestinale • Rieducazione dei linfedemi e vascolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Rieducazione delle turbe afasiche e del linguaggio • Rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche • Attività protesica e ortesica • Terapia occupazionale • Trattamento farmacologico dei problemi internistici • Educazione e addestramento del disabile e dei suoi familiari • Assistenza sociale
Requisiti minimi strutturali	<p>Unità operativa di riabilitazione estensiva dimensionata per unità complessa di 24 p.l. di cui il 10% p.l. di D.H. con o senza sub-moduli operativi cardiopneumologici, collocata in P.O. all' interno del Dipartimento strutturale di Riabilitazione</p>	
Dotazione minima ambientali	<ul style="list-style-type: none"> o Area destinata alla valutazione clinica, funzionale e riabilitativa o Aree destinate alle attività specifiche di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> o Area riabilitazione cognitiva o Area di socializzazione o Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative)
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per la lungodegenza • Attrezzatura per la valutazione clinica e diagnostica riabilitativa • Attrezzature per la riabilitazione cardiologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzature per la terapia occupazionale • Attrezzature di supporto generale per l'assistenza • Area di socializzazione
Risorse umane	<p>Il personale dirigente medico, infermieristico, sanitario della riabilitazione, sanitario e assistenziale deve essere adeguato alla mission della LPA, e tale da garantire 180 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva medica, infermieristica e assistenziale, e di 120 minuti/paz./die di riabilitazione, integrata dall' azione dell' Assistente sociale.</p>	
Competenze necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini • Patologia clinica • Medicina interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Chirurgia • Ortopedia e traumatologia

[Handwritten signature]

PERCORSI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

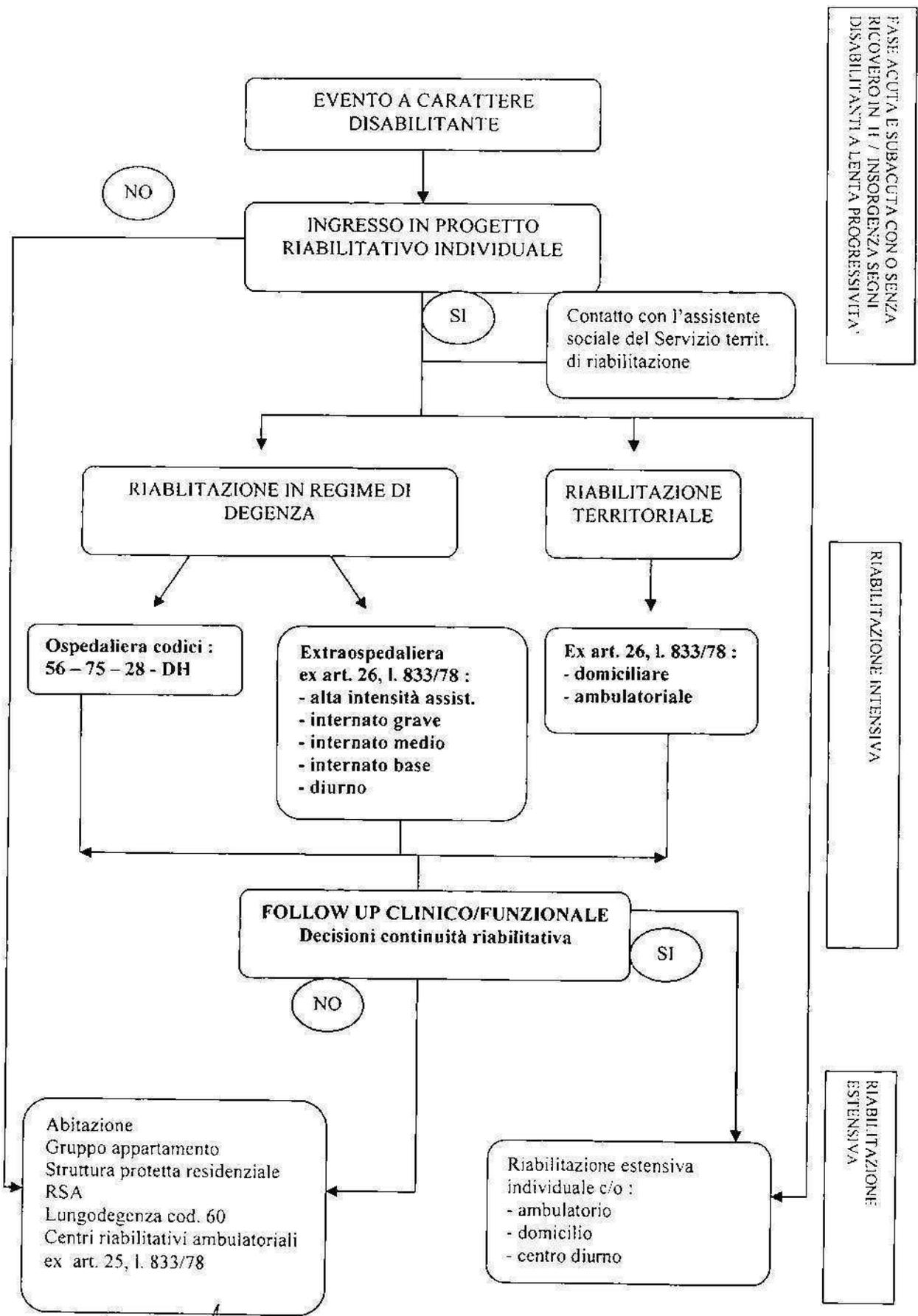
Riabilitazione Estensiva Oncologica (Cod. 56)

