

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Università degli Studi di Ferrara
Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche

Corso di Laurea Magistrale
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Teoria e filosofia della scienza riabilitativa



LINEE-GUIDA IN RIABILITAZIONE

In questa Sezione troverete i link ad alcune delle Linee-guida per la Riabilitazione oggi accreditate a livello internazionale, disponibili on line, che riguardano i vari problemi di salute, la loro gestione e implicazioni con l'agire riabilitativo.

Vi ricordiamo che, gestito dai fisioterapisti australiani dell'Università di Sidney, nel sito di **PI** trovare Linee-guida pratiche attinenti alla fisioterapia.

Un altro sito di recente nascita ed in corso di attivazione, che presenta Linee-guida pratiche aree della riabilitazione (logopedia, salute mentale, audiologia, fisioterapia), è quello della Scienze della Riabilitazione dell'Università di Ottawa: "**Linee-guida in Riabilitazione**", nelle lingue inglese e francese. La qualità delle Linee-guida presentate è stata valutata con lo strumento

LINEE-GUIDA IN RIABILITAZIONE

Linee guida per la formazione

Linee guida in fisioterapia dello SPORT

Vi proponiamo le **Linee Guida in Fisioterapia dello Sport**.

Alcune Linee Guida sono consultabili direttamente on-line, per altre è disponibile un Abstract sintetizza le informazioni più significative sull'argomento.

Pertanto è possibile ordinare gli articoli di particolare interesse rivolgendosi alle biblioteche o a quelle del proprio Ospedale.

Sono inserite, inoltre, diverse Revisioni sistematiche che, pur non essendo Linee Guida, rivestono particolare valore scientifico e permettono un eccellente aggiornamento sull'argomento.

Mal di schiena

Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Low Back Pain, Physical Therapy Vol. 81 n° 10 October 2001

Dolore cervicale

Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Neck Pain, Physical Therapy Vol. 81 n° 10 October 2001

Trattamento del ginocchio

Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Knee Pain, Physical Therapy Vol. 81 n° 10 October 2001

Trattamento della spalla

Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Shoulder Pain, Physical Therapy Vol. 81 n° 10 October 2001

Incontinenza Urinaria da stress

Chartered Society of Physiotherapy (l'associazione dei fisioterapisti inglesi): Linea-guida clinica gestione in fisioterapia delle donne (16-65 anni) con incontinenza urinaria da stress

CHI SIAMO

HOME

CONGRESSI

EBOOKS

LINK WEB

LINEE GUIDA

Home > Linee guida > Linee guida Italiane > Linee guida

LINEE GUIDA

Linee Guida Riabilitazione Territoriale

SIMFER Documento territorio.pdf

Download

Details

Raccomandazioni Cervicalgie

Raccomandazioni SIMFER Cervicalgia.pdf

Download

Details

Linee Guida

01 codice deontologico in fisioterapia.pdf

Download

Details

Linee Guida

02 percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena.pdf

Details

Download

Linee Guida

03 raccomandazioni diagnostico-terapeutiche simfer per la cervicalgia.pdf

Details

Download

Linee Guida

04 linee organizzative per il governo clinico delle più comuni patologie disabilitanti dell'apparato locomotore.pdf

Details

Download

Linee Guida

05 trattamento riabilitativo del paziente in età evolutiva affetto da deformità del rachide.pdf

Details

Download

LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)

Le Linee Guida Nazionali del 1998 hanno rappresentato un **documento di riferimento** per quanto attiene a:

- **PRINCIPI GUIDA**
- **FILOSOFIA DI FONDO** dell'intervento riabilitativo, partendo dalla stessa **DEFINIZIONE DELLA RIABILITAZIONE** in esse contenuta.

LA RIABILITAZIONE

è un “**processo**” di **soluzione di problemi** e di **educazione** nel corso del quale si porta una **PERSONA DISABILE** a raggiungere **il migliore livello di vita** possibile sul piano fisico, funzionale, emozionale e sociale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell’ambito della sua menomazione e della quantità e qualità delle sue risorse disponibili”.

Linee Guida Nazionali 1998

LA RIABILITAZIONE

È un **“processo di sviluppo di una persona”**, finalizzato alla realizzazione dell'intero potenziale

- fisico
- psicologico
- sociale
- professionale
- occupazionale
- educativo

compatibile con le menomazioni anatomiche o psicologiche e le limitazioni ambientali.

OBIETTIVI REALISTICI sono individuati per la singola persona e questi guidano i vari interventi curativi ed assistenziali, realizzati secondo **la metodica del “problem solving” e di educazione.**

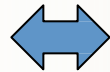
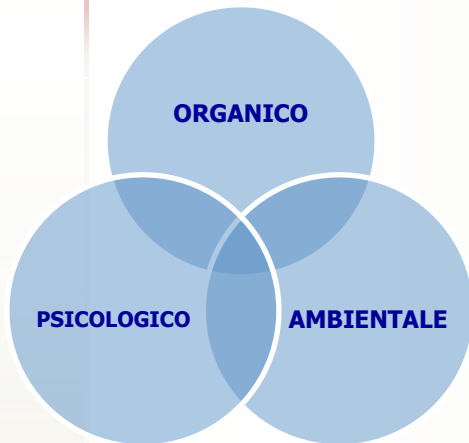
LA RIABILITAZIONE

Per le disabilità più gravi il PROCESSO coinvolge anche

- **LA FAMIGLIA DEL DISABILE,**
- **L'AMBIENTE DI VITA**
- **e QUANTI SONO A LUI VICINO.**

In tal modo si opera per raggiungere la funzione ottimale, indipendentemente dalla disabilità residua, anche se la menomazione causata dal processo patologico non può essere emendata.

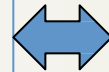
PERSONA



PERSONA

E

**PROCESSO
RIABILITATIVO**



QUALITÀ DELLA VITA DELLA PERSONA



MISSION DELLA RIABILITAZIONE

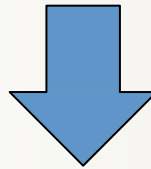
Educare ed aiutare la persona disabile a raggiungere il **miglior livello di vita possibile** sul piano fisico, funzionale, affettivo, emozionale, relazionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della limitazione della sua menomazione e della quantità e qualità di risorse disponibili.

Basaglia N., 2009

LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)

FILOSOFIA DELLA RIABILITAZIONE

- ❑ **Metodica del *problem solving***
- ❑ **Principio dell'*empowerment***



Operare sempre più secondo il principio *dell'empowerment* del disabile, rispetto al principio *della riparazione d'organo e del recupero funzionale*, all'interno del processo riabilitativo della persona.

LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)

FILOSOFIA DELLA RIABILITAZIONE

Principio dell'*empowerment*

È fondamentale **andare a potenziare le conoscenze della persona (EDUCAZIONE)**, riducendo il gap tra il professionista sanitario e la **persona**, allo scopo di:

- avere il **coinvolgimento ATTIVO, SEMPRE PIÙ CONSAPEVOLE** della persona al suo progetto riabilitativo e
- favorire il **PROCESSO DI CRESCITA ALL'AUTODETERMINAZIONE**, che fa emergere le risorse latenti e porta l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

IL CAMPO DI INTERVENTO DELLA RIABILITAZIONE

- non è la **malattia**
- ma le **conseguenze delle malattie** nelle loro tre diverse dimensioni:
 - **menomazione, disabilità ed handicap (ICIDH, 1980)**
 - **menomazione, abilità e partecipazione (ICF, 2001)**

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

ATTIVITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

- Si definiscono quali “***attività sanitarie di riabilitazione***” il complesso di **interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure** finalizzate a portare
 - **il soggetto affetto da menomazioni** a contenere o minimizzare la sua disabilità
 - ed **il soggetto disabile** a **muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente** e, soprattutto, a farlo ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE SOCIALE

- Si definiscono “***attività di riabilitazione sociale***” il complesso di azioni e di interventi finalizzati a **garantire**
 - alla persona la **massima partecipazione possibile** alla **vita sociale** ed economica, con la **minore restrizione possibile delle sue scelte operative**, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità inemendabili, al **fine di contenere la condizione di handicap (restrizione della partecipazione)**.

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

Le “***attività sanitarie di riabilitazione***”,

- ad eccezione di quelle di semplice terapia fisica/strumentale per disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie,
- richiedono obbligatoriamente **la presa in carico clinica globale** della persona mediante la predisposizione di un **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**, mentre i **singoli interventi** vengono realizzati nell'ambito di specifici **Programmi terapeutici**.

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

Per raggiungere un buon livello di efficacia qualsiasi PROGETTO DI RIABILITAZIONE deve quindi essere mirato su **obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata**, perché l'autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in **autonomia della persona nel suo complesso**, e comunque in una **migliore qualità della vita** della persona.

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

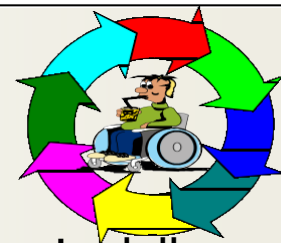
si basa

- **sulle informazioni raccolte**
- **sui risultati delle valutazioni relative**
 - **ai punti di forza**
 - **alle abilità**
 - **ai bisogni ed alle preferenze della persona**

**che permettono di sviluppare un piano globale, coordinato,
individualizzato per ogni persona servita.**

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

- 1. Centralità del paziente e dei suoi bisogni**
- 2. Orientamento all'outcome**
- 3. Progetto e programmi riabilitativi**, con garanzia della continuità del percorso di cura
- 4. Coinvolgimento attivo del paziente** nella definizione dell'outcome e del percorso di cura
- 5. Lavoro in team interprofessionale** nell'ambito delle 24 ore della giornata in DO



LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
orientato all'outcome

RIABILITAZIONE basata sullo specifico intervento erogato

- definisce i parametri di valutazione in accordo con le **singole professioni**
- valuta le **menomazioni** del paziente
- predispone il piano di trattamento sulle limitazioni del paziente

RIABILITAZIONE orientata all'outcome

- definisce i parametri di valutazione in base **all'ambiente di dimissione** dello specifico paziente
- focalizza le **abilità** necessarie nell'ambiente di dimissione
- predispone il piano di trattamento sulle abilità richieste dall'ambiente di dimissione

LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
orientato all'outcome

RIABILITAZIONE basata sullo specifico intervento erogato

- focalizza il trattamento sulla rieducazione delle **menomazioni** che ostacolano le abilità
- pone *obiettivi basati sulle singole professionalità*
- presume una generalizzazione delle abilità
- provvede all'addestramento della famiglia al momento della dimissione

RIABILITAZIONE orientata all'outcome

- focalizza il trattamento in funzione della riacquisizione delle **abilità**
- pone *obiettivi funzionali basati sull'outcome globale* che deve essere raggiunto e considera primariamente il compenso
- costruisce la generalizzazione delle abilità acquisite dal paziente
- effettua l'addestramento della famiglia durante tutta la presa in carico

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
***STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
orientato all'outcome***

**RIABILITAZIONE basata sullo
specifico intervento erogato**

- PROCESS-BASED
REHABILITATION
- basata sul Modello di lavoro
Multiprofessionale

**RIABILITAZIONE orientata
all'outcome**

- PATIENT-BASED
REHABILITATION
- basata sul Modello di lavoro
Interprofessionale

LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)

STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Progetto Riabilitativo Individuale ("individual overall plan")

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Per PRI si intende, di norma, **un piano generale, descrittivo**, che indirizza verso:

- outcome ed aspettative desiderate dalle persone servite,
- così come sugli outcome attesi dal team dei professionisti, basati punti di forza, loro abilità, necessità e preferenze delle persone servite

LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Progetto Riabilitativo Individuale ("individual overall plan")

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

È elaborato dal team riabilitativo, coordinato dal medico fisiatra responsabile, che, tenendo conto in maniera globale

- ☐ dei **bisogni e delle preferenze del paziente,**
- ☐ delle sue **menomazioni, disabilità ed abilità residue**
- ☐ oltre che dei **limiti imposti dalle situazioni ambientali** e dalle **risorse disponibili,**

definisce quali siano gli **esiti (outcome)** desiderati, in tempi definiti.

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Progetto Riabilitativo Individuale ("individual overall plan")

- definisce il **ruolo dell'equipe riabilitativa rispetto alle azioni** da intraprendere
- deve dimostrare la **consapevolezza e comprensione, da parte del team riabilitativo**, dell'insieme delle problematiche del paziente
- definisce nelle linee generali i **tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti** desiderati
- **è modificato** quando si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato
- **è comunicato** in modo comprensibile ed appropriato al paziente, e ai suoi familiari quando necessario

**II PROGETTO
RIABILITATIVO
INDIVIDUALE**

```
graph LR; A[II PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE] --> B[OUTCOME GLOBALE]; A --> C[OUTCOME FUNZIONALE];
```

The diagram illustrates a conceptual model where a single project leads to two distinct outcomes. A central box on the left, titled 'II PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE', has two arrows pointing to the right. The top arrow points to a box labeled 'OUTCOME GLOBALE', and the bottom arrow points to a box labeled 'OUTCOME FUNZIONALE'. The boxes are rectangular with black outlines and are set against a light beige background. A thin vertical line separates the left box from the right boxes. A faint, multi-colored crosshair is visible in the upper-left corner of the slide.

**OUTCOME
GLOBALE**

**OUTCOME
FUNZIONALE**

OUTCOME GLOBALE

(OBIETTIVO **GENERALE** della **Riabilitazione Medica e Sociale**)

Risultato finale di tutti gli interventi sanitari della Medicina Riabilitativa e degli interventi della Riabilitazione Sociale.

OUTCOME FUNZIONALE

(OBIETTIVO **FINALE** della presa in carico della **Medicina Riabilitativa**)

Risultato finale desiderato, relativo ad uno specifico set di parametri. (Ad esempio la completa autonomia al domicilio)

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Programma riabilitativo

PROGRAMMI RIABILITATIVI

Sono un insieme di proposizioni, elaborate dal team riabilitativo, previste dal PRI, che definiscono i motivi per cui il paziente necessita di presa in carico

- **gli interventi specifici** che verranno effettuati, individuando le **specifiche aree di problematicità (o di intervento):**
 - stabilità internistica
 - funzioni vitali di base
 - funzioni senso-motorie
 - mobilità - trasferimenti
 - comunicativo - relazionale
 - cognitivo - comportamentale
 - autonomia di cura della persona
 - reinserimento-riadattamento sociale

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Programma riabilitativo

- Individuano gli **obiettivi**
 - **immediati** (da raggiungere nello spazio di pochi giorni)
 - **e/o a breve termine** (da raggiungere nell'ambito di poche settimane)e li aggiornano nel tempo
- Definiscono le **modalità ed i tempi** prevedibili per l'effettuazione degli interventi
- Definiscono le **misure di esito appropriate** per la valutazione degli interventi, **l'esito atteso** in base a tali misure ed il **tempo di verifica** del raggiungimento di un dato esito

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Programma riabilitativo

- Individuano i singoli **operatori coinvolti** negli interventi e ne definiscono il relativo impegno e ruolo, nel rispetto delle relative responsabilità professionali
- Vengono puntualmente verificati, ed **aggiornati periodicamente** durante il periodo di presa in carico.
- Costituiscono **un elemento di verifica** del "Progetto Riabilitativo Individuale".

**PROGRAMMA
RIABILITATIVO
INDIVIDUALE**

```
graph LR; A[PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE] --> B[OUTCOME SPECIFICO]; A --> C[GOAL];
```

The diagram illustrates a conceptual model where a single 'PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE' (Individual Rehabilitation Program) leads to two distinct concepts: 'OUTCOME SPECIFICO' (Specific Outcome) and 'GOAL'. The program is represented by a box on the left, with two arrows branching out to the right, each pointing to a separate box for 'OUTCOME SPECIFICO' and 'GOAL'.

**OUTCOME
SPECIFICO**

GOAL

OUTCOME SPECIFICO

(OBIETTIVO INTERMEDIO o a MEDIO TERMINE)

RISULTATO DESIDERATO relativo ad un set di parametri minori.
(ad esempio, recuperare l'autonomia deambulatoria)

GOAL

(OBIETTIVO IMMEDIATO e/o a BREVE TERMINE)

RISULTATO BEN DEFINITO da raggiungere in un breve e ben delineato arco di tempo. (ad esempio, recuperare il controllo del tronco da seduto)

Definire gli obiettivi ...

SMART

1. **S**pecifici
2. **M**isurabili
3. **A**ccettabili
4. **R**ealistici
5. limitati nel **T**empo

1. Specifici

- **La formulazione dovrebbe essere sufficientemente precisa da non lasciare adito ad interpretazioni diverse.**

Ad esempio, in cosa differiscono le seguenti:

- Migliorare la deambulazione
- Deambulare con ausilio (monopuntale o quadripode) al proprio domicilio senza supervisione (punteggio FIM ...)

- **Esistono culture locali (dei professionisti, delle organizzazioni, della popolazione) che potrebbero determinare una cattiva comprensione e comunicazione, tale da compromettere l'alleanza terapeutica tra le varie figure**

2. Misurabili

- **La formulazione dovrebbe contenere un criterio che rende misurabile l'ottenimento dell'obiettivo**
 - Per esempio il punteggio che si vorrebbe raggiungere utilizzando una scala o uno strumento validato
 - Quando non sia possibile o opportuno, è utile la descrizione del comportamento o risultato osservabile che si intende raggiungere

3. Accettabili

- **Ogni obiettivo deve avere una dimensione etica che lo renda accettabile e condiviso, anche dal punto di vista umano ed emotivo**

4. Realistici

- **Gli obiettivi sono formulati tenendo presente il “dato di realtà” e non solo “i desiderata”:**
 - le condizioni del paziente
 - la sua prognosi
 - le risorse disponibili (del paziente e dei care-giver, dell’ambiente, del personale e dell’organizzazione-fattori contestuali) condizionano il fatto che un obiettivo possa essere ragionevolmente raggiunto
- **Nulla può essere certo (i professionisti sanitari hanno l’obbligo “di mezzi” e non “di risultato”) ma occorre un ragionamento logico**
- **Non è etico indurre aspettative superiori o inferiori a quanto è ragionevole ipotizzare attraverso il ragionamento clinico**

5. Limitati nel Tempo

- È necessario chiarire l'arco di tempo in cui ragionevolmente si ipotizza il raggiungimento dell'obiettivo
- Il tempo è indicato sulla base:
 - **del razionale scientifico**
 - tempi di apprendimento del paziente
 - intensità dell'attività (lavorare 2 ore al giorno tutti i giorni su un problema sicuramente ottiene effetti diversi dal lavorare 1 ora a giorni alterni)
 - elementi prognostici specifici
 - **della "quantità" di obiettivi** che si mettono contemporaneamente in campo (e questo ha a che fare anche con la raggiungibilità)
 - **delle risorse umane e strutturali disponibili** (fisioterapisti, infermieri, care-givers...; attrezzature e servizi...)

**LINEE-GUIDA del Ministro della sanità per le attività di
Riabilitazione (G. U. n. 124, 30 maggio 1998)**
STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO:
Programma riabilitativo

TIPOLOGIA degli INTERVENTI della Medicina Riabilitativa

■ **Interventi terapeutici**

Volti a modificare le menomazioni e/o il livello di disabilità, distinguibili in

- ☐ preventivi,
- ☐ emendativi,
- ☐ compensatori

■ **Interventi assistenziali**

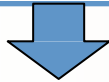
Volti a mantenere e a promuovere le migliori condizioni concesse dalla malattia e dalla disabilità

■ **Interventi educativi**

Volti a consegnare alla persona disabile ed ai suoi care giver strumenti conoscitivi utili all'accettazione della disabilità ed alla sua gestione

Problem Based Approach

Assegnazione della
responsabilità del PRI ad un
fisiatra ed **individuazione del
TEAM**



**Individuare i PROBLEMI DEL
PAZIENTE** e valutarne l'entità
e la modificabilità



**Individuare l'OUTCOME
GLOBALE** e scegliere la
modalità e lo strumento più
adatti e una misura obiettiva
del suo raggiungimento



Individuare l'OUTCOME FUNZIONALE raggiungibile e la
necessità di interventi e di supporto sociale

Scegliere la MODALITÀ DI INTERVENTO
e gli strumenti operativi da utilizzare ed
**individuare ed assegnare la
RESPONSABILITÀ**



**Individuare gli OBIETTIVI A BREVE
TERMINE** e disporli in ordine di priorità



Individuare l'OUTCOME SPECIFICI
necessari per raggiungere l'OUTCOME
GLOBALE e disporli in ordine di priorità



Individuare l'OUTCOME FUNZIONALE raggiungibile e la
necessità di interventi e di supporto sociale

Area di possibile problematicità

Area
della
Stabilità
internisti
ca

Area
delle
funzioni
vitali di
base

Area
delle
funzioni
senso-
motorie

Area
della
mobilità
-
trasferi
menti

Area delle
funzioni
comunica
tivo-
relazionali

Area delle
funzioni
cognitivo
comport
amentali

Area
delle
attività
di cura
della
persona

Area del
reinserim
ento
sociale



Ministero della Salute

Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011

La riabilitazione è disciplina medica
-scientificamente certa
-socialmente congrua
-economicamente sostenibile

I numeri della riabilitazione

Persone con disabilità	2.609.000
Residenti in presidi socio-sanitari	> 200.000
Totale numero di ricoveri nel 2008	12.128.678
riabilitazione	361.391
Regime ordinario	294.644
Day Hospital	64.747

La situazione attuale: i punti deboli

Formalmente quasi tutte le regioni hanno trattato i temi proposti dalle LG, generando molteplici unità di offerta, anche con denominazioni differenti. Tali unità non sono facilmente confrontabili per la mancanza di dati quantitativi riferibili a requisiti strutturali e/o organizzativi.

Molte delle normative emanate non hanno ancora trovato applicazione per mancanza di strumenti attuativi.

La continuità assistenziale è spesso ottenuta attraverso la somma di molti interventi singoli non realizzando una completa e precoce presa in carico globale della persona.

Persiste confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva

I volumi di attività e la distribuzione di servizi sono molto sbilanciati fra le diverse regioni o verso risposte prevalenti in regime di ricovero o verso risposte prevalenti in regime ambulatoriale.

Un limite è rappresentato dai regimi di rendicontazione e tariffazione differenti che non sono basate sul reale utilizzo delle risorse assegnate ma che si basano solo su codici di malattia.

Necessità emergenti in ambito riabilitativo

evoluzione epidemiologica e demografica
sviluppo di nuove tecnologie
criticità post-acute nelle gravi disabilità

Necessità di:

unità spinali

unità per gravi disabilità cardiologiche

unità per gravi disabilità respiratorie

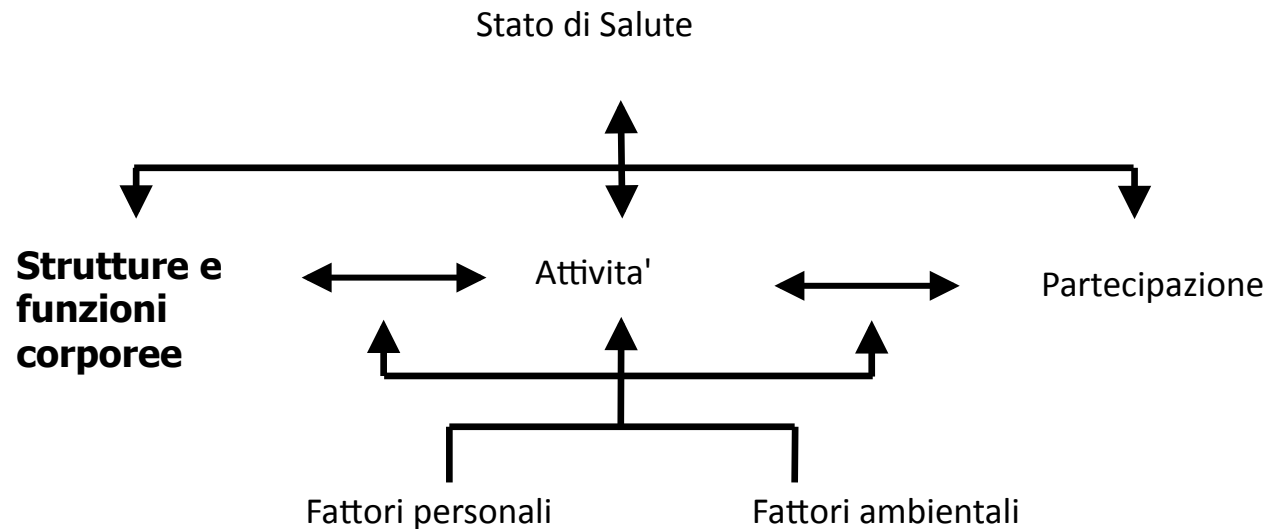
Le novità del nuovo piano di indirizzo rispetto alle L.G.1998

Modello Bio-Psico-Sociale (ICF)
Governo clinico - Dipartimento di Riabilitazione
Percorso Riabilitativo Unico- Rete di
Riabilitazione
Approccio interdisciplinare
Appropriatezza dei percorsi
Coinvolgimento paziente e suoi familiari
Creazione di nuove Unità dedicate
Attività Fisica Adattata (AFA)

Il modello bio-psico-sociale

Pone al centro del sistema il cittadino disabile e il suo contesto familiare nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni orientando conseguentemente tutte le attività rispetto a tale priorità e verificandone i risultati.

I documenti più importanti che disciplinano la materia della riabilitazione convergono sinergicamente sull'importanza dell'applicazione del modello Bio-Psico-Sociale di Salute sintetizzato dallo schema sottostante.



Team riabilitativo

è composto da professionisti che possono essere ricompresi in due differenti specificità in base al percorso formativo:

- professionisti della riabilitazione, quali il medico specialista in riabilitazione e i professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001
- personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio–sanitario–assistenziale.

Inoltre vi rientra a pieno titolo il *Caregiver*, familiare o persona di riferimento coinvolto nella presa in carico della persona disabile ai fini della gestione delle sue problematiche attuali e future.

Progetto Riabilitativo Individuale

Il Progetto Riabilitativo Individuale garantisce entrambi questi elementi, definendo con chiarezza e motivazioni l'inizio ed il termine della presa in cura.

Si realizzano altresì in tal modo le condizioni per la strutturazione operativa del lavoro in Rete tra le strutture e di settings coinvolti in relazione ad una area territoriale data.

Il Team è l'altra metodologia di lavoro che garantisce globalità e continuità'.

Continuità della Riabilitazione Ospedale - Territorio

Fase di degenza in reparti di riabilitazione intensiva

Fase di degenza in reparti di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione

Fase di degenza in reparti di riabilitazione estensiva

Percorso riabilitativo in ambito territoriale

Fase ambulatoriale

Fase domiciliare

Attività Fisica Adattata (AFA)

Il processo riabilitativo riveste un ruolo indispensabile ed insostituibile fino a quando è presente nel paziente un possibile cambiamento attivo della funzione; è necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con disturbi cronici.

Nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità. L'AFA, per il duplice ruolo svolto nel combattere l'ipomobilità e favorire la socializzazione, appare come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di crearne uno virtuoso.

L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile.

Il modello organizzativo: i nuovi dipartimenti di riabilitazione

Per la complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e per la loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di *setting* ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.

Al Dipartimento di Riabilitazione, snodo reale della Clinical Governance, devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili.

Appropriatezza dei percorsi nella rete riabilitativa

Il percorso riabilitativo presuppone una diagnosi riabilitativa per cui nella definizione dei setting riabilitativi bisogna considerare:

la patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF che richiede l'intervento della medicina fisica e riabilitativa;

il grado di acuzie o cronicità della menomazione

il grado di complessità del paziente preso in carico

il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti, con particolare riferimento alle problematiche della popolazione in età evolutiva, garantendo in questo settore la necessaria continuità nel passaggio all'età adulta

gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche

lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del Progetto Riabilitativo Individuale

Documenti Guida

Risoluzione Assemblea ONU WHA58.23 Disability, including prevention, management and rehabilitation.

ICF 2002 Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute.

Madrid 2002 Anno Europeo della Persona disabile.

WHO, ILO, UNESCO 2004, Documento congiunto Community Based Rehabilitation.

Convenzione ONU 2006 sui diritti delle Persone con Disabilità (L.18 03/03/2009)

DAR Piano d'azione 2006 – 2011.

La composizione del Gruppo di Lavoro sulla Riabilitazione

Rappresentanti Conferenza Stato-Regioni

Rappresentanti Società scientifiche

Rappresentanti degli IRCCS

Rappresentanti del Ministero della Salute

Rappresentante del Consiglio Superiore di Sanità

Rappresentante dell' Istituto Superiore di Sanità

Rappresentante dell' ISPESL

Rappresentante dell' INAIL

Rappresentante Università

Esperti

Società scientifiche e Associazioni

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

Società Italiana di Riabilitazione Neurologica

Società Italiana di Riabilitazione di Alta Specializzazione

Associazione Italiana Fisioterapisti

Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti

Associazione Nazionale Medici Cardiologici Ospedalieri

Società Italiana di Cardiologia

Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata

Società Italiana di Geriatria e Gerontologia

Società Italiana Geriatri Ospedalieri

Società e Associazioni

Associazione Italiana Fisioterapisti
Federazione Logopedisti Italiani
Società Italiana di Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell' Adolescenza
Gruppo Interprofessionale di Riabilitazione in Neuropsicologia
Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali
Associazione Italiana Ortottisti Assistenti di Oftalmologia
Associazione Italiana Podologi
Società Italiana di Terapia Occupazionale
Associazione Italiana di Ippoterapia e Riabilitazione Equestre

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Gazzetta Ufficiale n. 50, Supplemento ordinario n.60
(Documento di indirizzo che integra **le LG del 1998**)

Le LG del 1998 hanno contribuito alla **definizione di una strategia riabilitativa** che provvedesse a:

- la presa in carico del soggetto
- la sua valutazione
- l'elaborazione di un progetto riabilitativo
- l'effettuazione di un preciso programma d'intervento

Tali LG:

- se da un lato rappresentano un documento di riferimento per quanto attiene ai **principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo**
- dall'altro però necessitano di ulteriore aggiornamento per quanto attiene
 - ai **criteri di appropriatezza d'intervento**
 - all'**individuazione e alla misura degli outcome**

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

È mancato uno sforzo comune di standardizzazione tassonomica:

- molteplicità di denominazioni per strutture riabilitative eroganti uguali attività
 - un'unica denominazione per strutture eroganti attività riabilitative diverse
- Le normative sull'accreditamento, pur basandosi su un medesimo provvedimento legislativo nazionale, non sono state in grado, nell'attuazione regionale, di risolvere questo problema.

Si rende pertanto necessaria una **definizione dei vari setting riabilitativi, definendo i criteri ed i requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione.**

La continuità assistenziale è perseguita ma non sempre ottenuta attraverso la concatenazione di diversi interventi singoli, senza realizzare una completa e precoce presa in carico globale della persona.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati sono quelli previsti dal vigente **DPCM 23-04-2008 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza**.

Livelli assistenziali Livelli organizzativi

- RIABILITAZIONE INTENSIVA
- RIABILITAZIONE ESTENSIVA

- Strutture di III livello
- Strutture di II livello
- Strutture di I livello

RIABILITAZIONE INTENSIVA (ACUTE REHABILITATION)

Attività dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un **ELEVATO IMPEGNO diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico** in termini di complessità e/o di durata dell'intervento, orientativamente riferibile ad **almeno tre giornaliere di terapia specifica**, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione ... e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento delle ADL.

Linee guida nazionali 1998

RIABILITAZIONE ESTENSIVA (SUBACUTE REHABILITATION)

Attività caratterizzate da un **MODERATO IMPEGNO terapeutico**, più protratto nel tempo a fronte di un **FORTE INTERVENTO DI SUPPORTO assistenziale** verso i soggetti in trattamento (interventi di prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, interventi in soggetti con disabilità a lento recupero che non possono giovare o sopportare un trattamento intensivo).

L'impegno **clinico** e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili **tra una e tre giornaliere**.

Linee guida nazionali 1998

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

I trattamenti riabilitativi sono erogati **in regime di:**

- Assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital)
- Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno
- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza domiciliare

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

Per definire correttamente il **GRADO DI NECESSITÀ** della **persona da riabilitare**, si possono individuare **tre dimensioni che opportunamente combinate** permettono di allocare la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato la disabilità (sia essa cardiaca, respiratoria, neurologica, metabolica, oncologica, ecc.), **in setting più appropriati** in relazione alla **fase del percorso di cura**:

1. Dimensione della Complessità clinica
2. Dimensione della Disabilità
3. Dimensione della Multimorbidity

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

1) Dimensione della complessità clinica

La complessità clinica si correla all'insieme della:

- Complessità diagnostica
- Complessità assistenziale
- Complessità organizzativa
- Complessità dei differenti interventi terapeutici

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

2) Dimensione della disabilità

Perdita delle **capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive, comportamentali** che ... **impattano con i fattori ambientali**, riducendo il **livello di partecipazione dell'individuo** allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione.

Essa viene usualmente **misurata con scale di disabilità:**

- che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività
- e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo ...

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

3) Dimensione della multimorbidità

Insieme di patologie e condizioni, classificate secondo scale a punteggi crescenti.

Tali comorbidità possono rappresentare:

- **un mero elenco** per una stratificazione prognostica più accurata
- **o attivi cofattori** che influenzano anche la clinica ed il trattamento.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

Il PROFILO del soggetto da riabilitare condiziona il progetto riabilitativo e **determina il percorso di cura.**

Esso viene definito da:

1. Livello di complessità clinica
2. Livello di disabilità
3. Multimorbidity
4. Fattori contestuali (personali ed ambientali)

Le **diverse condizioni all'interno della stessa patologia** possono corrispondere ad una crescente necessità assistenziale con un impegno equivalente di risorse.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

TIPOLOGIE dei soggetti da riabilitare

Un'ulteriore caratterizzazione del grado di necessità dei bisogni riabilitativi deve basarsi anche sulle **CARATTERISTICHE DI PRESENTAZIONE E DI EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA** che può essere caratterizzata da:

- frequenti **riacutizzazioni, ospedalizzazioni** (**persona ad alto rischio**)
- **persistenza di un elevato quadro di complessità clinico-assistenziale**, con elevato assorbimento di risorse e richiesta di approccio personalizzato e multidisciplinare (**persona ad alta complessità - PAC**)

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

-quadri di **cronicità** della malattia associata a cattivi stili di vita (tabagismo, inattività, ipercolesterolemia, sovrappeso) dove l'intervento si concentra soprattutto:

- su un monitoraggio dell'evoluzione
- e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini di vita al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia cronica (**persona con patologia cronica e gravi fattori di rischio**)

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Grado di necessità della persona da riabilitare

Persone ad alta complessità (PAC)

La persona ad alta complessità deve trovare una **risposta riabilitativa in relazione alle FASI DELLA MALATTIA**, in quanto presenta spesso problematiche sistemiche e numerose comorbidità (ad es. complicazioni cardio-respiratorie, cerebrali, cardiache,...) che possono giocare **un ruolo cruciale** nell'assetto prognostico.....

L'approccio convenzionale a questa tipologia di paziente può risultare incompleto o inappropriato a causa di modelli organizzativi-gestionali non centrati sulla persona ma **sulla patologia**, determinando discontinuità assistenziale.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

La Riabilitazione nel continuum assistenziale

- a) Governo clinico**
- b) Percorso riabilitativo unico**
- c) I luoghi di cura**

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

a) **Governo Clinico**

Il Governo Clinico integrato è un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone.

“Fare la cosa giusta, al momento giusto, nel posto giusto” rappresentano la sintesi del **concetto di qualità tecnica**. A tal fine vengono impiegate metodologie e strumenti quali:

- le linee guida,
- la gestione del rischio clinico,
- i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata (informatizzata),
- la valorizzazione del personale e la relativa formazione,
- l'integrazione disciplinare e multiprofessionale,
- la valutazione sistematica delle performance del processo (*output*) per introdurre innovazioni appropriate
- ed il coinvolgimento di tutti i soggetti, le associazioni di volontariato e la comunità.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Si ritiene necessario che:

- vengano effettuati interventi di validità riconosciuta e condivisa (criterio di "efficacia" e dell'"*Evidence Based Medicine*")
- sia facilitata la partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura al paziente e alla sua famiglia, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa (criterio del coinvolgimento attivo dell'utente)
- sia privilegiato un approccio educativo al paziente finalizzato a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica di desanitarizzazione (criterio del coinvolgimento attivo dell'utente)
- sia realizzato un sistema indipendente, imparziale ed obiettivo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle singole prese in carico (criteri di "valutazione efficacia" e "valutazione efficienza").

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

b) **Percorso Riabilitativo Unico**

Occorre che sia fornita alla persona con disabilità ricoverata in acuzie la proposta del **percorso riabilitativo unico, integrato nei vari *setting* terapeutici della rete riabilitativa.**

Il **Percorso riabilitativo unico** è il riferimento complessivo che **rende sinergiche** le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo.

In tale ambito il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** rappresenta lo **strumento specifico, sintetico ed organico, unico** per ciascuna persona, definito dal medico specialista in condivisione con gli altri professionisti coinvolti.

PERCORSO DI CURA (Care Pathway) o PERCORSO ASSISTENZIALE

- Rappresenta una **METODOLOGIA** per la **presa di decisioni condivise** e per l' **organizzazione dell'assistenza di un ben definito gruppo di pazienti**, nell'arco di tempi ben definiti
- È uno **STRUMENTO DI GESTIONE** che ha come obiettivo l'innalzamento della qualità delle cure nelle sue componenti essenziali, per migliorare l'outcome del paziente: appropriatezza, efficacia, efficienza, sicurezza, consenso.

RETI DI CURA

(systems of care)

- Provvedono alla presa in carico di **persone affette da specifiche patologie e/o condizioni sindromiche** e a fornire loro servizi coordinati, integrati e diretti ai bisogni dell'utente
- Sono costituite da un **insieme di presidi, servizi e strutture organizzative con diversificati livelli assistenziali e modalità operative** che includono come condizione minimale strutture ospedaliere e componenti territoriali

RETI DI CURA (systems of care)

- Sono **centrate sui bisogni dell'utente** (paziente, familiari, care giver, servizi sociali, ..)
- A **garanzia di continuità assistenziale** sul versante organizzativo
- A **garanzia di comportamenti professionali** coerenti con i principi di efficacia, appropriatezza, efficienza, sicurezza

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Il processo decisionale del medico specialista in riabilitazione nella **determinazione del PRI** deve tener conto della **prognosi funzionale**:

- del margine di modificabilità del quadro di disabilità,
- del grado di stabilità clinica del paziente
- e della sua possibile partecipazione al programma.

Il medico responsabile del PRI garantisce, anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti appartenenti al team, un **flusso costante di informazioni** al paziente, alla famiglia, al *caregiver* ed al medico di famiglia.

In particolare il MMG/PLS **partecipa alla definizione degli outcome integrandosi con il PRI attraverso interventi e prestazioni di propria competenza** finalizzati all'ottimale inserimento della persona nel contesto sociosanitario.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Il **percorso riabilitativo** presuppone **una prognosi riabilitativa**.

Nella **scelta dei setting riabilitativi** si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:

- la **definizione della patologia** che ha determinato il danno menomante
- il **grado di acuzie o cronicità della menomazione**, distinto in base al tempo intercorso dalla acuzie della malattia disabilitante
- il **grado di complessità** del paziente preso in carico
- il **numero e la tipologia di programmi appropriati** per tipologia di disabilità presenti
- gli **strumenti valutativi e terapeutici appropriati** per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche
- lo **strumento di misura/valutazione finale** del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del PRI.

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Altro cardine di questo sistema è il **Progetto Riabilitativo di Struttura** in cui ciascuna struttura definisce "*ex ante*":

- le proprie caratteristiche
- le tipologie di offerta
- le potenzialità e le vocazioni operative
- la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze
- le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture, in relazione alle norme regionali di accreditamento

in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili.

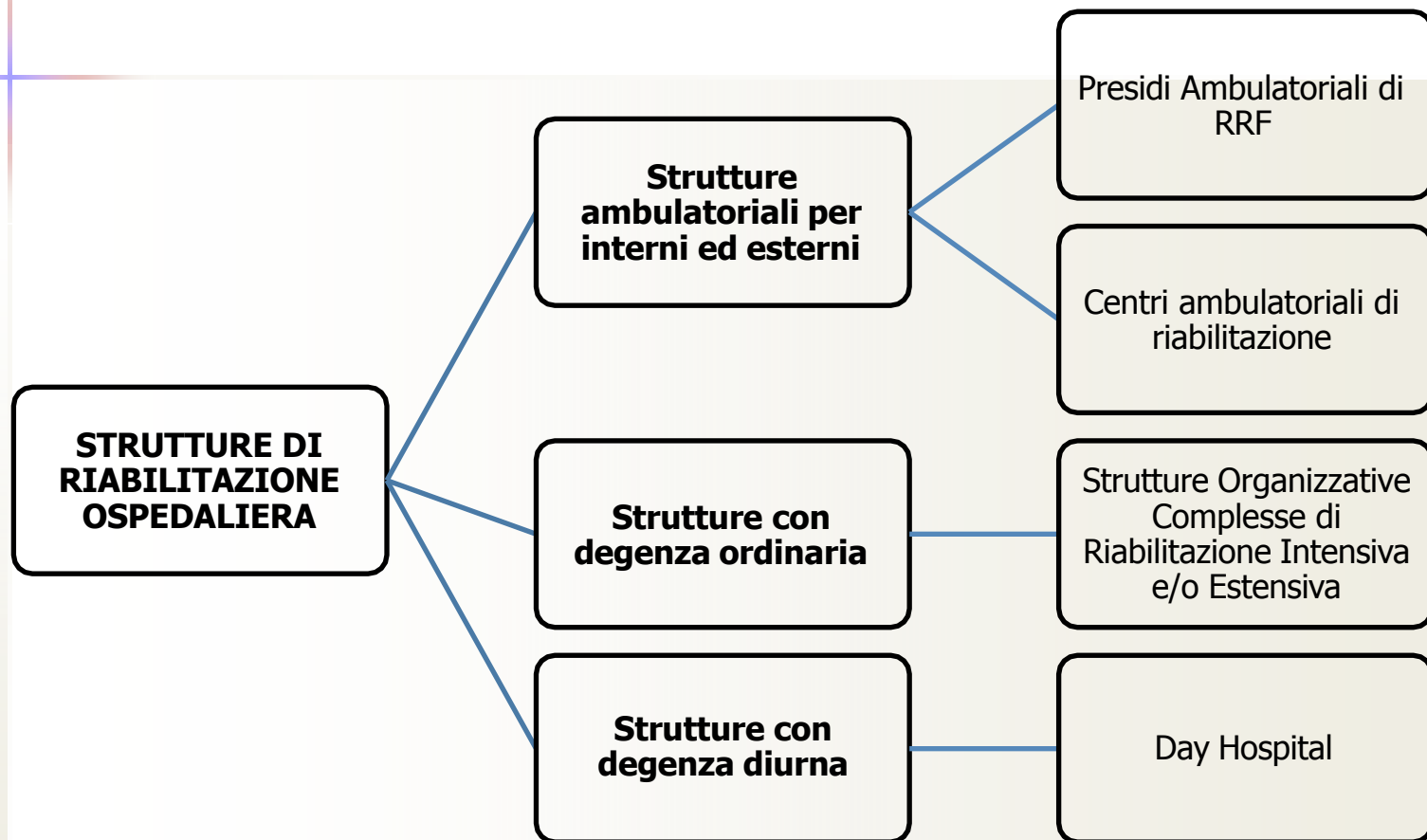
Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Dalle **Linee Guida 1998**:

*" Programmazione della disponibilità e dell'organizzazione **degli spazi, del lavoro e delle modalità operative** di tutta la struttura, per garantire un' IDONEA FUNZIONE DI SUPPORTO, finalizzata alla **protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali** di tutti i soggetti assistiti, e che deve essere CONCEPITA IN UNA LOGICA PROGETTUALE, configurando un vero e proprio "progetto riabilitativo di struttura"*

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

c) I luoghi di cura



N. Basaglia

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

- Pazienti in fase acuta
- Clinicamente instabili
- Con problematiche cliniche che richiedono in modo continuativo l'intervento di specialisti di altre discipline
- Gli interventi riabilitativi hanno l'obiettivo di collaborare alla prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie

■ Servizio Specialistico Riabilitativo ambulatoriale per interni

(paziente in Ricovero in UO per acuti)