Struttura	Le strutture che erogano attività di riabilitazione oncologica sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione estensiva e operano in stretta integrazione con le UU.OO. per acuti, con le strutture di alta specialità riabilitativa e le strutture territoriali extraospedaliere e residenziali ai fini della definizione e collocazione in un percorso assistenziale appropriato dei pazienti in carico. La degenza è contraddistinta dal codice disciplina 56.	
Mandato	<p>La riabilitazione oncologica ha lo scopo di ottimizzare la qualità della vita del malato, aiutando il paziente e la sua famiglia ad adattarsi a standard di vita quanto più simili a quelli precedenti la malattia, con l'obiettivo di limitare al minimo la disabilità fisica, il deficit funzionale, cognitivo e psicologico, che spesso si manifesta a seguito del tumore o delle terapie ad esso correlate. La riabilitazione deve occuparsi del paziente oncologico per tutto l'iter della malattia, dalla diagnosi all'intero percorso terapeutico, fino alla fase ultima della vita. Le attività di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dirette al recupero di disabilità in fase di stabilizzazione, modificabili, che richiedono un impegno diagnostico medico-specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari (orientativamente 2 ore al giorno di trattamento specifico) che implicano un' elevato livello di tutela medico-infermieristica. I pazienti ammissibili alla riabilitazione estensiva ospedaliera sono soggetti affetti da disabilità conseguenti a patologie per i quali sussistono condizioni di modificabilità riabilitativa che richiede un monitoraggio medico e infermieristico nell'arco delle 24 ore, e in cui l'azione riabilitativa utilizza competenze specifiche che garantiscono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'inquadramento e il monitoraggio clinico; • la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale; • l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla stesura di un progetto e di un programma riabilitativo personalizzato; • la messa in atto della progettualità terapeutico-riabilitativa. 	
Appropriatezza e criteri di accesso	<p>Per la diversità dei quadri patologici che il paziente può presentare, la varietà della storia naturale della malattia e la molteplicità degli esiti, è necessario sviluppare un "progetto riabilitativo individuale", modulato dallo specialista fisiatra, in base alla tipologia ed alla concomitanza delle complicanze insorte nel singolo paziente; gli obiettivi saranno diversi in relazione al tipo di disabilità, alla fase e all'evoluzione della malattia, oltre che alle aspettative ed alla motivazione del paziente e di chi gli sta accanto. La presa in carico di un malato oncologico comporta la necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale, della malattia oncologica ove il team della riabilitazione svolge un ruolo centrale.</p> <p>Le problematiche di interesse riabilitativo possono essere distinte in due categorie fondamentali:</p> <p>a) le problematiche riabilitative che sono comuni a tutti i tipi di neoplasie e che si manifestano per cause iatrogene e/o col progredire della malattia;</p> <p>b) le problematiche riabilitative organo-specifiche, che sono in relazione alla localizzazione primitiva del tumore ed alla sua eventuale exeresi chirurgica.</p> <p>Il bisogno riabilitativo può manifestarsi in ogni fase della malattia oncologica, dalla diagnosi alla fase ultima della vita, ed è diverso da persona a persona e da periodo a periodo. Nelle fasi del post-intervento (sia esso chirurgico, chemioterapico o radioterapico), il progetto riabilitativo individualizzato ha la finalità di non stabilizzare eventuali danni, ottimizzare il recupero funzionale, ridurre i tempi di degenza dei ricoveri e permettere una migliore tollerabilità dei trattamenti da attuare, favorire il ripristino del benessere psicologico e il reinserimento del malato nel suo contesto socio-familiare.</p>	
Processo	<p>Per quanto attiene allo specifico ambito riabilitativo, le principali figure professionali sono rappresentate dal medico specialista (oncologo, fisiatra, ecc...), fisioterapista, il logopedista, terapeuta occupazionale e terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva l'assistente sociale, lo psico-oncologo, l'infermiere, il tecnico ortopedico. Il medico specialista fisiatra in collaborazione con gli altri professionisti del team effettuano la valutazione clinico funzionale la predisposizione del "progetto riabilitativo individuale", la diagnosi e la prognosi riabilitativa, oltre che la revisione del percorso terapeutico. Nell'ambito del progetto deve essere inserita, inoltre, la prescrizione di ortesi, protesi ed ausili idonei a facilitare l'autonomia del paziente nella vita quotidiana. Alla valutazione clinico funzionale partecipano, al bisogno, altri professionisti, quale per esempio lo psico-oncologo che rileva la presenza di problematiche psicologiche legate all'impatto della malattia e dei suoi trattamenti e al significato che esse hanno nella storia personale, interpersonale e sociale del malato. Tale valutazione contribuisce alla individualizzazione del progetto riabilitativo e permette un approccio riabilitativo globale in grado di rispondere anche ai suoi bisogni psicosociali. L'approccio riabilitativo deve comprendere anche aspetti educativi e formativi per il care-giver: attraverso l'addestramento diretto o per mezzo di opuscoli informativi.</p>	
Aree di attività	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle diverse tipologie di menomazione e disabilità • Rieducazione delle menomazioni motorie • Rieducazione funzionale delle disabilità motorie • Rieducazione respiratoria • Rieducazione cardiologica • Rieducazione vescicale • Rieducazione intestinale • Rieducazione dei linfedemi e vascolare • Terapia fisica strumentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Rieducazione delle turbe afasiche e del linguaggio • Rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche • Servizio di neurofisiopatologia clinica e riabilitativa • Attività protesica e ortesica • Terapia occupazionale • Trattamento farmacologico dei problemi internistici • Educazione e addestramento del disabile e dei suoi familiari • Assistenza sociale
Requisiti minimi strutturali	<p>La riabilitazione intensiva dei malati oncologici viene garantita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nella fase acuta in regime di degenza nelle unità operative delle aree mediche e chirurgiche 2. nella fase post-acuta nelle UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa (Cod.56) <p>La riabilitazione estensiva viene garantita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nelle strutture ambulatoriali accreditate 2. in regime di Day Service riabilitativo 3. nelle lungodegenze post acuzie riabilitative 4. in regime di Day Hospital riabilitativo 5. nelle cure domiciliari 6. nelle UO Hospice 7. nelle RSA 	