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

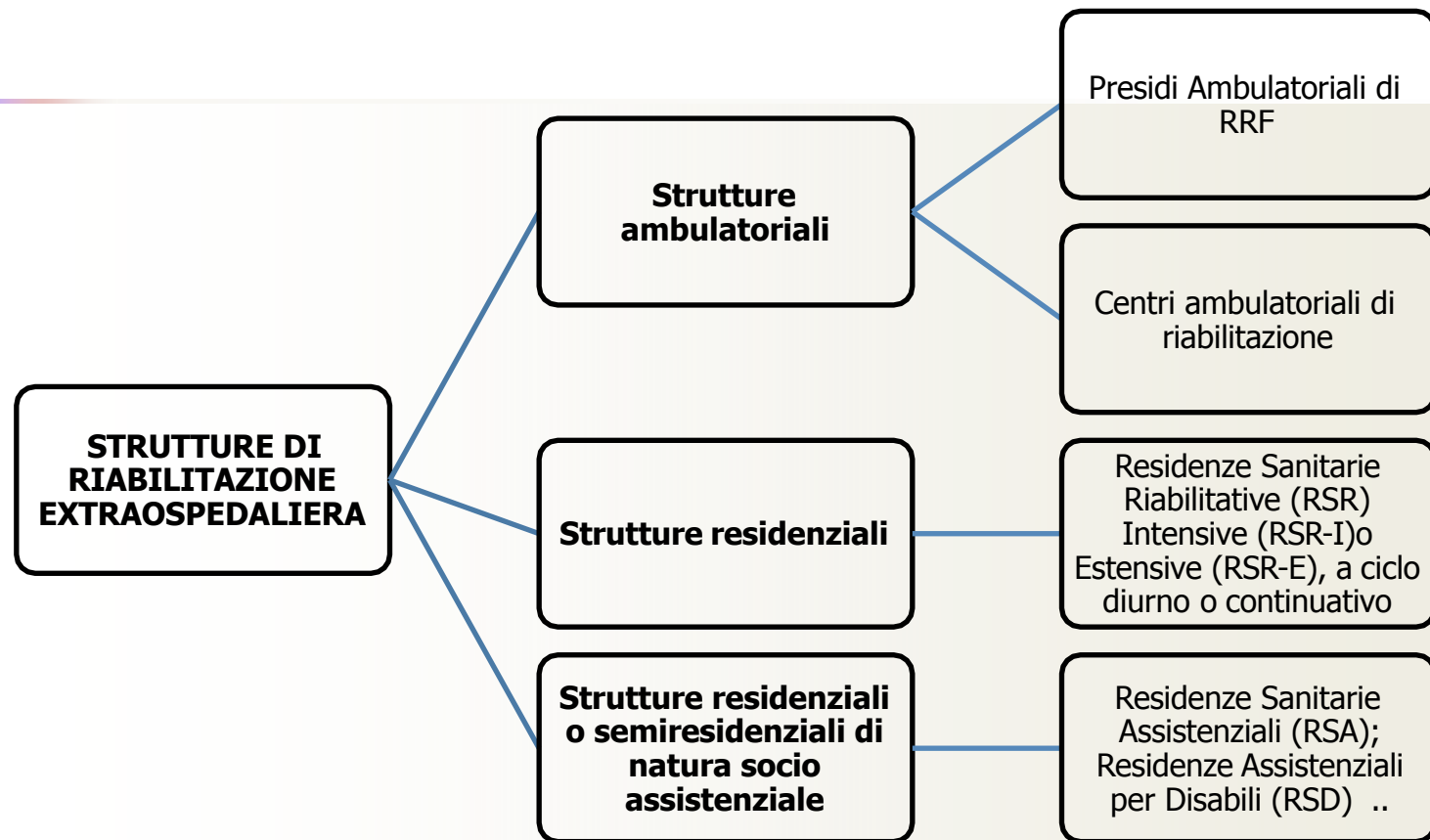
- Pazienti affetti da disabilità modificabili, in fase post acuta
 - Alto rischio potenziale di instabilità clinica
 - Richiedono in modo continuativo tutela medica specialistica fisiatrica e nursing specificamente dedicato nelle 24 h
 - Un intervento riabilitativo intensivo od estensivo multicomprendivo
- Ricovero ordinario in UO ospedaliera di riabilitazione intensiva e/o estensiva

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

- Pazienti affetti da disabilità modificabili, in fase post acuta
- Non richiedono in modo continuativo tutela medica specialistica fisiatrica e nursing specificamente dedicato nelle 24 h
- Un intervento riabilitativo intensivo multicomprendivo nell'arco della giornata

- Ricovero in Day Hospital in UO ospedaliera di riabilitazione intensiva



Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

- Pazienti affetti da disabilità modificabili, in fase post acuta
- A basso rischio potenziale di instabilità medica
- Necessitano di nursing infermieristico di base non erogabile al proprio domicilio
- Un intervento riabilitativo intensivo od estensivo multicomprendivo nell'arco dell'intera giornata

- Degenza in Residenze Sanitarie Riabilitative Intensive (RSR-I) o Estensive (RSR-E)

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

- Pazienti con scarse prospettive di recupero
- Non gestibili al domicilio
- Non è indicata la realizzazione del PRI
- È necessario un PROGETTO RIABILITATIVO DI STRUTTURA

- Degenza in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); Residenze Assistenziali per Disabili (RSD)

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

- Pazienti in grado di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulant
- Necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite

■ **Intervento
ambulatoriale**

Criteri di scelta della tipologia di setting riabilitativo

- Per pazienti in grado di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita e che in esso debbono acquisire abilità specifiche
- Per pazienti con difficoltà di trasporto che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite

■ Intervento domiciliare

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Il percorso riabilitativo dipartimentale trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la **verifica reale dell'*outcome* in termini di attività e partecipazione.**

Il territorio diviene quindi il **luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF).**

Infatti a completamento dei PRI si ha bisogno di proseguire l'intervento riabilitativo finalizzato alla **realizzazione dell'integrazione e dell'inclusione sociale.**

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011

Gli interventi di **riabilitazione estensiva, a minor intensità**, possono essere perciò funzionali al raggiungimento degli obiettivi fissati dal PRI, specie per attività specializzate verso l'inserimento/reinserimento lavorativo, l'integrazione scolastica, ...

In coerenza con il **principio di "presa in carico della persona"** e con la necessità che sia garantito alla persona con disabilità un **percorso riabilitativo unico integrato** nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa, devono essere curate in ambito dipartimentale:

- le varie fasi di **passaggio fra i vari setting**
- ed in particolare le **dimissioni protette** e le **dimissioni critiche**
- nonché la **necessaria continuità** di interventi riabilitativi al domicilio o in strutture assistenziali (in accordo con MMG e PLS, nonché con i servizi territoriali).

Analisi del contesto

Settore Riabilitazione
DAI Neuroscienze/Riabilitazione
AOUFE

Settore Riabilitazione

- ❑ Unità operativa di Medicina Riabilitativa (UMR)
- ❑ Unità operativa Gravi Cerebrolesioni (UGC)
- ❑ Modulo Dipartimentale Attività Ambulatoriale (MDAA)
- ❑ Laboratorio Analisi del Movimento (LAM)
- ❑ Modulo Dipartimentale di Neuropsicologia Clinica

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

- UU.OO. di *riabilitazione intensiva* post-acuta;
- accoglimento dei pazienti spesso in continuità con i reparti per acuti, specie intensivistici;
- tipologia di pazienti: Stroke , Mielolesioni, Gravi Cerebrolesioni (complessità);
- provenienza dei pazienti da ambito provinciale, regionale, extraregionale;
- durata della degenza anche molto lunga (mesi).

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

1. Interventi riabilitativi intensivi in regime di ricovero ordinario (Codice disciplina 56, 28, 75).

Sono effettuati per pazienti affetti da *disabilità di varia origine e gravità* tale da rendere necessari:

- *tutela medica,*
- *interventi di nursing specificamente dedicato e articolato, nell'arco delle 24 ore*
- *intervento riabilitativo intensivo, interprofessionale e multicomprendivo, distribuito nell'arco della intera giornata,*
- *e/o monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento e/o valutazione).*

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

In particolare, l'**Unità Operativa Gravi Cerebrolesioni** è **centro Hub** della **rete Gracer** (Gravi Cerebrolesioni Emilia-Romagna).

Per patologie che richiedano **procedure interventistiche ad elevata complessità**, la possibilità di garantire parallelamente, l'**appropriatezza** ed un **livello di competenza elevato** è rappresentata dal ***modello in rete integrata "hub and spoke"***.

Questo modello permette di concentrare in
un **centro di riferimento, centro hub**,

le professionalità, gli aspetti strutturali, le tecnologie
che consentono di mantenere alto il livello di competenza,
mentre

i **centri periferici, centri spoke**,
debbono occuparsi della diagnosi precoce e, compatibilmente con le tempistiche previste,
inviare il paziente al centro di riferimento.

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

L'UGC è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da **esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (traumatismi cranio-encefalici, comi post-anossici, gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari)** che sono caratterizzate nell'evoluzione clinica:

- da un **periodo di coma più o meno protratto**
- dal **coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali**, che determinano **disabilità multiple e complesse** e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.

Componente essenziale dell'UGC è **l'area sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa** in grado di garantire:

- un'assistenza internistica intensiva
- un più strutturato ed assiduo trattamento riabilitativo
- un contatto quotidiano del paziente con i suoi familiari

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

- 2. Interventi riabilitativi in regime di ricovero in day hospital (Codice disciplina 56, 28, 75)** per i pazienti affetti *da disabilità di varia natura* e tali da richiedere:
- *intervento riabilitativo intensivo multicomprendivo*, distribuito nell'arco della giornata,
 - senza necessità di tutela medica, e/o di nursing dedicato nell'arco delle 24 ore, e/o di monitoraggio nell'arco della giornata dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o valutazione).

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

In regime di **day hospital** vengono anche erogati interventi specialistici dedicati a programmi specifici nell'ambito di:

- valutazione e trattamento delle disabilità dovute a **menomazioni cognitive** (effettuati dal “**Modulo di Unità Operativa di Neuropsicologia Riabilitativa**”)
- valutazione e trattamento delle disabilità dovute a **menomazione motoria** (effettuate dal “**Modulo di Unità Operativa Laboratorio di Analisi del Movimento**”)
- valutazione e trattamento delle disabilità dovute a **cardiopatie trattate chirurgicamente** e a **cardiopatie ischemiche**

3. Interventi ambulatoriali per esterni (Modulo Dipartimentale Attività Ambulatoriale – MDAA)

4. Interventi presso le Unità Operative per acuti degli altri DAI

MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI ADOTTATI

Per la predisposizione e realizzazione del **PRI** è necessario:

- operare secondo il **concetto della “presa in carico”** della persona disabile e della sua famiglia, rispetto al concetto di erogare cure/prestazioni;
- definire **molteplicità e complessità delle menomazioni disabilitanti**, sia sul versante fisico, cognitivo, comportamentale, affettivo e relazionale;
- **coinvolgere, supportare ed addestrare il care-giver** nelle scelte e nella attuazione degli interventi;
- attuare **attività educativo-in**MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI ADOTTATI
- **formative**, sia verso la persona servita (compreso il precoce ri-orientamento al lavoro o alla scuola), sia verso la famiglia nel processo riabilitativo;
- realizzare **una forte integrazione e collaborazione con i servizi** “a monte” del percorso paziente (UU.OO. per acuti), con i servizi diagnostici e clinici aziendali e con le strutture “a valle” cioè le strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali.

MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI ADOTTATI

Tutte le articolazioni organizzative operano attraverso:

- un **approccio centrato sulla globalità dei bisogni** del paziente e della sua famiglia
- basandosi sulla predisposizione di **progetti riabilitativi individualizzati (PRI)**, realizzati attraverso un **approccio in team interprofessionale**
- in cui il paziente e le persone per lui significative sono considerate parte integrante del **team riabilitativo**

CARATTERISTICHE QUALI/QUANTITATIVE DELLE PERSONE ASSISTITE (numero, grado di dipendenza, età, ...)

L'UGC e l'UMR hanno rispettivamente **40** e **30** posti letto per la

degenza ordinaria.

Per convenzione, i pazienti ricoverati vengono classificati in **tre tipologie** in base alla loro **condizione clinica** ed al **livello di autosufficienza** (nella cura della persona, controllo sfinterico, mobilità trasferimenti, locomozione, comunicazione, capacità relazionali/cognitive):

- **Paziente di tipo A:** non ancora stabilizzato clinicamente, portatore di device, minimamente cosciente
- **Paziente di tipo B:** **B1** stabilizzato clinicamente, minimamente cosciente, completamente dipendente, con LCF 4-5 e FIM compresa tra 25 e 70; **B2** ridotta autonomia nelle ADL primarie, può avere disordini cognitivo-comportamentali
- **Paziente di tipo C:** parziale autonomia nelle ADL, LCF>5, FIM >70

CARATTERISTICHE QUALI/QUANTITATIVE DELLE PERSONE ASSISTITE (numero, grado di dipendenza, età, ...)

Esempi di obiettivi riabilitativi prevalenti con i **pazienti di tipologia A:**

- prevenire e trattare le complicanze da immobilità a livello osteo-articolare, muscolo-tendineo, cutaneo e cardiocircolatorio;
- ripristinare l'autonomia nelle funzioni vitali di base;
- ottimizzare la funzione respiratoria
- monitorare lo stato di coscienza
- strutturare un ambiente favorevole al manifestarsi delle prime capacità di comunicazione.

Esempi di obiettivi riabilitativi prevalenti con i **pazienti di tipologia B e C** sono:

- prevenire e trattare le complicanze da ipomobilità a livello osteo-articolare, muscolo-tendineo, cutaneo e cardiocircolatorio;
- svezzare dall'alimentazione enterale e stimolare la ripresa della alimentazione per bocca;

CARATTERISTICHE QUALI/QUANTITATIVE DELLE PERSONE ASSISTITE (numero, grado di dipendenza, età, ...)

- rendere più costante la reazione specifica a determinati stimoli;
- rendere più costante e rapida l'esecuzione di ordini semplici;
- facilitare il recupero motorio intrinseco;
- recuperare l'autonomia nei passaggi posturali, nei trasferimenti, negli spostamenti e nelle ADL;
- facilitare il recupero di consapevolezza, orientamento e pianificazione;
- condizionare il comportamento;
- gestire gli ausili con progressiva riduzione dell'assistenza;
- educare la famiglia alla gestione della disabilità.

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

1° PIANO

A. UGC

BLOCCO A	BLOCCO B	BLOCCO C	BLOCCO D		
PALESTRA MAIS	DEGENZA 20 PL	DEGENZA 20 PL	PALESTRA FORSYTHIA	deposito materiale	PALESTRA PAPAVERO 1
PALESTRA MARGHERITA			PALESTRA IRIS	PALESTRA SALICE	PALESTRA PAPAVERO 2

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

La distribuzione planimetrica degli ambienti dell'UGC, di degenza e non, è su un **unico piano (1° PIANO)** e questo elemento rappresenta senz'altro un punto di forza, anche come canale privilegiato di tutte le informazioni sociali non proceduralizzabili con tecnologia (informatica, procedure): a spazi lavorativi vicini corrisponde alta circolarità comunicativa.

Suddivisione degli spazi di DEGENZA in due blocchi, ciascuno con venti posti letto.

Nel blocco B dell'UGC:

- 12 posti letto per i pazienti di tipologia A; ubicazione vicino al box di controllo ed alla stanza farmaci. In queste sei stanze, le più vicine al blocco A, è stato collocato materiale particolarmente usato con pazienti di questa tipologia
- 8 posti letto per pazienti di tipologia B

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

Nel blocco C dell'UGC:

- 20 posti letto per pazienti di tipologia B o C

Le PALESTRE sono collocate nel medesimo piano della degenza, nei blocchi A e D.

Tutte le palestre e le work area infermieristiche sono dotate di supporto informatico.

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

Il **gruppo professionale dei fisioterapisti** dedicati alla degenza UGC è costituito da **quattordici unità**.

Due fisioterapisti sono dedicati alla presa in carico dei pazienti clinicamente instabili (Palestra MAIS) per un periodo di due mesi e successivamente ruotano con gli altri operatori del gruppo.

Il **gruppo professionale infermieristico** è costituito da **venti unità**.

Il **personale OSS** è di **sedici unità** e lavora **con modalità sinergiche** sia con il personale **infermieristico** che con il personale **fisioterapico**.

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

B. UMR

PIANO TERRA

PALESTRA BIANCOSPINO			
		PALESTRA GIRASOLE	PALESTRA IRIS D'ACQUA (DH)

2° PIANO

BLOCCO A	BLOCCO B	BLOCCO C	BLOCCO D
PALESTRA FIORDALISO	DEGENZA 20 PL	DEGENZA 10 PL	SMRIA (Servizio di Medicina Riabilitativa Infanzia Adolescenza)
PALESTRA ORTENSIA			

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

La distribuzione planimetrica degli ambienti è su due piani: la DEGENZA e DUE delle quattro PALESTRE dedicate ai pazienti degenti, al 2° PIANO, le altre due palestre sono ubicate al PIANO TERRA. Alla palestra Fiordaliso accedono prevalentemente pazienti di tipologia A.

Suddivisione degli spazi di DEGENZA in due blocchi, il blocco B con venti posti letto ed il blocco C con 10 posti letto.

Nel blocco B dell'UMR:

- posti letto per i pazienti di tipologia A e B

Nel blocco C dell'UMR:

- posti letto per pazienti di tipologia B o C

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

Il gruppo professionale dei **fisioterapisti** dedicati alla degenza UMR è costituito da **undici unità**. Due FT sono dedicati alla presa in carico dei pazienti clinicamente instabili per un periodo di due mesi e successivamente ruotano con gli altri operatori del gruppo.

Il gruppo professionale **infermieristico** è costituito da **venti unità**.

Il personale **OSS** è di **dodici unità e** lavora **con modalità sinergiche** sia con il personale **infermieristico** che con il personale **fisioterapico**.

FATTORI STRUTTURALI: VARIABILI LEGATE ALLE CONDIZIONI OPERATIVE IN CUI SI LAVORA (struttura architettonica e logistica, disponibilità di mezzi tecnologici ed informatici, numerosità e qualifica del personale).

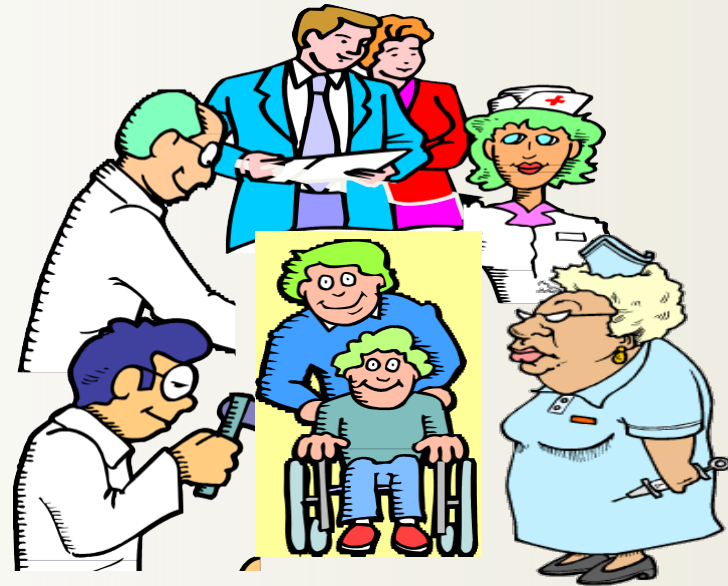
La **scelta organizzativa di garantire l'accesso alle palestre per l'intera giornata a tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario** implica spesso notevoli difficoltà per i singoli operatori, legate a vari ordini di fattori:

- gli operatori si interfacciano con più pazienti (mediamente 4), contemporaneamente, nello stesso contesto;
- interruzioni delle sequenze di cura;
- necessità di tutela della sicurezza dei pazienti a rischio;
- utilizzo promiscuo dei dispositivi medici, attrezzature pluriuso, presidi;
- utilizzo promiscuo di ausili vari;
- contaminazione dell'ambiente di cura;
- necessaria attenzione a manovre asettiche.

Riferimenti

- Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, 7 maggio 1998
- Piano d'indirizzo per la riabilitazione, 2 marzo 2011
- Basaglia N., *Progettare la riabilitazione – Il lavoro in team interprofessionale*, Edi-ermes

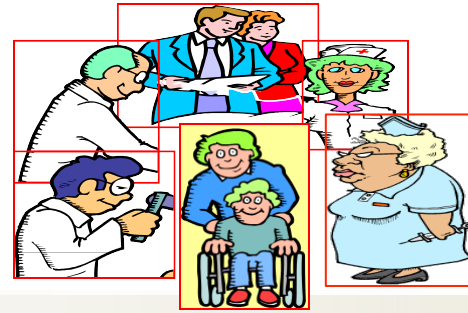
LA PRESA IN CARICO IN TEAM



RIABILITAZIONE e TEAM

Il **TEAM dei professionisti** è costituito da una molteplicità di figure, è un **gruppo interdisciplinare** che necessita di una continua integrazione fra gli interventi dei vari operatori, e pone spesso delicati problemi di delimitazione delle rispettive sfere di competenza ed autonomia professionale.

TEAM RIABILITATIVO



È composto da:

- il **TEAM DEI PROFESSIONISTI** (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi, assistenti sociali) che, condividendo valori e obiettivi, partecipano alla valutazione, pianificazione e realizzazione del progetto riabilitativo della persona presa in carico
- **IL PAZIENTE E LA SUA FAMIGLIA**

TEAM RIABILITATIVO

La **famiglia**:

- fruisce, esattamente come il paziente, della presa in carico riabilitativa, ed è pertanto a pieno diritto **un utente del team riabilitativo**,
- oltre che **un'importante potenziale risorsa** da utilizzare al meglio per il raggiungimento del miglior risultato possibile.

IL CONCETTO DI FAMIGLIA E PAZIENTE, come **componenti a pieno titolo del team riabilitativo**, è stato inserito **negli standard per l'accreditamento delle strutture riabilitative messi a punto dalla Regione Emilia-Romagna**: nessun progetto o programma riabilitativo può essere efficacemente perseguito e portato a termine senza la collaborazione e la piena condivisione del paziente e della famiglia.

TEAM RIABILITATIVO

Il considerare la famiglia ed il paziente componenti del team riabilitativo presuppone:

1. un **processo di integrazione** del **team dei professionisti** con la **famiglia**, che deve iniziare il più precocemente possibile
2. l' **attivazione di specifici programmi** finalizzati a trasformare la famiglia da un "peso" per l'organizzazione o "risorsa potenziale", in una "**reale importante risorsa**" per il processo riabilitativo:
 - il **percorso di addestramento alla gestione della disabilità residua**
 - la "**restituzione**" del paziente alla sua famiglia,che debbono coincidere con la presa in carico del paziente da parte del team, così come previsto da una **riabilitazione orientata all'outcome**.

TEAM RIABILITATIVO

3. Un ulteriore presupposto è che la **presa in carico** sia una “**presa in carico di team**”, in cui tutte le componenti professionali abbiano chiarezza su:
- quali siano le risorse familiari su cui è possibile contare, in pratica quali siano i **punti di forza** della famiglia,
 - e su quali i **punti di debolezza**, a cui porre attenzione e dare supporto e sostegno.

I programmi per l’inserimento della famiglia nel team hanno l’obiettivo di:

- ☐ **realizzare il team riabilitativo**
- ☐ **creare un clima di fiducia e collaborazione** tra team dei professionisti e famiglia, tramite la conoscenza reciproca e la condivisione degli obiettivi riabilitativi

Tali programmi favoriscono la nascita di **un’efficace ALLEANZA TERAPEUTICA** tra professionisti ed utenti.

TIPOLOGIA DI TEAM

MODELLO MULTIPROFESSIONALE

- Centrato su menomazione e disabilità
- Ambiti di intervento separati
- Progetto guidato dai programmi (bottom-up)
- Risultato come somma dei singoli interventi



MODELLO INTERPROFESSIONALE

- Centrato su partecipazione
- Ambiti di intervento integrati
- Programmi guidati dal progetto (top-down)
- Risultato come prodotto dei singoli interventi



TIPOLOGIA DI TEAM

MODELLO MULTIPROFESSIONALE

- Confini professionali definiti
- Interazione e integrazione scarse
- Misurabilità dei risultati per singoli aspetti



MODELLO INTERPROFESSIONALE

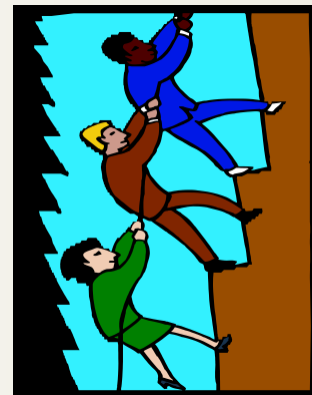
- Confini professionali più flessibili
- Forte integrazione e interazione
- Risultato valutato in termini di outcome "globale"



MODELLO interprofessionale

rispetto al MODELLO
MULTIPROFESSIONALE

Nell'ambito della Medicina Riabilitativa è stato ampiamente riconosciuto la **MAGGIORE VALIDITÀ dell'approccio interprofessionale** rispetto all'approccio multiprofessionale, in particolare nei confronti di soggetti affetti da disabilità complesse.



LA COMUNICAZIONE

è un **ELEMENTO** indispensabile del lavoro in team

PRESUPPOSTI

PER UNA COMUNICAZIONE DI TEAM EFFICACE

- OMOGENEITA' DI LINGUAGGIO
- CONDIVIDERE LA FILOSOFIA DI CURA DEL TEAM

OSTACOLI

PER UNA COMUNICAZIONE DI TEAM EFFICACE

- CARATTERISTICHE PERSONALI DEI COMPONENTI
- FORMAZIONI DIFFERENTI TRA I MEMBRI DEL TEAM

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE DEL TEAM RIABILITATIVO⁽¹⁾ Settore di Riabilitazione, AOUFE

Una **CORRETTA COMUNICAZIONE** è alla base del lavoro in TEAM:

1. sia nella modalità **orale**, attraverso le **"team conference"** (riunioni di team)
2. sia nella modalità **scritta**, attraverso le **schede di comunicazione interprofessionali** e la **Cartella Clinica Integrata**

Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE	TIPO	SCOPO	FREQUENZA	DURATA
Riunione pianificazione settimanale	Leadership professionale	Verifica andamento dei progetti. Pianificazione di dimissioni ingressi e riunioni familiari	Settimanale	90-120 minuti
Briefing	Leadership professionale	Pianificazione giornata pazienti	Giornaliera	20 minuti
Visita di team	Team Professionale	Valutazione d'ingresso, obiettivi iniziali	Entro 24 ore dall'ingresso	45 minuti
Riunione di progetto (1°) e/o programma	Team Professionale	Predisposizione (1°) o verifica progetto, programmi, obiettivi	Al bisogno (settimanale, quindicinale,)	15-20 minuti/ paziente
Riunione familiare	Team riabilitativo	Condivisione progetto comunicazione andamento	Dopo 1 settimana dall'ingresso e al bisogno	45-60 minuti

Tipologie di riunioni di team

Nel Settore di Riabilitazione, DAI Neuroscienze/Riabilitazione, sono stati realizzati **libretti informativi su diverse tematiche**, rivolti ai professionisti e/o all'utenza. Uno di questi libretti, realizzato dalla Leadership del Settore, riassume brevemente per ogni tipologia di riunione del team:

□ **Obiettivi principali**

- 1. Partecipanti**
- 2. Responsabilità/Conduzione**
- 3. Modalità operative/conduitive**



Tipologie di riunioni di team

Tutti i professionisti che partecipano alle riunioni di team devono effettuare una “**partecipazione attiva**”, ossia portare le proprie specifiche competenze professionali e conoscenze relative alle singole persone prese in carico alla condivisione e al confronto con gli altri professionisti del team per la più appropriata realizzazione e conduzione del **Progetto Riabilitativo (PRI)**, come previsto da:

- Linee Guida nazionali sulle attività di riabilitazione del 1998
- Piano di Indirizzo per la riabilitazione del 2011



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE DI PIANIFICAZIONE SETTIMANALE

Obiettivi principali:

- verifica complessiva dell'andamento dei progetti riabilitativi nel corso della settimana
- pianificazione delle dimissioni, degli ingressi, delle riunioni di programma e delle riunioni familiari

1. Partecipanti:

- a. Dirigenza medica delle degenze delle singole UUOO o SOS*
- b. Referenti dei moduli NPR e LAM per le singole UUOO/SOS*
- c. Coordinatore infermieristico o infermiere referenti dell'UO o della SOS*
- d. Coordinatore del personale della riabilitazione o referente dei fisioterapisti dell'UO o della SOS*
- e. Una psicologa (di norma la referente dell'UO)*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE DI PIANIFICAZIONE SETTIMANALE

2. **Responsabilità/Conduzione:**

Direttore UUOO, o in sua assenza il responsabile clinico, o referente SOS

3. **Modalità operative/conduttive.** *Il conduttore esamina in ordine progressivo i pazienti (dal primo all'ultimo posto letto), chiamando a turno i medici responsabili dei progetti dei singoli pazienti a presentare brevemente l'andamento del progetto e le problematiche emergenti che abbiano ricadute organizzative. Il conduttore verifica che quanto previsto in merito dalle procedure e dalle istruzioni operative, contenute nel manuale di accreditamento, sia realizzato ed allo scopo formula precise domande:*

- *È stata effettuata la riunione di progetto e di programma?*
- *È stata definita la durata presunta della degenza?*
- *È stata definita la classificazione dell'impegno assistenziale/riabilitativo per le principali tipologie di professionisti del team?*
- *Sono state effettuate modifiche significative ai progetti e/o ai programmi?*
- *Sono state effettuate le riunioni di famiglia?*
- *È stato effettuato l'addestramento pre-prova di domiciliiazione?*
- *È stato soddisfatto quanto necessario pre-dimissione e definita la data di dimissione?*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE DI PIANIFICAZIONE SETTIMANALE

Nella giornata seguente il Direttore di UO ed il Responsabile clinico individueranno i pazienti da ricoverare sulla base dei criteri contenuti nel manuale di accreditamento, e genericamente esposti di seguito, e li comunicheranno al coordinatore infermieristico ed al coordinatore del personale della riabilitazione, o ai loro rispettivi referenti.

4. Strumenti:

- a. Scheda di pianificazione settimanale**
- b. Raccoglitore delle proposte di presa in carico**
- c. Scheda di presentazione paziente**
- d. Report della riunione per gli infermieri**
- e. Report della riunione per i fisioterapisti**



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE DI PIANIFICAZIONE SETTIMANALE

5. **Criteri di selezione dei pazienti**

- **Clinico-riabilitativi:** possibilità di trarre vantaggio dal trattamento in regime di ricovero in funzione del fabbisogno riabilitativo; adeguatezza della presa in carico in rapporto alle linee guida specifiche
- **Organizzativi:** possibilità di accogliere il paziente in sicurezza, entro un tempo adeguato al suo fabbisogno, e di garantirgli gli interventi necessari in funzione della disponibilità di posti letto e delle risorse disponibili
- **Di provenienza territoriale in rapporto ai mandati specifici:** intra-aziendale, distrettuale, provinciale, regionale, extraregionale



Tipologie di riunioni di team

BRIEFING

Effettuato tutti i giorni dal lunedì al venerdì, non festivi, nella mattinata alle ore 8.45.

Obiettivi principali:

- Aggiornare i vari professionisti su eventuali problematiche emerse durante la loro assenza dall'ospedale: serata, notte e prima mattinata
- Pianificazione giornata pazienti
- Pianificazione giornata professionisti

1. Partecipanti:

- a. Dirigenza medica della degenze dell' UO*
- b. Coordinatore infermieristico o infermiere referenti dell'UO*
- c. Coordinatore del personale della riabilitazione o referente dei fisioterapisti dell'UO*

2. Responsabilità/Conduzione:

Direttore UO, o in sua assenza il responsabile clinico



Tipologie di riunioni di team

BRIEFING



3. **Modalità operative/conduttive.**

- Il conduttore rileva eventuali emergenze organizzative e pone in discussione la rimodulazione delle attività e relative decisioni assunte.
- Le referenti infermieristiche dei due blocchi di degenza:
 - presentano gli eventuali problemi emersi relativi al singolo paziente durante la sera precedente, la notte e la prima mattina, e come sono stati affrontati;
 - riferiscono i parametri di base anomali rilevati nella mattinata;
 - ricordano gli esami strumentali e le consulenze programmate nella giornata, confermano le riunioni di programma e famiglia, e le visite di team;
 - registrano eventuali indicazioni provenienti dai partecipanti al briefing che riporteranno agli infermieri del reparto.
- Il fisioterapista referente:
 - evidenzia gli eventuali problemi presentati dal paziente durante la giornata precedente, registrati sulla **scheda di comunicazione interprofessionale**;
 - registra la non disponibilità del paziente durante la giornata;
 - registra le eventuali indicazioni date dal medico del paziente, che riporterà ai singoli FFTT, ed eventualmente ai logopedisti, se necessario.
- I singoli medici danno eventuali indicazioni organizzative relative ai pazienti di cui sono responsabili.

Tipologie di riunioni di team

BRIEFING

4. ***Strumenti :***

- a. Raccoglitori della documentazione infermieristica***
- b. Quaderno delle consegne del medico di guardia***
- c. Registro medico del briefing***
- d. Raccoglitori delle schede di comunicazione interprofessionale***





SCHEDA DI COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE

BLOCCO B ☐ C ☐ DATA:

Cognome Nome	Informazioni dal briefing	Diagnostiche	Informazioni dopo l'attività riabilitativa specifica	Alert:	Mezzi di protezione	Diuresi 24 h	Evac.	Cateterismo ad orari (h.)	Piano di continenza	Bilancio entrate I=Idrico N=nutrizionale	Trasferimenti	Deambulazione (reparto- palestra)	Ortesi
				☐ Respir. ☐ Urin.	☐ Polsiere ☐ Corpetto ☐ Ferra- badino	☐ Sì		Orari:	Modalità: Orario/esito	☐ I ☐ N	☐ 1 operatore ☐ 2 operatori ☐ sollevatore ☐ sollevatore- verticalizzatore ☐ tavoletta ☐ supervisione ☐ autonomo	☐ con ausilio: ☐ con aiuto ☐ con super. ☐ con familiare ☐ autonomo	☐ reggispaile ☐ reggibraccio ☐ splint ☐ valva ☐ AFO ☐ peromed
				☐ Respir. ☐ Urin.	☐ Polsiere ☐ Corpetto ☐ Ferra- badino	☐ Sì		Orari:	Modalità: Orario/esito	☐ I ☐ N	☐ 1 operatore ☐ 2 operatori ☐ sollevatore ☐ sollevatore- verticalizzatore ☐ tavoletta ☐ supervisione ☐ autonomo	☐ con ausilio: ☐ con aiuto ☐ con super. ☐ con familiare ☐ autonomo	☐ reggispaile ☐ reggibraccio ☐ splint ☐ valva ☐ AFO ☐ peromed
				☐ Respir. ☐ Urin.	☐ Polsiere ☐ Corpetto ☐ Ferra- badino	☐ Sì		Orari:	Modalità: Orario/esito	☐ I ☐ N	☐ 1 operatore ☐ 2 operatori ☐ sollevatore ☐ sollevatore- verticalizzatore ☐ tavoletta ☐ supervisione ☐ autonomo	☐ con ausilio: ☐ con aiuto ☐ con super. ☐ con familiare ☐ autonomo	☐ reggispaile ☐ reggibraccio ☐ splint ☐ valva ☐ AFO ☐ peromed
				☐ Respir. ☐ Urin.	☐ Polsiere ☐ Corpetto ☐ Ferra- badino	☐ Sì		Orari:	Modalità: Orario/esito	☐ I ☐ N	☐ 1 operatore ☐ 2 operatori ☐ sollevatore ☐ sollevatore- verticalizzatore ☐ tavoletta ☐ supervisione ☐ autonomo	☐ con ausilio: ☐ con aiuto ☐ con super. ☐ con familiare ☐ autonomo	☐ reggispaile ☐ reggibraccio ☐ splint ☐ valva ☐ AFO ☐ peromed
				☐ Respir. ☐ Urin.	☐ Polsiere ☐ Corpetto ☐ Ferra- badino	☐ Sì		Orari:	Modalità: Orario/esito	☐ I ☐ N	☐ 1 operatore ☐ 2 operatori ☐ sollevatore ☐ sollevatore- verticalizzatore ☐ tavoletta ☐ supervisione ☐ autonomo	☐ con ausilio: ☐ con aiuto ☐ con super. ☐ con familiare ☐ autonomo	☐ reggispaile ☐ reggibraccio ☐ splint ☐ valva ☐ AFO ☐ peromed

Tipologie di riunioni di team

VISITA DI TEAM



Obiettivi principali

- Costituzione reale del team dei professionisti
- Condivisione delle conoscenze relative alla persona presa in carico
- Valutazione d'ingresso ("vedere un'unica persona, la stessa"), predisposizione del piano assistenziale iniziale
- Pianificazione delle valutazioni e delle attività da svolgere da parte dei vari professionisti

1. Partecipanti:

- a. Medico responsabile della conduzione del PRI del paziente*
- b. Infermiere diurnista/turnista*
- c. Fisioterapista del paziente*

Tipologie di riunioni di team

VISITA DI TEAM

- d. *Medico del Modulo LAM, se il paziente presenta problematiche relative alla valutazione strumentale del movimento, al trattamento focale della spasticità e/ o a chirurgia funzionale*
- e. *Medico del Modulo NPR o logopedista del paziente se presenti nella scheda di presentazione turbe afasiche, disartriche, disfagiche e cognitivo-comportamentali*

2. **Responsabilità/Conduzione:**

Medico responsabile della conduzione del PRI del paziente, il quale richiede l'intervento e la collaborazione di volta in volta dei vari professionisti



Tipologie di riunioni di team

VISITA DI TEAM

3. **Modalità operative/conduttive.** *Il medico procede alla visita e alla raccolta di elementi necessari per la prima valutazione clinica con la partecipazione attiva delle altre componenti professionali; vengono indicate le valutazioni da effettuare da parte dei vari professionisti prima della riunione di progetto/programma. La riunione si conclude con la definizione del primo piano di intervento assistenziale medico, infermieristico, fisioterapico e logopedico, in attesa della predisposizione del PRI e dei singoli programmi d'intervento*

4. **Strumenti :**

- a. **Scheda visita di team**
- b. **Scheda piano assistenziale**
- c. **Cartella clinica integrata**





Applicare
Codice a barre/
nosologico

SINTESI DELLA VISITA DI TEAM

Data

Cognome e Nome

Data di nascita

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
1 - Area stabilità internistica			
2 - Area funzioni vitali di base			
3 - Area funzioni sensomotorie			
4 - Area mobilità-trasferimenti			

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
5 - Area competenze comunicativo-relazionali			
6 - Area competenze cognitivo-comportamentali			
7 - Area autonomia cura della persona			
8 - Area riadattamento e reinserimento sociale			

Operatori presenti alla visita di team

Medico _____

Medico _____

Fisioterapista _____

Infermiere _____

Logopedista _____

*Questa scheda va compilata subito dopo la visita di team, e va inserita nella parte delle valutazioni di ingresso.
Indica i programmi e gli obiettivi da perseguire nel periodo che va dall'ingresso fino alla prima riunione di programma*

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

1. Area della stabilità internistica

Include:

- equilibrio nutrizionale, metabolico, cardiocircolatorio e respiratorio
- infezioni
- ipo-ipertensione
- lesioni cutanee da pressione
- ogni altra condizione di rischio di instabilità clinica:
 - altre patologie concomitanti non direttamente correlate alla malattia disabilitante per cui è stata effettuata la presa in carico
 - epilessia, disordini vegetativi,

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

2. Area delle funzioni vitali di base

Include:

- alimentazione e idratazione (per bocca, disfagia, SNG, PEG, AP, ..)
- respirazione (canula tracheostomica, supporti ventilatori, ...)
- funzioni sfinteriche (catetere vescicale, ...)
- sonno - riposo

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

3. Area delle funzioni senso-motorie

Include tutti gli elementi relativi alle attività motorie (ROM, forza, controllo motorio, coordinazione, destrezza, equilibrio, ...) e alle menomazioni sensitive

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

4. Area della mobilità-trasferimenti

Include trasferimenti, locomozione, deambulazione, scale

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

5. Area delle competenze comunicativo - relazionali

Include livello di responsività e di contatto ambientale, capacità comunicative di base, orientamento, consapevolezza, competenze sociali di base

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

6. Area delle competenze cognitivo-comportamentali

Include menomazioni cognitive quali il linguaggio, attenzione, memoria, pianificazione, ...

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

7. Area dell'autonomia nella cura della persona

Include attività funzionali riguardanti l'autonomia nell'igiene personale, nella gestione degli sfinteri, nell'alimentazione, nell'abbigliamento,...

AREE di possibile PROBLEMATICITÀ e di INTERVENTO

8. Area dell'autonomia nella cura della persona

Include **l'adattamento del paziente e del suo entourage alla situazione di disabilità** (livello di accettazione della disabilità inemendabile,...), **valutazione delle risorse familiari e sociali** in funzione della programmazione degli interventi assistenziali a lungo termine, del recupero di autonomia nelle ADL secondarie (gestione della casa, famiglia, finanze, tempo libero,..), del reinserimento sociale, familiare.

Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE PROGETTO/PROGRAMMA

La prima entro 7 giorni dall'ingresso, e le successive con cadenza mensile.

Obiettivi principali

- Condivisione dei risultati delle valutazioni/osservazioni stabilite nella visita di team
- Predisposizione (alla 1° riunione) o verifica PRI, programmi ed obiettivi e loro eventuale rimodulazione

1. Partecipanti:

- a. Medico responsabile della conduzione del PRI del paziente*
- b. Infermiere diurnista/turnista*
- c. Fisioterapista del paziente*
- d. Medico del Modulo NPR o logopedista del paziente se presenti nella scheda di presentazione turbe afasiche, disartriche, disfagiche e cognitivo-comportamentali*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE PROGETTO/PROGRAMMA

- e. Medico del Modulo LAM, se il paziente presenta problematiche relative alla valutazione strumentale del movimento, al trattamento focale della spasticità e/o a chirurgia funzionale
- f. Terapista occupazionale, se necessario
- g. Psicologa clinica di riferimento

2. **Responsabilità/Conduzione:**

Medico responsabile della conduzione del PRI del paziente

3. **Modalità operative/conduttive.** Il medico responsabile del PRI conduce la riunione seguendo lo schema delle "aree di possibile problematicità" richiedendo l'intervento e la collaborazione attiva di volta in volta dei vari professionisti in base alle specifiche competenze. I singoli professionisti riportano i risultati delle valutazioni stabilite in visita di team e di altre eventualmente resesi necessarie.



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE PROGETTO/PROGRAMMA

Viene *predisposta una proposta di progetto riabilitativo*, con la precisa definizione dei vari programmi d'intervento:

- *il progetto* deve indicare **l'outcome generale** ossia gli esiti desiderati raggiungibili durante la presa in carico, le priorità ed il tempo previsto per raggiungerli in settimane. Nel caso in cui non sia possibile individuare un outcome generale, va definito un **outcome specifico** per la definizione del potenziale di recupero);
- *i programmi*, predisposti in ordine prioritario, si caratterizzano con *l'individuazione di obiettivi a breve e medio termine*, dei tempi necessari e con l'individuazione dei responsabili dei singoli programmi nell'ambito dei professionisti del team. Si individuano i singoli operatori coinvolti negli interventi definendone il ruolo e l'impegno.

Viene compilata/controllata la coerenza interna della scheda **FIM**.



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE PROGETTO/PROGRAMMA

Ogni riunione termina con:

- l'individuazione chiara dell'obiettivo del messaggio da fornire durante la riunione di famiglia
- l'individuazione chiara delle modalità di svolgimento della stessa (obiettivi comunicativi che si vogliono raggiungere, contenuti da fornire e modalità comunicative da utilizzare)

4. Strumenti :

- Scheda progetto riabilitativo**
- Scheda programmi d'intervento**
- Scheda FIM**
- Schede di valutazione delle menomazioni/disabilità specifiche per le varie tipologie di malattie**





SINTESI DELLA RIUNIONE DI PROGRAMMA

Data

Cognome e Nome

Data di nascita

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
1 - Area stabilità internistica			
2 - Area funzioni vitali di base			
3 - Area funzioni sensomotorie			
4 - Area mobilità-trasferimenti			

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
5 - Area competenze comunicativo-relazionali			
6 - Area competenze cognitivo-comportamentali			
7 - Area autonomia cura della persona			
8 - Area riadattamento e reinserimento sociale			

Operatori presenti alla riunione di programma

Medico _____

Medico _____

Psicologo _____

Fisioterapista _____

Infermiere

Logopedista _____

Questa scheda va compilata ad ogni riunione di programma nel corso del iter terapeutico-riabilitativo del paziente.

Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE FAMILIARE

Obiettivi principali

- Prima riunione:
 - Comunicazione, discussione e condivisione del PRI e dei programmi relativi al paziente
 - Sottoscrizione dell'**alleanza terapeutica**
- Riunioni successive:
 - Comunicazione andamento del PRI e dei vari programmi
 - Raccolta di informazioni, suggerimenti, suggestioni da parte dei familiari per favorire la compliance al PRI
 - Concordare la "dimissione" ed i relativi bisogni nel breve, medio e lungo termine

1. Partecipanti:

- a. Medico responsabile della conduzione del PRI del paziente*
- b. Infermiere diurnista/turnista*
- c. Fisioterapista del paziente*
- d. Medico di riferimento del Modulo NPR o logopedista, se attivi da tempo programmi terapeutici*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE FAMILIARE

- e. Medico di riferimento del Modulo LAM se presenti problematiche di competenza*
- f. Paziente (se in grado di partecipare) e familiari individuati e/o autorizzati dal paziente*
- g. Persone significative per il paziente autorizzate*
- h. Psicologa di riferimento*
- i. Medico di base ed assistente sociale*

2. **Responsabilità/Conduzione:**

Medico responsabile della conduzione del PRI del paziente

- ### 3. **Modalità operative/conduttive.**
- La riunione di famiglia **avviene sempre in continuità con la riunione di progetto/programma**, di norma a cadenza mensile. Un membro del team provvede alla "verbalizzazione" della riunione, utilizzando l'apposito modulo da inserire nell'apposita sezione della cartella integrata "informazioni/comunicazioni con l'utenza".*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE FAMILIARE

*Il medico responsabile del PRI conduce la riunione utilizzando termini e sussidi (diari di bordo, immagini al computer, modelli anatomici, etc.) tali da facilitare al massimo la comprensione da parte dell'utenza e richiedendo la collaborazione di volta in volta dei vari professionisti. Egli deve fornire una **prognosi riabilitativa o elementi prognostici** e dare comunicazione **dell'outcome generale e funzionale** del paziente, tenendo conto della situazione emotiva del paziente e/o dei suoi familiari e nel rispetto dei tempi e delle modalità di comprensione, elaborazione, "accettazione" individuali.*

È necessario che le informazioni fornite da tutti i professionisti siano sempre coerenti, veritiere e comunicate in modo chiaro e preciso per non dare adito ad ambiguità o fraintendimenti.