Dotazione minima ambienti	<ul style="list-style-type: none"> o Area destinata alla valutazione clinica, funzionale e riabilitativa o Aree destinate alle attività specifiche di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> o Area riabilitazione neuropsicologica e turbe cognitive o Area di socializzazione o Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative)
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per la degenza riabilitativa • Attrezzatura per la valutazione clinica e diagnostica riabilitativa • Attrezzature per la valutazione funzionale posturale, e della deambulazione • Attrezzature per la valutazione clinica e funzionale della voce e del linguaggio • Attrezzature per la riabilitazione cardio-pneumologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzature per la terapia occupazionale • Attrezzature per il trattamento FKT e terapia fisica di alta tecnologia • Attrezzature per la riabilitazione uro-ginecologica • Attrezzature per la diagnostica elettromiografica ed elettroencefalografica • Attrezzature di supporto generale per l'assistenza • Area di socializzazione
Risorse umane	Il personale dirigente medico, sanitario della riabilitazione, sanitario e assistenziale deve essere adeguato alla mission della U.O., e tale da garantire 180 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva medica, infermieristica e assistenziale, e di 120 minuti/paz./die di riabilitazione, integrata dall' azione dello psicologo clinico e dell' Assistente sociale.	
Competenze necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini • Patologia clinica • Medicina interna • Neurologia e servizio di EMG/ENG 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Chirurgia • Ortopedia e traumatologia • Urologia e urodinamica
RIABILITAZIONE IN HOSPICE	<p>La riabilitazione del paziente oncologico in fase avanzata della malattia e ricoverato in hospice, gli obiettivi sono diversi da quelli tradizionalmente percorsi, e la riabilitazione deve rivolgersi al malato nella sua globalità. Il malato in fase terminale presenta infinite sfaccettature e le più svariate problematiche, spaziando dall'aspetto motorio a quello neurologico e ortopedico, dall' aspetto respiratorio a quello cardiovascolare, al dolore primario o secondario, quest'ultimo spesso causato da problemi di postura, di cattiva gestione delle risorse residue o altro, dalla motivazione del paziente etc.</p> <p>Avendo presente che nelle Cure Palliative, l'obiettivo del piano assistenziale non è la guarigione della persona malata, ma quello di migliorare la qualità di vita del paziente perseguendo l'obiettivo riabilitativo che più interessa al malato e al <i>care-giver</i>, per cui il Team esperto in Cure Palliative, ha il compito di migliorare le capacità residue del malato oncologico, e guidarle verso un recupero rapido, vista la brevità della aspettativa di vita del paziente.</p> <p>Da ciò si evince quanto sia importante e fondamentale, per la buona riuscita del piano assistenziale, la completa valutazione dello stato psicofisico del paziente, eseguita in tempi brevi perché il soggetto è - di norma - molto debole e magari accompagnato da dolori.</p>	