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE FAMILIARE

- *Eventuale approfondimento con precise domande circa il livello motorio, cognitivo e funzionale del paziente prima dell'evento;*
- *Approfondimento del ruolo del paziente in famiglia;*
- *Richiamo allo schema delle aree di problematicità che verrà seguito durante la riunione;*
- *Presentazione della proposta di progetto riabilitativo con indicazione di massima dei tempi di ricovero ordinario e delle modalità di soddisfacimento dei bisogni residui;*
- *Illustrazione alla famiglia dei programmi che verranno attivati nelle diverse aree di intervento e degli obiettivi di intervento;*
- *Raccolta dai familiari di tutte le informazioni, le osservazioni, i suggerimenti che ritengono utile fornire al team e risposta alle loro domande, dubbi, necessità di chiarimenti;*
- *Consenso sul PRI e realizzazione di un'alleanza terapeutica.*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE FAMILIARE

Le riunioni familiari successive alla prima hanno come obiettivo prevalente quello di fare il punto della situazione:

- *informando la famiglia su come sta procedendo il percorso riabilitativo del loro caro (quali obiettivi concordati in precedenza sono stati raggiunti, quali no e perché)*
- *illustrando area per area gli obiettivi intermedi ed i relativi programmi per i successivi periodi di ricovero.*

Devono inoltre prevedere:

- *la pianificazione dell'inserimento della famiglia nei programmi di affiancamento e/o addestramento*
- *la riformulazione e la ricontrattazione, in caso di cambiamenti significativi della situazione clinica, dell'outcome generale e funzionale del soggetto*



Tipologie di riunioni di team

RIUNIONE FAMILIARE

- *la valutazione con la famiglia delle necessità dell'ambiente di vita del paziente (domestico, familiare, sociale, scolastico/lavorativo) in vista della dimissione e del reinserimento del soggetto nel suo precedente contesto di vita, in modo da programmare ed effettuare per tempo gli interventi necessari (attivazione CAAD, attivazione Servizi Sociali, prescrizione ausili, contatto con strutture riabilitative del territorio, ...)*

4. **Strumenti :**

- Scheda di verbalizzazione della riunione**
- Scheda di progetto e di programma**
- Diario di bordo su stroke, GCA, mielolesione, ...**



Altri momenti della comunicazione team/famiglia

Accoglimento da parte del coordinatore infermieristico

Gruppi di auto-aiuto (psicologo)

Lezioni/conferenze per i famigliari (vari professionisti)

Colloquio per la raccolta dati sulle caratteristiche famigliari e sociali del paziente (psicologo)

Affiancamento/addestramento dei famigliari (vari professionisti)

Strumenti Di Comunicazione del Team Riabilitativo ⁽²⁾

Settore di Riabilitazione, AOUFE

Una **CORRETTA COMUNICAZIONE** è alla base del lavoro in TEAM:

1. sia nella modalità **orale**, attraverso le “**team conference**” (riunioni di team)
2. sia nella modalità **scritta**, attraverso le **schede di comunicazione interprofessionali** e la **Cartella Clinica Integrata**

La CARTELLACLINICA ... **INTEGRATA**

del Settore di Riabilitazione, AOUFE

La cartella integrata del Settore di medicina riabilitativa di Ferrara è il frutto del lavoro svolto nell'ambito del **"PROGETTO PEGASO"**, **progetto di miglioramento indirizzato alla formazione al lavoro in team ed al miglioramento della qualità degli interventi riabilitativi rivolti ai pazienti disabili e alle loro famiglie, realizzato nel 1999** presso l'Unità di alta specialità riabilitativa per le gravi cerebrolesioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Un aspetto particolarmente innovativo di questa esperienza è stato il fatto che, per la prima volta, anche **gli utenti ed i volontari sono stati inseriti nel programma di formazione**, insieme agli operatori sanitari.

La CARTELLACLINICA ... INTEGRATA

del Settore di Riabilitazione, AOUFE

Nell'ambito del PROGETTO PEGASO, uno dei gruppi di lavoro, il gruppo Andromeda, formato da **operatori (medici, fisioterapisti, logopedisti, infermieri)** e da **componenti non professionali del team (familiari di pazienti, volontari)**, ha lavorato in modo specifico sulla cartella integrata.

Dopo la conclusione della prima fase del PROGETTO PEGASO, svoltasi da gennaio a giugno 1999, il gruppo ha continuato a sviluppare lo strumento, anche con l'apporto di altri operatori del team.

La CARTELLACLINICA ... **INTEGRATA**

del Settore di Riabilitazione, AOUFE

Esigenze che hanno portato allo **sviluppo della Cartella Integrata:**

- documentare la **COMPLESSITÀ del processo riabilitativo e del lavoro integrato del team**
- includere il **punto di vista dell'utente**
- permettere un corretto, costante e agevole **scambio di informazioni scritte**
- evitare ridondanze e duplicazioni o omissioni
- evitare difformità o arbitrarietà nella raccolta di informazioni e nella registrazione di attività

La CARTELLACLINICA ... **INTEGRATA**

del Settore di Riabilitazione, AOUFE

È uno strumento scritto

- per la **pianificazione e la documentazione del processo riabilitativo**
- per la **comunicazione interprofessionale** e per la **comunicazione con gli utenti**

accessibile a tutti i componenti del team riabilitativo

La CARTELLA CLINICA ... **INTEGRATA**

del Settore di Riabilitazione, AOUFE

Ogni componente del team è **compilatore** e **fruitore** della cartella e ha la responsabilità di:

- **raccogliere informazioni**, utili al proprio lavoro e a quello degli altri componenti del team
- **riportare le informazioni di propria competenza**, nei tempi e nei modi stabiliti, riguardanti:
 - la valutazione
 - gli obiettivi del trattamento
 - le attività effettuate
 - oltre a osservazioni, suggerimenti e raccomandazioni utili agli altri componenti del team per raggiungere gli obiettivi preposti.

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

PRIMA SEZIONE:

- **VALUTAZIONI DI INGRESSO**
- **PROGETTO RIABILITATIVO**

SECONDA SEZIONE:

- **PROGRAMMI ED OBIETTIVI**

TERZA SEZIONE:

- **COMUNICAZIONE, EDUCAZIONE, INFORMAZIONE PER IL
PAZIENTE E I FAMILIARI**

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

QUARTA SEZIONE:

- **ESAMI BIOUMORALI**

QUINTA SEZIONE:

- **ESAMI STRUMENTALI**

SESTA SEZIONE:

- **CONSULENZE**
- **CERTIFICAZIONI**
- **DOCUMENTAZIONI DI ALTRE UUOO**
- **PIANO DI DIMISSIONE**

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

PRIMA SEZIONE:

- VALUTAZIONI DI INGRESSO
- PROGETTO RIABILITATIVO

Questa sezione contiene tutti gli elementi necessari al **bilancio iniziale del paziente** per quanto attiene alla sua storia clinica e sociale, ai danni, menomazioni e disabilità, alla pianificazione di ulteriori approfondimenti valutativi.

La sezione comprende perciò:

- **tutte le valutazioni e informazioni** necessarie alla formulazione del progetto riabilitativo
- **la descrizione del progetto riabilitativo complessivo**, e dei suoi adeguamenti e modificazioni.

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Alcune **informazioni** sono raccolte **immediatamente** all'ingresso: sono quelle necessarie a garantire la continuità e la sicurezza del percorso di cure rispetto a quanto effettuato in precedenza.

Altre **informazioni** vengono raccolte **alcuni giorni dopo l'ingresso** e, comunque, entro la prima riunione di programma attraverso appropriati strumenti di valutazione:

- alcuni di questi strumenti sono compilati da **un solo operatore**,
- altri **da più operatori**, come la scheda FIM, relativa alle attività di base della vita quotidiana, in funzione degli aspetti in cui ciascuno di essi è maggiormente coinvolto.

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Parti componenti:

1. Frontespizio e componenti del team riabilitativo
2. Scheda valutazione del fabbisogno assistenziale
3. Scheda terapia farmacologica
4. Storia clinica e sociale (anamnesi)
5. Esame obiettivo
6. Scheda valutazione della menomazione motoria di ingresso
7. Scheda di valutazione neuropsicologica-comportamentale di ingresso
8. Scheda raccolta dati sulla situazione abitativa
9. Scheda FIM
10. Scheda informativa per il team sulle caratteristiche familiari e sociali
11. Progetto riabilitativo ed aggiornamenti del progetto riabilitativo
12. Scheda riassuntiva della visita di team
13. Schede di sintesi delle riunioni di programma

Di seguito alcune delle suddette.



Applicare
Codice a
barre/
nosologico

Cognome e Nome

Data di nascita

COMPONENTI DEL TEAM RIABILITATIVO

Medico Fisiatra Responsabile del Progetto Riabilitativo e della Gestione Clinica del Paziente

Data Dott. Firma

Passaggi in carico ad altri medici fisiatri (in caso di assenza prolungata del medico responsabile, o di passaggio permanente in carico ad altro medico)

Data Dott. Firma

Data Dott. Firma

Data Dott. Firma

Fisioterapista

Data FT Firma

Passaggi in carico ad altro fisioterapista (per periodi superiori alla settimana)

Data FT Firma

Data FT Firma

Data FT Firma

Infermiere di riferimento individuato all'ingresso

Data Infermiere Firma

Variazioni Infermiere assegnato

Data Infermiere Firma CPSI

Data Infermiere Firma CPSI

Data Infermiere Firma CPSI

Psicologa

Data Psicologa Firma

Presenza in carico Ambulatorio Neuropsicologia Riabilitativa

Medico referente

Data Dott. Firma

Logopedista

Data LT Firma CPSI

Data LT Firma CPSI

Data LT Firma CPSI

Passaggi in carico ad altro logopedista (per periodi superiori alla settimana)

Data LT Firma

Data LT Firma

Data LT Firma

L'indicazione del medico responsabile, del FT e dell'equipe infermieristica vanno riportate all'ingresso del paziente, entro il momento della visita di team.
L'indicazione del referente NPI va riportata al momento della prima presa in carico (valutativa o per trattamento).
L'indicazione del/dei logopedisti va riportata al momento della prima presa in carico (valutativa o trattamento).



Applicare
Codice a
barre/
nosologico

SCHEDA DI BILANCIO E MENOMAZIONE MOTORIA

Cognome e Nome

Data di nascita

POSIZIONE SUPINA:				
CAPO	NO	SI	DX	SX
Occhi Orientati in direzione preferenziale				
Rotazione del capo				
Inclinazione del capo				
Iperestensione del capo				
Flessione del capo				
Modifica la posizione del capo			☐ Spontanea ☐ Su richiesta	☐ Spontanea ☐ Su richiesta
TRONCO	NO	SI	DX	SX
Allineato				
Inclinato				
Ruotato				
Modifica la posizione del tronco			☐ Spontanea ☐ Su richiesta	☐ Spontanea ☐ Su richiesta
ARTI	NO	SI	Spontaneo	Su richiesta
Arto superiore Dx Come si presenta				
Modifica Posizione				
Arto superiore Sx: Come si presenta				
Modifica Posizione				
Arto inferiore Dx: Come si presenta				
Modifica posizione				
Arto inferiore Sx: Come si presenta				
Modifica posizione				
PREVALENZA POSTURE RIFLESSE			NO	SI
Posture in decortizzazione				
Posture in decerebrazione				
PREVALENZA RIFLESSI PATOLOGICI				
Riflesso tonico simmetrico del collo				
Riflesso tonico asimmetrico del collo				
Riflesso labirintico				
MOBILITÀ AL LETTO		NO	SI	PARZ.
Ruota sul fianco dx				
Ruota sul fianco sx				
Si sposta lateralmente sul letto				
Effettua il "ponte"				
Influenza di riflessi patologici				
Se si quali riflessi:				
Se si quando:				
Note/Suggerimenti:				
PASSAGGI POSTURALI	NO	SI	ASS.	SUP.
Supino - seduto				
Strategia:				
Seduto - in piedi				
Strategia:				
Influenza di riflessi patologici				
Se si quali				

Continua sul retro

STAZIONE SEDUTA:		con AAII fuori dal letto	con le ginocchia estese	con gli AAII incrociati
Non possibile cade a:		☐ Dx	☐ Sx	☐ Avanti ☐ Indietro
E possibile:				
Senza appoggio mani e piedi		NO		SI
Con appoggio mani		NO		SI
Con appoggio piedi		NO		SI
Allineato		NO		SI
Controllo del capo		NO		SI
Tronco		☐ Fles.	☐ Est.	☐ Ruot.dx ☐ Ruot.sx ☐ Incl.dx ☐ Incl.sx
Modifica la posizione:		☐ NO	☐ SI	☐ Spont. ☐ Su rich.
PREVALENZA POSTURE RIFLESSE			NO	SI
Posture in decortizzazione				
Posture in decerebrazione				
Prevalenza riflessi tonico simmetrici collo				
Prevalenza riflessi tonico asimmetrici collo				
Prevalenza riflesso tonico labirintico				
CONTROLLO DELL'EQUILIBRIO DA SEDUTO				
Riflessi Posturali	Cade	Non cade ma non raggiunge il target		Raggiunge il target
Anticipatori:				
Anteriore				
Posteriore				
Laterale dx				
Laterale sx				
Risposte posturali reattive	Cade senza reazioni	Reazioni non sufficienti		Reazioni sufficienti
Anteriori				
Posteriori				
Laterale dx				
Laterale sx				
Reazioni paracadute	☐ ANT. ☐ POST.	☐ DX	☐ SX	
STAZIONE ERETTA				
Possibile	☐ NO	☐ SI	☐ ASS.	☐ SUP.
Allineamento				
Carico	☐ DX	<	=	> ☐ SX
Base d'appoggio:	normale	allargata	ristretta	
Note/suggerimenti:				
CONTROLLO DELL'EQUILIBRIO IN STAZIONE ERETTA				
Riflessi posturali	Cade	Non cade ma non raggiunge l'obiettivo		Raggiunge il bersaglio
anticipatori:				
Anteriori				
Posteriori				
Laterale dx				
Laterale sx				
Risposte posturali reattive (spinte destabilizzanti)	Cade senza reazioni	Reazioni non sufficienti		Reazioni sufficienti
Anteriori				
Posteriori				
Laterale Dx				
Laterale Sx				
Passi di protezione	☐ ANT	☐ POST	☐ DX	☐ SX
TRASFERIMENTI				
Possibile	SI	NO	Assistito	Supervisione
Posizione della carrozzina	☐ DX	☐ SX		
Con la seguente strategia:				
Influenza di riflessi patologici	☐ NO	☐ SI		
Se si quale:				
Note/suggerimenti:				

Data Firma Fisioterapista



Applicare
Codice a barre/
nomenclologico



Cognome e Nome

Data di nascita

CASA DI PROPRIETÀ

SCALE ESTERNE

SI NO

CASA IN AFFITTO

CORRIMANO

DX	SX
----	----

CASA SINGOLA

SCALE INTERNE

SI	NO
----	----

N. PIANI

CORRIMANO

DX	SX
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

CONDOMINIO

NUMERO STANZE

PIANO ABITATO

NUMERO BAGNI

ASCENSORE

SI NO

Vasca

Facilmente accessibile

SI	NO
----	----

Doccia

Utilizzabile in carrozzina

SI	NO
SI	NO

ACCESSO AL BAGNO

Agevole
Difficoltoso

NOTE

[illegible]

Data _____

Firma Fisioterapeuta _____



Applicare
Codice a barre/
nosologico

FIM - FUNTIONAL INDIPENDENCE MEASURE

(Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwins, 1986)

Cognome e Nome Data di nascita Data ingresso

ITEM FIM	OPERATORE RESPONSAB.	Punteggio		Firma Operatore		Punteggio		Firma Operatore		Punteggio		Firma Operatore		Punteggio		Firma Operatore	
CURA DELLA PERSONA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
A - NUTRIRSI	I																
B - RASSETTARSI	I																
C - LAVARSI	I																
D - VESTIRSI (Vita in su)	I																
E - VESTIRSI (Vita in giù)	I																
F - IGIENE PERINEALE	I																
CONTROLLO SFINTERICO		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
G - VESCICA	I																
H - ALVO	I																
MOBILITA'-TRASFERIMENTI		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
I - LETTO/SEDIA/CARROZZINA	FT																
J - W.C.	FT																
K - VASCA O DOCCIA	FT																
LOCOMOZIONE		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
L - CAMMINO/CARROZZINA	FT	Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____		Cm ____ Cr ____	
M - SCALE	FT																
COMUNICAZIONE		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
N - COMPrensione	M/L*	u v		u v		u v		u v		u v		u v		u v		u v	
O - ESPRESSIONE	M/L*	v nv		v nv		v nv		v nv		v nv		v nv		v nv		v nv	
CAPACITÀ RELAZIONALI/COGNIT.		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
P - RAPPORTO CON ALTRI	M/L*																
Q - SOLUZIONE DI PROBLEMI	M/L*																
R - MEMORIA	M/L*																
PUNTEGGIO FIM TOTALE																	
		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
PUNTEGGIO LCF																	

Legenda:

I=infermiere; FT=fisioterapista; L=Logopedista

* Gli items cognitivi vengono compilati dal logopedista se il paziente è in grado di comunicare "si-no"; in caso contrario sono compilati dal FT

La FIM va compilata alla visita di TEAM per gli items in cui è possibile; in ogni caso NON OLTRE LE 72 ORE dall'ingresso del paziente.

Per i pazienti che rientrano dal domicilio la FIM va compilata all'accogliimento, interrogando il paziente o un familiare, in ogni caso entro le 72 ore dall'ingresso



Applicare
Codice a barre/
nosologico

SINTESI DELLA VISITA DI TEAM

Data

Cognome e Nome

Data di nascita

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
1 - Area stabilità internistica			
2 - Area funzioni vitali di base			
3 - Area funzioni sensomotorie			
4 - Area mobilità-trasferimenti			

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
5 - Area competenze comunicativo-relazionali			
6 - Area competenze cognitivo-comportamentali			
7 - Area autonomia cura della persona			
8 - Area riadattamento e reinserimento sociale			

Operatori presenti alla visita di team

Medico _____

Medico _____

Fisioterapista _____

Infermiere _____

Logopedista _____

Questa scheda va compilata subito dopo la visita di team, e va inserita nella parte delle valutazioni di ingresso.

Indica i programmi e gli obiettivi da perseguire nel periodo che va dall'ingresso fino alla prima riunione di programma



SINTESI DELLA RIUNIONE DI PROGRAMMA

Data

Cognome e Nome

Data di nascita

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
1 - Area stabilità internistica			
2 - Area funzioni vitali di base			
3 - Area funzioni sensomotorie			
4 - Area mobilità-trasferimenti			

SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE	ELENCO OBIETTIVI IN ORDINE DI PRIORITÀ	METODOLOGIE OPERATIVE	OPERATORI
5 - Area competenze comunicativo-relazionali			
6 - Area competenze cognitivo-comportamentali			
7 - Area autonomia cura della persona			
8 - Area riadattamento e reinserimento sociale			

Operatori presenti alla riunione di programma

Medico _____

Medico _____

Psicologo _____

Fisioterapista _____

Infermiere _____

Logopedista _____

Questa scheda va compilata ad ogni riunione di programma nel corso del iter terapeutico-riabilitativo del paziente.

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Nella **scheda di sintesi della visita di team** e nelle **schede di sintesi delle successive riunioni di programma** (compilate ad ogni riunione di programma, con cadenza mensile) sono riassunti, per ogni area problematicità:

- la situazione attuale
- gli obiettivi a breve termine
- le modalità operative
- gli operatori coinvolti

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

SECONDA SEZIONE:

▪ PROGRAMMI RIABILITATIVI

E' la parte della cartella che deve rispecchiare **l'evoluzione del paziente nel corso della degenza.**

Contiene la documentazione del percorso riabilitativo del paziente in relazione agli **obiettivi proposti** ed ai relativi **programmi di trattamento**. Tale documentazione è suddivisa da **8 separatori colorati** sulla base delle **aree di intervento** a cui si riferisce, corrispondenti **alle 8 aree di problematicità (o di intervento)** della scheda di sintesi della riunione di programma.

Per la documentazione di attività o eventi che non rientrano in nessuna delle schede già predisposte, esiste **un diario giornaliero integrato.**

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

1. area stabilita' internistica

Comprende gli obiettivi relativi al raggiungimento di:

- equilibrio nutrizionale, metabolico, cardiocircolatorio e respiratorio
- controllo delle infezioni
- controllo delle lesioni cutanee da pressione
- controllo di altre condizioni intercorrenti
 - altre patologie concomitanti non direttamente correlate alla malattia disabilitante per cui è stata effettuata la presa in carico
 - epilessia, disordini vegetativi,

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Esempio di Schede specifiche per l'area stabilità internistica:

1. Scheda nutrizionale
2. Scheda alimentazione e idratazione enterale
3. Scheda bilancio idrico delle 24 ore
4. Scheda lesioni da pressione
5. Altre schede secondo necessità



SCHEDA NUTRIZIONALE

Cognome e Nome data di nascita

Diagnosi data di ingresso

Peso al momento del ricovero: peso ideale: peso abituale: altezza:

Patologie pregresse: ☐ insufficienza renale ☐ diabete ☐ infezioni ☐ cardiopatie/scompenso

Altro:

Allergie ed intolleranze:

TIPOLOGIA NUTRIZIONE ☐ Parenterale ☐ OS ☐ Enterale ☐ Peg ☐ SNG ☐ Digijuntomia

Firma dell'infermiere all'ingresso.....

Peso	data	data	data	data	data	data	data
Note	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
	firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma

Parametri	data	data	data	data	data	data	data
Peso ideale: (altezza in cm - 100 uomo -104 donna)							
N.E.	Tipologia						
	Quantità						
	Kcal						
NPT	Tipologia						
	Quantità						
	Kcal						
Proteine							
Tipologia dieta per OS (Kcal)							
Irradiazione							
Integratori e/o supplementi							
Problematiche cliniche: LDD, ipertono, edemi, declivi, crisi disvegetative, infezioni, sepsi, interventi chirurgici							
Firma del medico							

INDICI NUTRIZIONALI

Parametri	data	data	data	data	data	data	data
Albumina							
Pre-Albumina							
Transferrina							
Azoto urinario							
Emoglobina							
PCR							
Firma del medico							

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

CALCOLO DEL FABBISOGNO CALORICO

Fabbisogni	Calorici Kcal/Kg/die	Proteici gAA/Kg/die	Azotati gN/kg/die
Normale	20	1	0,16
Aumentato	25-30	1,2-1,8	0,2-0,3
Elevato	30-35	2-2,5	0,3-0,4

CALCOLO DEL FABBISOGNO PROTEICO

AZOTO PERSO IN GRAMMI X 6,25 = PROTEINE PERSE IN GR

Normale (perdita di N<5g/die)

Catabolismo lieve (perdita di N=5-10gr/die)

Catabolismo aumentato (perdita di N=10-15gr/die)

Catabolismo grave (perdita di N>5gr/die)

GRADO DI MALNUTRIZIONE

GRADO DI MALNUTRIZIONE	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Calo ponderale (peso abituale)	5-10%	11-20%	>20%
Indice creatinina/altezza	99-80	79-60	<60
Albumina (g/dl)	3,5-3,0	2,9-2,5	<2,5
Transferrina (g/dl)	200-150	149-100	<100
Calo ponderale Quando non sia acquisibile alcuna informazione sul peso abituale fare riferimento al peso ideale calcolato con la formula di Broca: Peso ideale: Kg: altezza in cm-100 uomo altezza in cm-104 donna	10-20%	21-40%	>40%
Linfociti totali (m ³ /mm)	1500-1200	1199-800	<800

VALORI NUTRIZIONALI E TIPOLOGIA NUTRIZIONI

	TIPOLOGIA	CALORIE	PROTEINE	GLUCOSIO
NPT	I N4 550E 1500ml	910 Kcal	4g	120g
	N4 550E 2000ml	1215 Kcal	4g	160g
	N7 1000E 2000ml	2400 Kcal	7g	320g
	Clinimix N9 G15E 2000ml	820 Kcal	9g	150g
N.E. per 100ml	Nutrison STANDARD	100 Kcal	4,0g	0,7g
	Nutrison MULTIFIBRE	103 Kcal	4,0g	0,8g
	Nutrison ENERGY	150 Kcal	6,0g	1,1g
	JEVITY PLUS	122 Kcal	5,55g	/
	GLUCERNA	101 Kcal	4,18g	/
	Isosource PROTEIN	122 Kcal	6,6 g	1,6g
	Isosource G.CONTROL	106 Kcal	4,1g	/
	OXEPA	152 Kcal	6,25g	/

SCHEMA ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE ENTERALE

Cognome e Nome

Data di nascita

Modalità di somministrazione:	Continua	Intermittente	SNG	PEG
-------------------------------	----------	---------------	-----	-----

NOTE PER PAZIENTI CON ALIMENTAZIONE MISTA

[illegible]

Valutazione volume residuo	data:	ora:	data:	ora:	data:	ora:	data:	ora:
Chiamare il MD se il ristagno è maggiore di:		firma medico		firma medico		firma medico		firma medico

[illegible]

LEGENDA:

A: ANTICIPATA (la motivazione deve essere riportata nel diario infermieristico)

NS: **NON SOMMINISTRATA** (la motivazione per cui la terapia non è stata assunta/somministrata deve essere riportata nel diario infermieristico)

PD: PROVE DI DOMICILIAZIONE

RV: RIDUZIONE VELOCITÀ (la motivazione deve essere riportata nel diario infermieristico)

SR: **SOMMINISTRATA IN RITARDO** (la motivazione per cui la terapia non è stata assunta/somministrata deve essere riportata nel diario infermieristico)

SOSP: **SOSPESA** (la motivazione deve essere riportata nel diario infermieristico)

h: ORA



Applicare
Codice a barre/
nosologico

BILANCIO IDRICO DELLE 24 ORE

Cognome e Nome

Data di nascita

☐ ENTRATE

☐ ENTRATE E USCITE

Data

LIQUIDI PER OS	LIQUIDI PER S.N.G. o PEG	LIQUIDI E.V.	FIRMA	ORA	QUANTITÀ URINE	☐ VOMITO ☐ RISTAGNO GASTRICO GETTATO ☐ EPISODI SUDORAZIONE	FIRMA
Inizio	Inizio	Inizio		0	Inizio	Inizio	
				1			
				2			
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
				9			
				10			
				11			
				12			
				13			
				14			
				15			
				16			
				17			
				18			
				19			
				20			
				21			
				22			
				23			
				24			
TOTALE ENTRATE PER OS					TOTALE USCITE URINE		
TOTALE ENTRATE PER SNG o PEG					RESIDUO GASTRICO		
TOTALE ENTRATE PER E.V.							
TOTALE ENTRATE					TOTALE USCITE		

Infermiere

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

2. area funzioni vitali di base

Comprende gli obiettivi relativi a:

- recupero della autonomia ventilatoria
- recupero autonomia nella alimentazione per via orale
- controllo degli sfinteri

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Esempio di Schede specifiche per area funzioni vitali di base:

1. Scheda ripresa alimentazione per via orale
2. Scheda bilancio idrico e nutrizionale
3. Griglia di osservazione del comportamento durante il pasto
4. Scheda gestione cannula
5. Tabella di assistenza alla tosse con in-ex sufflator
6. Piano di gestione vescica ed alvo
7. Altre schede secondo necessità



SCHEDA RIPRESA ALIMENTAZIONE PER VIA ORALE

Cognome e Nome

Data di nascita

TIPO DI ALIMENTAZIONE ALL'INGRESSO:

Data

☐ Parenterale

☐ Enterale

☐ Per via orale

☐ PEG

☐ Comune

☐ Solida per disfagia

☐ SNG

☐ Semiliquida

☐ Frullata cremosa

Firma Medico

Data

Test dell'acqua: ☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia

Firma Medico

Data

Test di Evans: ☐ Positivo ☐ Negativo Firma Infermiere

Data

Test di Evans: ☐ Positivo ☐ Negativo Firma Infermiere

Data

Test di Evans: ☐ Positivo ☐ Negativo Firma Infermiere

Data

Test di Evans: ☐ Positivo ☐ Negativo Firma Infermiere

Data

Test di Evans: ☐ Positivo ☐ Negativo Firma Infermiere

Data

Test di Evans: ☐ Positivo ☐ Negativo Firma Infermiere

PROVE DI DEGLUTIZIONE CON SOMMINISTRAZIONE DI CIBI

Data	Tipo di alimento	Andamento della prova e indicazioni	Firma Medico/Logo
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....
.....		☐ Non segni di disfagia ☐ Segni di disfagia	.....

Stimolazione aspecifica

Data inizio

Data inizio

Firma Fisioterapista

Stimolazione alla deglutizione con cibo

Firma Fisioterapista/Logo

☐ Acquagel Data inizio

☐ Cibi cremosi Data inizio

☐ Liquidi Data inizio

Note:

Inizio alimentazione per os

☐ Pranzo

☐ Cena

☐ Colazione

Tipo di dieta

☐ Cremosa

☐ Semiliquida

☐ Solida per disfagia

☐ Comune

☐ Personalizzata

Inizio idratazione con:

☐ Acquagel

☐ Liquidi addensati

☐ Liquidi con adattamenti

☐ Liquidi

I care giver sono addestrati a:

☐ Stimolazione aspecifica

☐ Stimolazione della deglutizione con cibo

☐ Alimentazione per os

☐ Somministrazione liquidi

Care giver addestrato:

Data Firma operatore



Applicare
Codice a barre/
nosologico

SCHEDA BILANCIO NUTRIZIONALE

Cognome e Nome

Data di nascita

Familiare - Operatore

Settimana dal ____/____/____ al ____/____/____

DATA	COLAZIONE/MERENDA			PRANZO			CENA		
	ORARIO	DESCRIZ.	FIRMA	ALIMENTI	-	+	ALIMENTI	-	+
Lun. ____/____/____	Ore 9,00			Quantità	-	1/2	Quantità	-	1/2
				Primo			Primo		
	Ore 16,00			Secondo			Secondo		
				Contorno			Contorno		
Mart. ____/____/____	Ore 9,00			Frutta e/o dolce			Frutta e/o dolce		
				Altro			Altro		
	Ore 16,00			Quantità	-	1/2	Quantità	-	1/2
				Primo			Primo		
Merc. ____/____/____	Ore 9,00			Secondo			Secondo		
				Contorno			Contorno		
	Ore 16,00			Frutta e/o dolce			Frutta e/o dolce		
				Altro			Altro		
Giov. ____/____/____	Ore 9,00			Quantità	-	1/2	Quantità	-	1/2
				Primo			Primo		
	Ore 16,00			Secondo			Secondo		
				Contorno			Contorno		
Ven. ____/____/____	Ore 9,00			Frutta e/o dolce			Frutta e/o dolce		
				Altro			Altro		
	Ore 16,00			Quantità	-	1/2	Quantità	-	1/2
				Primo			Primo		
Sab. ____/____/____	Ore 9,00			Secondo			Secondo		
				Contorno			Contorno		
	Ore 16,00			Frutta e/o dolce			Frutta e/o dolce		
				Altro			Altro		
Dom. ____/____/____	Ore 9,00			Quantità	-	1/2	Quantità	-	1/2
				Primo			Primo		
	Ore 16,00			Secondo			Secondo		
				Contorno			Contorno		
				Frutta e/o dolce			Frutta e/o dolce		
				Altro			Altro		



GRIGLIA D'OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO DURANTE IL PASTO

Cognome e Nome Data di nascita

Tipo di dieta somministrata.....

Mastica: si ☐ no ☐

Deglutisce senza masticare: si ☐ no ☐

Avviene fuoriuscita di cibo durante
la masticazione: ☐ si ☐ no

Starnutisce ☐ si ☐ no

Necessita di soffiare il naso ☐ si ☐ no

Si manifestano episodi di
tosse durante il pasto: ☐ si ☐ no

Se sì, avviene con alimenti: ☐ Solidi
☐ Cremosi
☐ Liquidi

La voce durante e dopo il pasto
è gorgogliante ☐ si ☐ no

La durata complessiva del pasto è ☐ superiore ai 60 minuti
☐ tra i 30-60 minuti
☐ inferiore/uguale a 30 minuti

Data, Osservatore:
Nominativo in stampatello Firma



SCHEDA GESTIONE CANNULA TRACHEOSTOMICA E RIEDUCAZIONE ALLA AUTONOMIA VENTILATORIA

PAZIENTE:

Tipo di cannula all'ingresso: Mod. _____ N. _____ Cuff. ☐ Non cuff. ☐

Sostituzione cannula

DATA	Tipo di Cannula Inserita	Note	Firma IP

Prove chiusura cannula

DATA	TEMPO	SAO2 inizio	SAO2 fine	FR inizio	FR fine	Andamento della prova	Firma Medico

Può iniziare occlusione dal _____ Note _____ Firma Medico _____

Occlusione sospesa dal _____ Note _____ Firma Medico _____

Riprende occlusione dal _____ Note _____ Firma Medico _____

Chiusura per almeno 30"

DATA	MARZ/ Posa	TEMPO	SAO2 inizio	SAO2 fine	FR inizio	FR fine	Tutte rate	Non tollerate (note): es. secretioni, desaturazione...	Firma FISIOP

Occlusione cannula durante le ore diurne (indicativamente dalle 8 alle 20)

DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
MATTINO - Inizio occlusione ore: _____		
POMERIGGIO - Apertura cannula ore: _____		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
MATTINO - Inizio occlusione ore: _____		
POMERIGGIO - Apertura cannula ore: _____		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
MATTINO - Inizio occlusione ore: _____		
POMERIGGIO - Apertura cannula ore: _____		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
MATTINO - Inizio occlusione ore: _____		
POMERIGGIO - Apertura cannula ore: _____		

QUESTA SCHEDA VA INSERITA NELL'AREA FUNZIONI VITALI DI BASE. VA UTILIZZATA DURANTE LO SVEZZAMENTO DALLA CANNULA

Occlusione cannula per almeno 72 ore

DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		

Decannulazione In data _____ Note _____
Firma Medico _____

Monitoraggio post-decannulazione

DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		
DATA	ANDAMENTO NEL CORSO DELLA GIORNATA	Firma IP
Mattino		
Pomeriggio		
Notte		
DATA	PROBLEMI - OSSERVAZIONI - INDICAZIONI	Firma OP

QUESTA SCHEDA VA INSERITA NELL'AREA FUNZIONI VITALI DI BASE. VA UTILIZZATA DURANTE LO SVEZZAMENTO DALLA CANNULA



TABELLA ASSISTENZA ALLA TOSSE CON IN-EX SUFFLATOR

Cognome e Nome: Data di nascita

Cannula ☐ Si ☐ No Collaborante ☐ Si ☐ No Auto-assistenza ☐ Si ☐ No

Prescrizione Dal _____ Al _____	Pressione Positiva _____	Pressione Negativa _____	Tempo Inspiratorio _____	Tempo Espiratorio _____	Tempo Pausa _____	Cicli resp. n. _____	Ripetizioni n. _____	Applicazioni giornaliere n. _____	Modalità Automatica ☐ Manuale ☐	Firma Dott. _____
Prescrizione Dal _____ Al _____	Press. Pos. _____	Press. Neg. _____	Tempo Inspiratorio _____	Tempo Espiratorio _____	Tempo Pausa _____	Cicli resp. n. _____	Ripetizioni n. _____	Applicazioni giornaliere n. _____	Modalità Automatica ☐ Manuale ☐	Firma Dott. _____

Data	SpO ₂ inizio	SpO ₂ fine	Fc inizio	Fc fine	Firma	SpO ₂ inizio	SpO ₂ fine	Fc inizio	Fc fine	Firma	SpO ₂ inizio	SpO ₂ fine	Fc inizio	Fc fine	Firma
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____
_____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____					Ft _____ I _____



Applicare
Codice a
barre/
nosologico

PIANO DI GESTIONE VESCICALE ED INTESTINALE

Cognome e Nome

Data di nascita

DATA	ORA	INTESTINO	VESCICA	FIRMA
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	
		☐ SPONT. ☐ NO ☐ MC ☐ SH	☐ SI ☐ NO ☐ WC/COMODA ☐ STORTA/PADELLA	

LEGENDA

MC: MICROCLISMA

SM: SVUOTAMENTO MANUALE

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

3. area funzioni senso-motorie

Comprende gli obiettivi relativi a:

- trattamento/prevenzione o compenso delle menomazioni motorie (motricità volontaria, equilibrio, destrezza motoria, etc...)
- trattamento/prevenzione o compenso delle menomazioni muscolo scheletriche (retrazioni, etc.)
- trattamento o compenso delle menomazioni sensoriali

Si tratta di obiettivi prevalentemente relativi al **recupero "intrinseco"** delle menomazioni senso-motorie.

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Esempio di Schede specifiche per area funzioni senso-motorie:

1. Scheda esame del tono muscolare
2. Scheda scala funzionale dell'equilibrio di Berg
3. Scheda di valutazione della sensibilità EmNSA-I
4. Scheda scala di valutazione dell'atassia SARA
5. Altre schede secondo necessità



Applicare
Codice a
barre/
nosologico

ESAME DEL TONO MUSCOLARE SECONDO LA SCALA GRADUATA DI ASHWORTH PER LA SPASTICITÀ^[1]

Cognome e Nome Data di nascita

DISTRETTO	MOVIMENTO	MUSCOLI O GRUPPI MUSCOLARI ESAMINATI	DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
			DX	SX	DX	SX	DX	SX	DX	SX	DX	SX
ARTO SUPERIORE	Abduzione braccio (Rotazione 0)	Adduttori spalla										
	Flessione Anteriore braccio	Estensori spalla										
	Flessione avambraccio	Estensori gomito										
	Estensione avambraccio (Avambraccio Supinato)	Flessori gomito										
	Supinazione Avambraccio (Gomito Flesso)	Pronatori avambraccio										
	Estensione mano (dita flesse)	Flessori del Carpo										
	Estensione dita (polso neutro)	Flessori delle Dita										
ARTO INFERIORE	Estensione coscia (Ginocchio Esteso)	Flessori anca										
	Abduzione coscia	Adduttori anca										
	Flessione gamba a prono a supino	Retto Anteriore										
	Estensione gamba (Anca Flessa a 90°)	Ischiocrurali										
	Dorsiflessione Piede (Ginocchio Flesso)	Soleo										
	Dorsiflessione Piede (Ginocchio Esteso)	Gastrocnemio										
Firma												

ASHWORTH

0. Tono muscolare non aumentato
1. Lieve incremento del tono muscolare, dato da un arresto seguito da un rilasciamento o da una minima resistenza alla fine del movimento quando la parte esaminata viene mobilizzata in flessione o in estensione
- 1+. Lieve incremento del tono muscolare dato da un arresto seguito da una minima resistenza per la restante parte dell'ampiezza di movimento (meno della metà)
2. Marcato aumento del tono per la maggior parte dell'ampiezza del movimento ma la parte colpita può essere facilmente mobilizzata;
3. Notevole aumento del tono, il movimento passivo risulta difficile.
4. Arto rigido in una posizione



SCALA FUNZIONALE DELL'EQUILIBRIO DI BERG

(Berg KO e Coll., Arch Phys Med Rehabil., 1992)

Cognome e Nome

Data di nascita

ELENCO DELLE PROVE	Data	Data	Data
	Valore	Valore	Valore
1. PASSAGGIO DA SEDUTO ALLA STAZIONE ERETTA ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di alzarsi, provando a non usare le mani per sollevarsi. 4: Capace di alzarsi in piedi senza l'uso delle mani ed in modo stabile. 3: Capace di alzarsi in piedi in modo stabile usando le mani. 2: Capace di alzarsi in piedi usando le mani dopo ripetuti tentativi. 1: Bisogno di minima assistenza per alzarsi in piedi o per stabilizzarsi. 0: Bisogno di moderata o massima assistenza per alzarsi in piedi.			
2. STAZIONE ERETTA SENZA APPOGGIO ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di rimanere in piedi per due minuti senza sostenersi. 4: Capace di rimanere in piedi senza pericolo per 2 minuti. 3: Capace di rimanere in piedi per 2 minuti con supervisione. 2: Capace di rimanere in piedi 30 secondi senza supporto. 1: Bisogno di diversi tentativi per rimanere in piedi 30 secondi senza supporto. 0: Incapace di rimanere in piedi 30 secondi senza assistenza.			
NB: Se il paziente è capace di rimanere in piedi per 2 minuti senza appoggio, si attribuisce il massimo punteggio all'item 3 (seduto senza appoggio) e si procede con la valutazione dell'item 4.			
3. SEDUTO SENZA APPOGGIO DELLA SCHIENA MA CON I PIEDI APPOGGIATI AL PAVIMENTO O AD UNO SGABELLO ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di sedersi con le braccia incrociate per 2 minuti. 4: Capace di rimanere seduto senza pericolo e in modo sicuro per 2 minuti. 3: Capace di rimanere seduto per 2 minuti con supervisione. 2: Capace di rimanere seduto per 30 secondi. 1: Capace di rimanere seduto per 10 secondi. 0: Incapace di rimanere seduto senza supporto per 10 secondi.			
4. PASSAGGIO DALLA STAZIONE ERETTA A SEDUTO ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di sedersi. 4: Si siede senza pericolo, con minimo utilizzo delle mani. 3: Controlla la discesa utilizzando le mani. 2: Utilizza la parte posteriore della gamba contro la sedia per controllare la discesa. 1: Si siede in modo autonomo ma non controlla la discesa. 0: Bisogno di assistenza per sedersi.			
5. TRASFERIMENTI ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di spostarsi da una sedia al letto e viceversa. (Una volta verso una sedia con i braccioli e una volta verso una sedia senza braccioli). 4: Capace di trasferirsi senza pericolo con minimo utilizzo delle mani. 3: Capace di trasferirsi senza pericolo con l'utilizzo preciso delle mani. 2: Capace di trasferirsi con suggerimenti verbali e/o supervisione. 1: Bisogno di un operatore per l'assistenza. 0: Bisogno di due operatori per l'assistenza o supervisione per essere sicuro.			
6. STAZIONE ERETTA SENZA APPOGGIO MANTENENDO GLI OCCHI CHIUSI ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di chiudere gli occhi e rimanere in piedi fermo per 10 secondi. 4: Capace di rimanere in stazione eretta per 10 secondi senza pericolo. 3: Capace di rimanere in stazione eretta per 10 secondi con supervisione. 2: Capace di rimanere in stazione eretta per 3 secondi. 1: Incapace di mantenere gli occhi chiusi per 3 secondi ma rimane stabile. 0: Bisogno di assistenza per non cadere.			
7. STAZIONE ERETTA SENZA APPOGGIO CON I PIEDI UNITI ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di unire i piedi e di rimanere in stazione eretta senza sostenersi. 4: Capace di mantenere i piedi uniti e rimanere in stazione eretta per 1 minuto senza pericolo. 3: Capace di mantenere i piedi uniti e rimanere in stazione eretta per 1 minuto con supervisione. 2: Capace di mantenere i piedi uniti, ma incapace di rimanere in stazione eretta per 30 secondi. 1: Bisogno di assistenza per raggiungere la posizione, ma capace di mantenerla per 15 secondi a piedi uniti. 0: Bisogno di assistenza per raggiungere la posizione e incapace di mantenerla per 15 secondi.			