PERCORSI RIABILITATIVI PER DISABILITA' NEUROPSICHICHE

Struttura	L Sono specifiche uos o servizi di riabilitazione neuropsicologica inserite nella rete dei servizi di riabilitazione estensiva e di mantenimento che operano in stretta integrazione con le UU.OO. di alta specialità neuro riabilitativa e riabilitazione intensiva dedicate ai pazienti con grave turbe neuropsicologiche post-traumatiche.
Mandato	L' Unità operativa opera in stretta integrazione con le strutture ospedaliere e distrettuali territoriali, per programmi di riabilitazione neuropsicologica a carattere intensivo ed estensivo per la presa in carico dei soggetti con esiti di grave trauma cranico o disabilità dell' età evolutiva che presentano turbe neuropsichiche per le quali sono definiti programmi riabilitativi protratti nel tempo, finalizzati al raggiungimento di più alti livelli di abilità o ad impedirne o ritardarne il declino cognitivo e/o comportamentale-relazionale.
Appropriatezza e criteri di accesso	Soggetti con postumi di grave trauma cranico o con disabilità neuropsichiche dell'età evolutiva, che richiedono tutela assistenziale e riabilitativa per ridotta acquisizione di autonomie funzionali, comportamentali e relazionali
Processo	Valutazione multiprofessionale (psicologica/clinico-sanitaria/sociale) - progetto riabilitativo progetto di struttura, tutela assistenziale orientata allo sviluppo di ADL e cura della person
Criteri di dimissione o trasferimento ad altro regime della rete	gestione della continuità assistenziale ospedale-territorio nel trasferimento ad altro setting assistenziale e riabilitativo e socio assistenziale, in rapporto alle strutture sanitarie territoriali esistenti e ai piani di zona socio-assistenziali e di integrazione lavorativa del distretto territoriale.



FASE ACUTA E SUBACUTA CON O SENZA RICOVERO IN II / INSORGENZA SEGNII DISABILITANTI A LENTA PROGRESSIVITA'

RIABILITAZIONE INTENSIVA

RIABILITAZIONE ESTENSIVA

J *Sh*