Continua sul retro

GLI ITEMS CHE SEGUONO DOVRANNO ESSERE ESEGUITI CON IL PAZIENTE IN STAZIONE ERETTA SENZA APPOGGIO

ELENCO DELLE PROVE	Data	Data	Data
	Valore	Valore	Valore
8. ALLUNGARSI IN AVANTI CON L'ARTO SUPERIORE ESTESO MENTRE È IN STAZIONE ERETTA ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di sollevare l'arto a 90° e di allungare le dita in avanti. (L'esaminatore pone un righello all'estremità delle dita del paziente, quando l'arto è a 90°. La dita non devono toccare il righello mentre il paziente si allunga in avanti). La registrazione della misura è indicata dalla distanza tra la posizione iniziale delle dita e quella terminale dopo il massimo allungamento in avanti. Quando è possibile chiedere al paziente di utilizzare entrambi gli arti superiori durante l'allungamento evitando così la rotazione del tronco). 4: Può allungarsi in avanti in modo sicuro per una lunghezza > 25 cm. 3: Può allungarsi in avanti in modo sicuro per una lunghezza > 12 cm. 2: Può allungarsi in avanti in modo sicuro per una lunghezza > 5 cm. 1: Si allunga in avanti ma ha bisogno di supervisione. 0: Perde l'equilibrio mentre tenta di allungarsi/ha bisogno di un supporto esterno.			
9. RECUPERARE UN OGGETTO DAL PAVIMENTO DALLA STAZIONE ERETTA ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di recuperare una scarpa/pantofola posta di fronte ai piedi. 4: Capace di recuperare la pantofola senza pericolo e facilmente. 3: Capace di recuperare la pantofola, ma ha bisogno di supervisione. 2: Incapace di recuperare la pantofola, ma arriva a 2-5 cm da essa e mantiene l'equilibrio. 1: Incapace di recuperare la pantofola e ha bisogno di supervisione mentre tenta. 0: Incapace di provare/ha bisogno di assistenza per non perdere l'equilibrio e non cadere.			
10. GIRARE LO SGUARDO A DESTRA E A SINISTRA OLTRE LE SPALLE IN STAZIONE ERETTA ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di voltare lo sguardo a destra e poi a sinistra, oltre le spalle. L'esaminatore può porre un oggetto da guardare dietro al paziente per incoraggiarlo ad eseguire meglio la torsione. 4: Guarda dietro da entrambi i lati e misura bene gli spostamenti. 3: Guarda dietro da un lato solo dall'altro lato dimostra una lentezza negli spostamenti. 2: Si gira obliquamente, ma mantiene l'equilibrio. 1: Ha bisogno di supervisione quando si gira. 0: Ha bisogno di assistenza per non perdere l'equilibrio e non cadere.			
11. RUOTARE DI 360° ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di ruotare compiendo un cerchio. Pausa. Poi chiedere di ruotare nell'altra direzione. 4: Capace di ruotare di 360° senza pericolo in 4 secondi o meno. 3: Capace di ruotare di 360° senza pericolo da un lato solo in 4 secondi o meno. 2: Capace di ruotare di 360° senza pericolo ma lentamente. 1: Ha bisogno di supervisione o di suggerimenti verbali. 0: Ha bisogno di assistenza mentre ruota.			
12. PORRE ALTERNATIVAMENTE UN PIEDE SU UNO STEP O SU UNO SGABELLO MENTRE È IN STAZIONE ERETTA ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di porre ogni piede in modo alternato su uno step/sgabello. Continuare finché ogni piede ha toccato lo step per 4 tempi. 4: Capace di rimanere in piedi senza pericolo ed eseguire 8 step in 20 secondi. 3: Capace di rimanere in piedi ed eseguire 8 step in un tempo maggiore a 20 secondi. 2: Capace di eseguire 4 step senza aiuto ma con supervisione. 1: Capace di eseguire più di 2 step con minima assistenza. 0: Ha bisogno di assistenza per non cadere/incapace di eseguire il compito.			
13. STAZIONE ERETTA CON UN PIEDE DAVANTI ALL'ALTRO. ISTRUZIONI: (dimostrazione al paziente). Chiedere al paziente di porre direttamente un piede davanti all'altro. Se ciò non è possibile gli si chiede di fare un passo ad una distanza sufficientemente in avanti in modo che il tallone del piede anteriore sia davanti alla punta dell'altro. (Si assegna il punteggio 3 quando la lunghezza del passo dovrebbe eccedere la lunghezza dell'altro piede; l'ampiezza della base d'appoggio dovrebbe avvicinarsi all'ampiezza del cammino di un soggetto normale). 4: Capace di porre un piede davanti all'altro (a tandem) e mantenerli per 30 secondi. 3: Capace di porre un piede avanti all'altro e mantenerli per 30 secondi. 2: Capace di fare un piccolo passo e mantenerlo per 30 secondi. 1: Ha bisogno di aiuto nel passo, ma può mantenerlo per 15 secondi. 0: Perde l'equilibrio mentre avanza o rimane in stazione eretta.			
14. IN STAZIONE ERETTA SU UNA GAMBA SOLA. ISTRUZIONI: Chiedere al paziente di rimanere in piedi su una gamba senza sostenersi. 4: Capace di sollevare una gamba e mantenerla per > 10 secondi. 3: Capace di sollevare la gamba e mantenerla per 5-10 secondi. 2: Capace di sollevare la gamba e di mantenerla per un tempo uguale o maggiore a 3 secondi. 1: Cerca di sollevare la gamba, è incapace di mantenerla per più di 3 secondi, ma rimane in piedi autonomamente. 0: Incapace di provare o bisogno di assistenza per prevenire la caduta.			
Punteggio totale	 /56	 /56	 /56
Firma Fisioterapista	.....	.....	.....
≥ 45: paziente con bassa probabilità di caduta che deambula in sicurezza senza bisogno di ausilio.	☐	☐	☐
≥ 37: paziente che deambula in sicurezza con l'uso di un ausilio.	☐	☐	☐
≤ 36: 100% di rischio di caduta per pazienti che vivono in anziani che vivono in comunità.	☐	☐	☐



Applicare

Codice a
barra/

nosologico

Scheda di valutazione della sensibilità EmNSA-I

(Erasmus MC Modifications to the (revised) Nottingham Sensory Assessment - versione italiana)

Cognome e Nome

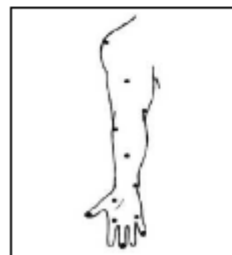
Data di nascita Data valutazione.....

Diagnosi:			Sinistra				Destra			
			TL	PR	PA	A/S	TL	PR	PA	A/S
SENSIBILITÀ TATTILE E DISCRIMINAZIONE PUNTA ACUMINATA/SMUSSA	Dita della mano									
	Mano									
	Avambraccio									
	Braccio									
	Totale Punteggio AS									
	Dita del piede									
	Piede									
	Gamba									
	Coscia									
	Totale Punteggio AI									

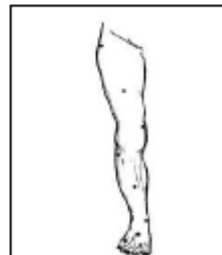
NOTE:

AS = arto superiore AI = arto inferiore 0 = assente 1 = ridotta 2 = normale
 TL = tocco leggero PR = pressione NV = non valutabile
 PA = punta acuminata
 A/S = discriminazione punta acuminata/smussa

PROPRIOCEZIONE (vedi Appendice II per le prese)	SX	DX	STEREOGNOSI	SX	DX
Dita della mano			Pettine		
Polso			Matita		
Gomito			Spugna		
Spalla			Asciugamano		
Totale Punteggio AS			Bicchiera		
Dita del piede			Totale	/10	/10
Caviglia			NOTE:		
Ginocchio					
Anca					
Totale Punteggio AI					



**Punti esatti di contatto per valutare
la sensibilità tattile e
discriminazione punta
acuminata/smussa**
Per la descrizione dettagliata dei
punti di contatto vedi Appendice



Firma esaminatore



SCALA PER LA VALUTAZIONE E CLASSIFICAZIONE DELL'ATASSIA S.A.R.A.

(Scale for the Assessment and Rating of Ataxia)

(T. Klockgether et al., 2004)

Data: _____

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

1. CAMMINO		2. STAZIONE ERETTA	
Al soggetto viene richiesto di camminare parallelamente ad un muro, mantenendo una distanza sicura, eseguire un mezzo giro volgendo nella direzione opposta e camminare a tandem (con un piede davanti all'altro in modo che il tallone tocchi la punta dell'altro piede) senza appoggio.		Al soggetto viene chiesto di stare in piedi nella sua postura naturale con i piedi uniti (gli alluci si devono toccare) e a tandem (con i piedi in linea uno davanti all'altro in modo che il tallone di un piede tocchi le dita dell'altro piede). Il soggetto compie la prova senza scarpe e mantiene gli occhi aperti. Per ogni prova sono consentiti 3 tentativi. Il punteggio viene assegnato al tentativo migliore.	
0	Normale, nessuna difficoltà nel cammino, nel girarsi e nel cammino a tandem (è consentito al massimo un errore nel posizionamento del piede).	0	Normale, in grado di mantenere la posizione a tandem per più di 10 secondi.
1	Minima difficoltà visibile solo durante 10 passi consecutivi nel cammino a tandem.	1	In grado di mantenere la posizione eretta con piedi uniti senza oscillare, ma non in grado di mantenere la posizione a tandem per più di 10 secondi.
2	Cammino a tandem chiaramente anormale, il soggetto non riesce a compiere più di 10 passi.	2	In grado di mantenere la posizione eretta a piedi uniti per più di 10 secondi, ma con oscillazioni.
3	Cammino piuttosto instabile, difficoltà nel mezzo giro, ma senza necessità di appoggio.	3	In grado di mantenere la posizione eretta per più di 10 secondi senza appoggio in posizione naturale, ma non con i piedi uniti.
4	Cammino notevolmente instabile, occasionale necessità di appoggio al muro.	4	In grado di mantenere la posizione eretta per più di 10 secondi in posizione naturale con occasionale necessità di appoggio.
5	Cammino gravemente instabile, necessario il supporto di un bastone o il leggero supporto di un braccio.	5	In grado di mantenere la posizione eretta per più di 10 secondi in posizione naturale con supporto costante di un braccio.
6	Cammino superiore a 10 metri possibile solamente con notevole supporto (2 tripod/quadripodi o rollator/deambulatore/walker o persona che assiste il soggetto).	6	Non in grado di mantenere la posizione eretta per più di 10 secondi, nemmeno con supporto costante.
7	Cammino inferiore a 10 metri possibile solamente con notevole supporto (2 tripod/quadripodi o rollator/deambulatore/walker o persona che assiste il soggetto).		
8	Non in grado di camminare, anche se sostenuto.		
Punteggio _____		Punteggio _____	
3. POSIZIONE SEDUTA		4. LINGUAGGIO	
Al soggetto viene richiesto di mantenere la posizione seduta senza l'appoggio dei piedi, con gli occhi aperti e le braccia dritte davanti a sé.		Il linguaggio viene valutato durante una conversazione normale.	
0	Normale, nessuna difficoltà a mantenere la posizione seduta per più di 10 secondi.	0	Normale.
1	Lieve difficoltà, presenza di oscillazioni intermittenti.	1	Sospetto di disturbo del linguaggio (le parole sono leggermente scandite).
2	Costante oscillazione, ma in grado di mantenere la posizione seduta per più di 10 secondi senza supporto.	2	Alterazione del linguaggio, che comunque risulta comprensibile.
3	In grado di mantenere la posizione seduta per più di 10 secondi con sostegno occasionale.	3	Alcune parole risultano difficili da capire.
4	Incapace di mantenere la posizione seduta per più di 10 secondi senza supporto continuo.	4	Molte parole risultano difficili da capire.
		5	Solo parole singole risultano comprensibili.
		6	Il linguaggio non risulta intelligibile (anartria).
Punteggio _____		Punteggio _____	

5. RAGGIUNGIMENTI DI MIRE CON L'ARTO SUPERIORE

Si valuta separatamente ogni lato.

Il soggetto siede in posizione confortevole. Se necessario è consentito l'appoggio del piede a terra e il supporto del tronco. L'esaminatore siede di fronte al soggetto ed effettua 5 movimenti di puntamento improvvisi e rapidi in direzioni imprevedibili sul piano frontale, a circa la metà della distanza che il soggetto riesce a raggiungere con il braccio teso.

1 movimento devono avere un'ampiezza di 30 cm e una frequenza di 1 movimento ogni 2 secondi. Al soggetto viene richiesto di seguire i movimenti dell'esaminatore con il proprio dito indice, il più velocemente possibile. Viene valutata la performance media degli ultimi 3 movimenti.

0	No dismetria.
1	Dismetria - distanza dal target in eccesso o per difetto inferiore a 5 cm.
2	Dismetria - distanza dal target in eccesso o per difetto inferiore a 15 cm.
3	Dismetria - distanza dal target in eccesso o per difetto superiore a 15 cm.
4	Non in grado di eseguire 5 movimenti di raggiungimento di mire.

Punteggio ds _____ sn _____

Media dei due lati (ds + sn)/2: _____

Note:

6. TEST INDICE-NASO

Si valuta separatamente ogni lato.

Il soggetto siede in posizione confortevole. Se necessario è consentito l'appoggio del piede a terra e il supporto del tronco. Al soggetto viene chiesto di toccare ripetutamente con il suo dito indice prima il proprio naso e poi il dito dell'esaminatore che si trova di fronte al soggetto. I movimenti sono eseguiti a velocità moderata. La performance media viene valutata a seconda dell'ampiezza del tremore durante il movimento.

0	Nessun tremore
1	Tremore con ampiezza inferiore a 2 cm.
2	Tremore con ampiezza inferiore a 5 cm.
3	Tremore con ampiezza superiore a 5 cm.
4	Non in grado di eseguire 5 movimenti.

Punteggio ds _____ sn _____

Media dei due lati (ds + sn)/2: _____

Note:

7. MOVIMENTI RAPIDI ALTERNATI DELLE MANI (diadococinesia)

Si valuta separatamente ogni lato

Il soggetto siede in posizione confortevole. Se necessario è consentito l'appoggio del piede a terra e il supporto del tronco. Al soggetto viene chiesto di eseguire 10 cicli di movimenti rapidi alternati di pronazione-supinazione delle mani sulla propria coscia il più veloce e preciso possibile. L'esaminatore mostra il movimento ad una velocità di circa 10 cicli in meno di 7 secondi. È richiesta la registrazione dei tempi esatti di esecuzione di prova.

0	Normale, nessuna irregolarità (prova completata in meno di 10 secondi).
1	Lievemente irregolare (prova completata in meno di 10 secondi).
2	Chiaramente irregolare, movimenti singoli difficili da distinguere o ci sono interruzioni significative, ma completata in meno di 10 secondi.
3	Molto irregolare, movimenti singoli difficili da distinguere o ci sono interruzioni significative, completata in più di 10 secondi.
4	Non in grado di completare 10 cicli.

Punteggio ds _____ sn _____

Media dei due lati (ds + sn)/2: _____

Note:

8. PROVA TALLONE-GINOCCHIO

Si valuta separatamente ogni lato

Il soggetto è supino sul lettino, in modo da non vedere le proprie gambe. Al soggetto viene chiesto di sollevare l'arto inferiore, toccare con il tallone il ginocchio opposto, scivolare giù lungo la gamba fino alla caviglia, e riposizionare l'arto sul lettino. Il compito viene ripetuto 3 volte. Il movimento di scivolamento lungo la gamba deve essere completato il più velocemente possibile. Se il soggetto esegue la prova tutte e tre le volte senza contatto tra tallone e gamba controlaterale, il punteggio assegnato è 4.

0	Normale
1	Lievemente anormale, viene mantenuto il contatto tra tallone e gamba.
2	Chiaramente anormale, il tallone si stacca dalla gamba fino a 3 volte durante i 3 tentativi.
3	Gravemente anormale, il tallone si stacca dalla gamba 4 o più volte durante i 3 tentativi.
4	Non in grado di eseguire la prova.

Punteggio ds _____ sn _____

Media dei due lati (ds + sn)/2: _____

Note:

Firma Esaminatore



Applicare
Codice a
barre/
nosologico

Cognome e Nome: Data di nascita

RIADATTAMENTO ALLA POSTURA SEDUTA IN CARROZZINA

DATA	PA Inizio	PA Fine	FC Inizio	FC Fine	Tempo	Firma FT.
M						
P						
M						
P						
M						
P						
M						
P						
M						
P						
M						
P						

OSSERVAZIONI:

**RIADATTAMENTO ALLA VERTICALIZZAZIONE: STANDING
LETTO STATICA**

DATA	Gradi d'inclinazione	PA Inizio	PA Fine	FC Inizio	FC Fine	Tempo	Firma FT

OSSERVAZIONI:

QUESTA SCHEDA VA COMPILATA DAL FT ED INSERITA NELL'AREA FUNZIONI SENSOMOTORIE DELLA 2 SEZIONE

C:/Modulistica 2013/062_Riadattamento alla postura in carrozzina



SCHEDA PER IL CONFEZIONAMENTO DI ORTESI E CAST SERIALI

Cognome e Nome:

Data di nascita:

Data	Tratt.to ☐ bt-a ☐ fenolo	Articolazione	Lato	PROM	Dolore	Lesioni Da Decubito	Obiettivo	Programma	Fisioterapista
	☐ si ☐ no				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no			
	☐ si ☐ no				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no			
	☐ si ☐ no				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no			
	☐ si ☐ no				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no			
	☐ si ☐ no				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no			
	☐ si ☐ no				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no			

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

4. area mobilità- trasferimenti

Comprende obiettivi relativi a:

- recupero dell'autonomia di trasferimenti, locomozione
deambulazione, scale

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Esempio di Schede specifiche per area funzioni mobilità- trasferimenti:

1. Scheda valutazione del cammino
2. Altre schede secondo necessità



VALUTAZIONE DEL CAMMINO

Cognome e Nome

Data di Nascita

FUNCTIONAL AMBULATION CLASSIFICATION (FAC) ¹	Data	Data	Data	Data
Deambulazione non funzionale: il soggetto non è in grado di camminare, deambula solo tra le parallele o con supervisione o assistenza fisica di più di una persona per deambulare in sicurezza fuori dalle parallele	0	0	0	0
Deambulazione dipendente da Assistenza fisica (livello 2): Assistenza fisica di una persona con contatto continuo su superficie piana per sostenere il paziente e controllare equilibrio e coordinazione	1	1	1	1
Deambulazione dipendente da Assistenza fisica (livello 1): Assistenza fisica di non più di una persona su superfici piane con contatto intermittente o leggero, per assistere il paziente nel controllo dell'equilibrio e della coordinazione	2	2	2	2
Deambulazione dipendente dalla supervisione: Il soggetto può deambulare senza contatto fisico su superfici piane. Necessita della sola supervisione di non più di una persona per consigli e sulla coordinazione e l'affaticamento	3	3	3	3
Deambulazione indipendente su superfici piane: Il soggetto, può deambulare autonomamente su superfici piane, mentre necessita di supervisione o assistenza fisica per superfici non piane, piani inclinati o scale	4	4	4	4
Deambulazione indipendente: Il soggetto è indipendente su tutte le superfici e scale	5	5	5	5
Firma Ft				

SIX MINUTES WALKING TEST ²						
Peso Kg	Altezza cm.		Età			
Data	FC I b/m	FC F b/m	Distanza	V m/sec	Note, ausili	Firma Ft

TEST 10 METRI velocità libera ³					TEST 10 METRI velocità massima ³				
Data	T 1 sec	T2 sec	T Media sec	V Media m/sec	T1 sec	T 2 sec	T Media sec	V Media m/sec	Firma Ft

TIMED UP & GO ⁴			
Data	Tempo in secondi	Note, Ausili	Firma Ft

Osservazioni

.....

.....

.....

1) Holden KR, Gill KH, Maglasi HR, Nathan J, Pohl-Baier L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. Phys Ther 1984;64:35-46.
2) Dean CM, Richards CL, Nakada F. Walking speed over 30 metres overestimates locomotor capacity after stroke Clin Rehabil 2001; 15: 405-421.
3) Duncan PW, Sullivan KO, Behrman AL, et al. Protocol for the Locomotor Experience Applied Post-stroke (LEAPS) trial: A randomized controlled trial. BMC Neurology 2007; 7(1):29.
4) The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991 Feb;39(2):142-8. Podsiadlo D, Richardson S. Division of Geriatrics, Royal Victoria Hospital, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

5. area competenze comunicativo-relazionali

Comprende obiettivi relativi a:

- recupero di **responsività e contatto con l'ambiente**
- capacità **comunicative di base** (anche non linguistiche)
- **orientamento e consapevolezza** generale di situazione

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Esempio di Schede specifiche per area competenze comunicativo-relazionali:

1. Scheda valutazione dello stato di coscienza CRS-R
2. Scheda EFA
3. Altre schede secondo necessità



JFK COMA RECOVERY SCALE-REVISED 2004
(Giacino, Kalmar and Whyte, 2004)
VERSIONE ITALIANA 2007

Applicare

Codice a barre/

Cognome e Nome

Data di nascita

Scheda di registrazione

Questa scheda dovrebbe essere utilizzata solo insieme con le "Linee guida per le modalità di impiego e di determinazione del punteggio della CRS-R" che forniscono le istruzioni per la somministrazione standardizzata della scala

	Data				
SCALA PER LA FUNZIONE UDITIVA					
4	Movimenti consistenti su ordine*				
3	Movimenti riproducibili su ordine*				
2	Localizzazione del suono				
1	Reazioni di sussulto uditivo				
0	Nessuna risposta				
SCALA PER LA FUNZIONE VISIVA					
5	Riconoscimento dell'oggetto*				
4	Localizzazione dell'oggetto: raggiungimento*				
3	Inseguimento visivo*				
2	Fissazione*				
1	Reazione di sussulto visivo				
0	Nessuna risposta				
SCALA PER LA FUNZIONE MOTORIA					
6	Uso funzionale dell'oggetto†				
5	Risposte motorie automatiche*				
4	Manipolazione degli oggetti*				
3	Localizzazione dello stimolo nocicettivo*				
2	Allontanamento in flessione				
1	Postura anomala				
0	Nessuna risposta/flaccidità				
SCALA PER LA FUNZIONE MOTORIA ORALE/VERBALE					
3	Verbalizzazione comprensibile*				
2	Vocalizzazione/movimenti orali				
1	Movimenti orali riflessi				
0	Nessuna risposta				
SCALA PER LA COMUNICAZIONE					
2	Funzionale: appropriata†				
1	Non funzionale: intenzionale*				
0	Nessuna risposta				
SCALA PER LA VIGILANZA					
3	Attenzione				
2	Apertura degli occhi senza stimolazione				
1	Apertura degli occhi con stimolazione				
0	Non risvegliabile				
PUNTEGGIO TOTALE					
Firma valutatore					

* Indica Stato di Minima Coscienza

† Indica emergenza dallo Stato di Minima Coscienza



Applicare
Codice a barre/
nosologico

EARLY FUNCTION ABILITIES (EFA)

Data

Cognome e Nome

Data di nascita

LIVELLO	1	2	3	4	5
Abilità:	-assente -non chiaramente riconoscibile	-appena riconoscibile -instabile -afinalizzato/indifferenziato -severamente limitato	-chiaramente riconoscibile -stabile -finalizzato/legg. differenziato -moderatamente limitato	-finalizzato e differenziato -lievemente limitato	-nessuna sostanziale limitazione
A) AREA DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO					
1. Stabilità vegetativa	-considerevolmente instabile a riposo -richiede monitoraggio continuo -richiede continua terapia farmacologica -terapia a letto	-a riposo è stabile per la maggior parte del tempo -instabile se sottoposto a lievi stimoli -occas. necessita monitoraggio -terapie specifiche al bisogno (-per controllo stabilità vegetativo)	-stabile a riposo e durante attività -instabile se sottoposto a forti stimolazioni -monitoraggio non più necessario -terapia farmacologica non più necessaria -stabile durante gli esercizi	-stabile a riposo e in attività -reazioni vegetative leggermente aumentate quando sottoposto a stimoli forti o a sforzi di durata >10min e <1 ora	-stabile -non aumento delle reazioni vegetative anche per stimoli forti e sotto sforzo per periodi > 1 ora
2. Vigilanza Affaticabilità	-non chiaro ritmo sonno/veglia -fasi veglia durante la notte -dorme a lungo durante il giorno	-iniziali segni di instaurazione di un ritmo sonno/veglia -rare fasi di veglia si notte -dorme ancora a lungo durante il giorno	-ritmo sonno/veglia stabile -si affatica rapidamente in caso di attività/sforzi di durata <10 min	-si affatica in caso di attività/sforzi di durata >10 min e <60 min	-non si affatica durante attività di durata > 1ora
3. Posture	-mantiene principalmente o solamente la postura supina per tempi < 1ora -mantiene la postura laterale per tempi <20 min -necess. di molti ausili posturali	-in grado di mantenere la postura laterale sinistra o destra per periodi di durata >20min e <1ora	-in grado di mantenere la postura laterale sinistra o destra per periodi di durata >1 ora e <2ore -numero di ausili posizionali aumentato	-mantiene la postura laterale su entrambi i lati per più di 2ore -il numero degli ausili posizionali è solo lievemente aumentato	-postura laterale su entrambi i lati per tempi >2ore o non più necessaria -numero di ausili posizionali nei limiti di norma
4. Eliminazione	-nessun controllo -necessario catetere e/o purghe -feci spalmate -evacuazioni/minzioni a letto	-può avere ancora bisogno del catetere e/o purghe -tollerare il pannolone/pappagalio -si agita quando il letto è bagnato, instabile	-controllo iniziale -catetere non più necessario -particolarmente agitato quando desidera urinare od evacuare, instabile -training vescicale / utilizzo iniziale del water	-continenza diurna -a volte si bagna ancora di notte -segnala quando desidera urinare o defecare in modo affidabile -pannolone non più necess	-continente
B) AREA DELLE FUNZIONI ORO-FACCIALI					
5. Stimolazione orofacciale ed Igiene orale	-stimolazione quasi impossibile -necessità di assistenza per igiene orale perché agitato o non reattivo -non collaborante	-stimolazione gravemente limitata (a gengive e denti esternamente) -possibile debole reazione -non collaborante	-stimolazione moderat. limitata -spazzolamento esterno dei denti senza problemi e parzialmente anche dall'interno -parzialmente collaborante (apre la bocca)	-stimolaz. senza problemi (compresi palato e lingua) -spazzolamento dei denti senza problemi (può avere ancora bisogno di qualche aiuto) -buona collab. (si sciacqua)	-stimolazione non più necessaria -spazzolamento dei denti senza problemi
6. Deglutizione	-può essere osservata o stimolata raramente o per nulla -eccessiva salivazione, aspirazione	-deglutizione di saliva più frequente -può essere stimolata più facil. -in posizione supina aspira più	-comincia l'addestramento alla alimentazione con cibo semisolido -problemi nel trasporto del bolo -aspirazione di liquidi	-assume cibo solido abbastanza facilmente -troppo lento / frettoloso -raramente aspira liquidi	-si alimenta e assume i liquidi necessari solo per os -non ci sono rischi di aspirazione

		frequentemente			
7. Movimenti della lingua / masticazione	-assenza di movimento o continui movimenti automatici -masticazione non possibile/riflesso del morso	-comportamento parzialmente automatico (può essere fermato) -esegue limitati esercizi di masticazione con la garza (movimenti di masticazione alto-basso/ non rotazione)	-movimenti della lingua appropriati (in numero ancora limitato) -movimenti di masticazione eccessivi o ridotti (ancora con la garza) -non differenziazione di consistenze	-sono ancora possibili problemi di movimento in certe direzioni -non c'è più bisogno della garza -apprezzamento di diverse consistenze con chiusura delle labbra -ancora possibili movim. troppo lenti/frettolosi o utilizza solo un lato	-non limitazioni funzionali della flessibilità linguale e della masticazione
8. Mimica	-non riconoscibile innervazione dei muscoli mimici appropriata -amimico/comportamento automatico	-possono essere osservati movimenti espressivi spontanei o reattivi (riso/pianto ecc.) -ancora instabile/inappropriato	-movimenti espressivi spontanei e appropriati -scarsa differenziazione -fa smorfie -inizio di collaborazione con movimenti facilitati	-mimica appropriata e differenziata -collabor. buona in terapia -possibile debolezza monolaterale -possibili limitazioni dovute a problemi psicologici o psico-organici	-Sono possibili tutti i movimenti mimici senza limiti funzionali
C) AREA DELLE FUNZIONI SENSO-MOTORIE					
9. Tono	-nessuno aggiustamento tonico riconoscibile -paralisi flaccida o spastica/rigida generalizzata	-asimmetria di distribuzione della paresi (arti superiori vs inferiori e/o netta preminenza di lato) -nell'arto "migliore" lievi aggiustamenti tonici	-nell'arto migliore c'è un aggiustamento tonico -posizionamento con posture inibenti facilitanti -sinergie "di massa" in caso di movimento volontario	-tono patologico in alcune aree del corpo (ad esempio emilato) -negli "arti migliori" aggiustamenti posturali e posizionamento possibili	-in posizione aggiustamenti tonici fisiologici e posizionam. possibile in tutte le posizioni -tono patologico solo in caso di movimenti/cambiamenti di posture inibenti ad esempio reazioni associate
10. Controllo del capo	-non controllo del capo riconoscibile	-in terapia lieve aggiustamento tonico -collaborazione -si iniziano a riconoscere reazioni di aggiustamento del capo	-sollevamento attivo del capo possibile (a seconda della situazione) -possibili reazioni di aggiustamento del capo asimmetriche	-reazione attiva e simmetrica di sollevamento del capo senza bisogno di pretrattamento, -possibile per un tempo di durata < 10min	-reazione attiva e simmetrica di sollevamento del capo senza pretrattamento -possibile per un tempo di durata > 10 min
11. Controllo del tronco / Stazione Seduta	-totalmente passivo, non può assumere la posizione seduta (ad esempio a causa di instabilità vegetativa o spasticità generalizzata in flessione o estensione)	-può stare seduto passivamente con speciali ausili (carrozzina) o per tempi < 10min -non estensione attiva del tronco	-può stare seduto passivamente senza ausili speciali -iniziale estensione attiva del tronco (panca/usando le braccia)	-sta seduto per un tempo < 10min senza aiuto e senza utilizzare le mani -vi può essere asimmetria -non vi sono reazioni di bilanciamento	-sta seduto senza supporto per un tempo > 10 min -possibile leggera riduzione nelle reazioni di equilibrio
12. Trasferimenti	-totalmente passivo -necessita di 2 aiutanti o di ausili speciali (sollevatore, tavola per trasferimenti)	-passivo, non collabora ma c'è un aggiustamento parziale del tono -necessita di un aiutante, il trasferimento è difficoltoso	-collaborazione attiva parzialmente possibile (solleva il capo, fa' il ponte, si protende in avanti) -trasferimento ben realizzabile con l'aiuto di una persona	-buona collab attiva (carica su di una o entrambe le gambe o utilizza le braccia) -aiuto minimo di una persona	-indipendente nei trasferimenti senza rischi di cadute
13. Stazione eretta	-non possibile (instabilità vegetativa, fratture, contratture)	-possibile per brevi periodi (5-10min) e/o in stazione non completamente eretta -tavolo di statica o aiuto di 2 persone + splint	-sta eretto passivamente per tempi > 10 min -non estensione attiva del tronco -carico unilaterale -aiuto di 2 persone + splint	-sta eretto attivamente -carica su entrambi gli arti inferiori -aiuto di 1 persona+ utiliz. di splint/panca/appoggio a parete	-sta in piedi senza aiuto in mezzo alla stanza senza aiuto o ausili -vi possono ancora esservi delle asimmetrie
14. Motricità volontaria	-non riconoscibile alcuna attività volontaria	-attività volontaria riconoscibile (ad es. movimenti di difesa) -sinergie di massa	-attività volontaria -collaborazione in forma di contrazione muscolare concentrica (es. grasping ma non rilascio)	-attività volontaria -collaborazione in forma di contrazione muscolare sia di tipo concentrico che di tipo eccentrico (rilascio)	-possibili movimenti selettivi (vi può essere riduzione di forza)
15. Locomozione	-totalmente passivo	-trasporto attivo in carrozzina	-trasporto possibile in carrozzina da	-collab. attiva nella guida della	-si muove indipendentemente in

/mobilità in carrozzina	-trasporto attivo in carrozzina non ancora possibile	previo specifico trattamento -oppure trasporto passivo con sostegno per capo e tronco	autospinata con parziale sostegno attivo del tronco e controllo del capo	carr. (braccia/gambe) -e/o deambula per pochi passi con assistenza terapeutica	carrozzina e/o deambula con suff. sicurezza per distanze > 15 m (anche se con deambulatore, ecc)
D) AREA DELLE FUNZIONI COGNITIVE					
16. Informazioni tattili	-non riconoscibili chiare reazioni allo stimolo tattile	-reazioni specifiche allo stimolo tattile (ad es. vegetative, agitazione, cambiamenti di tono)	-reazioni appropriate e differenziate (ad es. adattamento del tono, rilassamento, movimenti di difesa appropriati allo stimolo)	-reazioni differenziate (es. grasping, prendere) -ancora difficoltà nel lasciare la presa, nell'applicare pressione e nella manipol. di oggetti	-grasping e afferramento adeguati -è in grado di rilasciare la presa, può sostenere oggetti -vi possono essere ancora diff. nel dosare la pressione
17. Informazioni visive	-non riconoscibili chiare reazioni a stimoli visivi, non focalizza	-reazione specifica allo stimolo allo stimolo visivo -può focalizzare per brevi periodi -non chiara capacità di seguire con lo sguardo	-focalizza appropriatamente in modo chiaro -si osservano sequenze di movimenti di inseguimento nel caso di oggetti nel campo visivo (per alcuni istanti)	-reazioni differenziate, focalizza, si osservano sequenze di mov. di inseguim. per periodi più lunghi -ricerca con gli occhi persino oggetti fuori dal campo visivo -è più distraibile	-attiva esplorazione visiva dell'ambiente -basso grado di distraibilità
18. Informazioni acustiche	-non riconoscibili chiare reazioni allo stimolo acustico	-reazioni specifiche allo stimolo acustico (es. startle, cambio di tono, vegetativo)	-reazioni appropriate (ad es. gira lo sguardo/testa, si rilassa)	-reazioni differenziate e distinguibili (ad es. in caso di voci familiari/non familiari)	-ascolta attivamente per lunghi periodi
19. Comunicazione	-non chiaramente riconoscibile	-aspecifica -riconoscibile la condizione attuale (di benessere, di fastidio) -comunicazione essenziale (accordo/ disaccordo)	-appropriato -approvazione/disapprovazione chiaramente riconoscibili -soddisfa parzialmente le richieste (ancora incostante) -non costante il cod. binario (si/no)	-soddisfa le richieste in modo costante -codice binario (si/no) costante	-codice binario più che costante -in grado di esprimere bisogni o comunicare informazioni spontaneamente / attivamente senza che gli vengano fatte domande
20. Abilità di cura di sé	-totalmente passivo nelle ADL	-passivo nelle ADL -lieve comprensione della situazione (adatta il tono, osserva la sequenza di movimenti)	-collabora parzialmente nelle ADL (inizia alcune attività, ma ancora non vi è un costante riconoscimento di oggetti)	-completa alcune attività da solo, riconosce e usa correttamente alcuni oggetti, -ha bisogno di aiuto nel preparare, strutturare, iniziare e completare una data attività	-è in grado di portare a termine un compito della vita di ogni giorno più complesso per lo più da solo (possibilmente richiede aiuto in caso di situazioni non familiari o bassa concentraz.)

Prima valutazione: Data Punteggio complessivo

Fisioterapista (nome) Firma

Seconda valutazione: Data Punteggio complessivo

Fisioterapista (nome) Firma

Terza valutazione: Data Punteggio complessivo

Fisioterapista (nome) Firma

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

6. area competenze cognitivo-comportamentali

Comprende obiettivi relativi a:

- recupero della **iniziativa e delle competenze sociali di base** (capacità di interazione con altri in situazioni ordinarie quotidiane)
- recupero di **menomazioni cognitive**
 - linguaggio
 - memoria
 - attenzione
 - pianificazione ...
- gestione **problematiche comportamentali**
 - disinibizione
 - affaccendamento
 - aggressività, ..

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

7. area autonomia nella cura della persona

Comprende obiettivi relativi al recupero delle capacità funzionali riguardanti:

- alimentazione
- igiene personale
- gestione degli sfinteri
- abbigliamento

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Esempio di Schede specifiche per l'area autonomia nella cura della persona

1. Scheda raccolta dati osservazione strutturata ADL
2. Altre schede secondo necessità



Applicare
Codice a barre/
nosologico

SCHEDA RACCOLTA DATI OSSERVAZIONE STRUTTURATA ADL

Cognome e Nome

Data di nascita

Inizio progetto ADL Termine progetto ADL

ATTIVITÀ	FIM inizio	FIM obiettivo	FIM	FIM	FIM	FIM	FIM finale
NUTRIRSI							
• Portare cibo e liquidi alla bocca:							
- con adattamenti							
- con supervisione e predisposizione (aprire contenitore, tagliare carne)							
- con assistenza:							
• gli mette la posata in mano							
• inoltre carica la posata							
• inoltre guida l'AS verso la bocca							
• Masticare							
• Deglutire							
Osservazioni							
RASSETTARSI							
• Lavarsi i denti							
• Pettinarsi							
• Lavarsi le mani							
• Lavarsi la faccia							
• Radarsi o truccarsi							
Osservazioni							
LAVARSI ED ASCIUGARSI							
• Arto superiore destro							
• Arto superiore sinistro							
• Torace							
• Addome							
• Area perineale anteriore							
• Area perineale posteriore (incluse le natiche)							
• Coscia destra							
• Coscia sinistra							
• Gamba e piede destro							
• Gamba e piede sinistro							
Osservazioni							
VESTITI/SVESTITI DALLA VITA IN SU							
• Infilare la testa							
• Infilare la 1° manica							
• Infilare la 2° manica							
• Sistemare la maglia sul tronco							
Osservazioni							

ATTIVITÀ	FIM inizio	FIM obiettivo	FIM	FIM	FIM	FIM	FIM finale
VESTITI/SVESTITI DALLA VITA IN GIÙ							
• Mutande:							
- Prima gamba							
- Seconda gamba							
- Sottobacino							
- Soprabacino							
• Pantaloni o gonna							
- Prima gamba							
- Seconda gamba							
- Sottobacino							
- Soprabacino							
- Allacciarsi (non si considera in presenza di elastici)							
• Calze							
- Primo piede							
- Secondo piede							
• Scarpe							
- Primo piede							
- Secondo piede							
Osservazioni							
IGIENE PERINEALE							
• Svestirsi							
• Lavarsi							
• Rivestirsi							
Osservazioni							
TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA							
• Mettersi a sedere sul letto							
- Rotazione a dx							
- Rotazione a sx							
- Mentre si raddrizza mette le gambe fuori dal letto							
• Predisporre la carrozzina							
- blocca i freni							
- sblocca le pedane rimuove il bracciolo							
• Trasferirsi							
- Manovre di scivolamento							
- Facendo perno sugli AAI							
- Alzandosi in piedi							
Osservazioni							
TRASFERIMENTO CARROZZINA/WC							
• Predisporre la carrozzina							
- Blocca i freni							
- Sblocca le pedane							
- Rimuove il bracciolo							
• Trasferirsi							
- Manovre di scivolamento							
- Facendo perno sugli AAI							
- Alzandosi in piedi							
Osservazioni							

ALLEGATO 1

CODICE COLORE

AUTONOMIA COMPLETA



C:\Medicenter 2013_ES_Raccolta dati ANL

ALLEGATO 2

CODICE COLORE

AUTONOMIA CON PREDISPOSIZIONE



C:\Medicenter 2013_ES_Raccolta dati ANL

ALLEGATO 3

CODICE COLORE

AUTONOMIA CON SUPERVISIONE



C:\Medicenter 2013_ES_Raccolta dati ANL

ALLEGATO 4

CODICE COLORE

NON AUTONOMO



C:\Medicenter 2013_ES_Raccolta dati ANL

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

8. area reinserimento e riadattamento sociale

Comprende obiettivi relativi:

- all'**adattamento alla situazione di disabilità** del paziente e del suo entourage
- alla **programmazione degli interventi assistenziali a lungo termine**
- al recupero di **autonomia nelle ADL secondarie**
 - gestione della casa
 - gestione delle proprie finanze
 - gestione del tempo libero
 - uso dei trasporti, ...
- al **reinserimento familiare, scolastico, lavorativo**

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

TERZA SEZIONE:

- **COMUNICAZIONE, EDUCAZIONE, INFORMAZIONE PER IL PAZIENTE E I FAMILIARI**

Questa sezione della cartella è dedicata a **informazioni sulla comunicazione/ informazione/addestramento del paziente e dei suoi familiari.**

Si incoraggia la **raccolta sistematica da parte del paziente e dei familiari delle loro impressioni, necessità, quesiti**, a proposito degli interventi riabilitativi.

Gli utenti hanno a disposizione **una scheda, contenente alcune semplici domande aperte riguardanti l'andamento della prova di domiciliazione (PDD).**

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Sono incluse in questa sezione **schede per la pianificazione, raccolta di informazioni e verifica delle attività di addestramento del paziente e dei familiari alla gestione delle problematiche disabilitanti**: gestione dei sistemi di nutrizione enterale, alimentazione, modalità di assunzione farmaci, igiene della persona, trasferimenti (dal letto, in carrozzina, salita-discesa dall'auto).

Sempre in questa sezione vengono riportati **i resoconti delle riunioni con i familiari ed il paziente e di altri momenti formativi o colloqui con gli utenti.**

STRUTTURA DELLA CARTELLA INTEGRATA del Settore di Medicina Riabilitativa AOU Arcispedale S. Anna di Ferrara

Parti componenti:

- Resoconti delle riunioni familiari
- Resoconti dei periodi di affiancamento-addestramento dei familiari
- Resoconti incontri informativi/formativi con paziente/familiare
- Scheda di indicazioni del fine settimana
- Scheda diario del familiare della prova di domiciliazione



Applicare
Codice a
barre/
nosologico



SINTESI DELLA RIUNIONE FAMILIARE

Cognome e Nome

Data di nascita[illegible]

Firma Operatore verbalizzante: _____



Applicare
Codice a barre/
nosologico

SCHEDA ADDESTRAMENTO DEL FAMILIARE/CAREGIVER

Cognome e Nome paziente:

Data di nascita

Data	Nome Familiare/Caregiver	Attività in Addestramento*	Verifica del Risultato	Operatore
			☐ Positivo ☐ Da ripetere:	Qualifica* Nominativo Firma
			☐ Positivo ☐ Da ripetere:	Qualifica* Nominativo Firma
			☐ Positivo ☐ Da ripetere:	Qualifica* Nominativo Firma
			☐ Positivo ☐ Da ripetere:	Qualifica* Nominativo Firma
			☐ Positivo ☐ Da ripetere:	Qualifica* Nominativo Firma

* I: Infermiere; FT: Fisioterapista; LT: Logopedista; TO: Terapista Occupazionale; OSS: Operatore Socio Sanitario
Aree di Addestramento: indicazioni in generale (gestione intestinale, vescicale, comunicazione) e specifiche (gestione presidi di supporto, trasferimenti, deambulazione, ADL primarie)



INDICAZIONI AI FAMILIARI PER LE PROVE DI DOMICILIAZIONE

Cognome e Nome Data di nascita

Indicazioni infermieristiche relative a:

Modalità ed orari di assunzione della terapia farmacologica:

☐ Consegnata fotocopia foglio terapia

Evacuazioni

Orario minzione/cateterismo vescicale

Medicazioni

Eventuali controlli da effettuare:

☐ Glicemia

☐ Pressione arteriosa

☐ Bilancio idrico/nutrizionale

☐ Altro

Indicazioni fisioterapiche

Posture:

Ausili/ortesi:

Altro:

Indicazioni logopediche

Firma I, FT, LT

In caso di bisogno chiamare il numero ☐ 0532 238.829 - ☐ 0532 238.837



©/WaldenMedia2013/03/28. Rubrica economica usata all'interno della struttura



Applicare
Codice a barre/
nosologico



**DIARIO DEL FAMILIARE
DURANTE LE PROVE DI DOMICILIAZIONE**
(dal _____ al _____)

ISTRUZIONI AI FAMILIARI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

Questa scheda è stata realizzata con l'aiuto di alcuni familiari delle persone ricoverate; serve a raccogliere informazioni sui problemi che voi ed il vostro congiunto avete affrontato a casa, in modo da aiutarvi a risolverli.

Vi chiediamo di compilarla come una specie di "diario", in cui raccontate ciò che succede durante i giorni in cui il vostro congiunto è a casa.

Per facilitare la compilazione, vi sono alcune domande a cui dovrete cercare di rispondere; siete comunque liberi di riportare qualsiasi informazione che ritenete necessaria.

Al rientro dalle prove di domiciliamento, siete pregati di consegnare la scheda agli infermieri, che la inseriranno nella cartella clinica.

Potete consultare gli operatori per ogni chiarimento di cui avete necessità.

PAZIENTE

FAMILIARE CHE HA COMPILATO LA SCHEDA

• **COM'È STATO IL COMPORTAMENTO DEL PAZIENTE A CASA?**

• **QUALI MIGLIORAMENTI AVETE RISPONTRATO RISPETTO ALLE PROVE DI DOMICILIAZIONE PRECEDENTI (se effettuate)?**

Segue

• **QUALI IMPREVISTI E DIFFICOLTÀ AVETE INCONTRATO A CASA?**

• **QUALI ESIGENZE E NECESSITÀ SONO EMERSE A CASA?**

• **CONTROLLI ESEGUITI:**

EVACUAZIONI:

PARAMETRI	PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7	PERIODO 8	PERIODO 9	PERIODO 10
PRESSIONE ARTERIOSA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA
GLICEMIA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA
CATERISIMO ESTEMPORANEO QUANTITÀ	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA	DATA ORA

• **AVETE ALTRE OSSERVAZIONI O COMMENTI?**

DATA

FIRMA DEL FAMILIARE

IN QUALE CONTESTO?

Settore Riabilitazione

- UNITÀ OPERATIVA
DI MEDICINA
RIABILITATIVA
(UMR)

- UNITÀ OPERATIVA
GRAVI
CEREBROLESIONI
(UGC)

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

- UU.OO. di *riabilitazione intensiva* post-acuta;
- accoglimento dei pazienti spesso in continuità con i reparti per acuti, specie intensivistici;
- tipologia di pazienti: Stroke , Mielolesioni, Gravi Cerebrolesioni (complessità);
- provenienza dei pazienti da ambito provinciale, regionale, extraregionale;
- durata della degenza anche molto lunga (mesi).

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

1. Interventi riabilitativi intensivi in regime di ricovero ordinario (Codice disciplina 56, 28, 75).

Sono effettuati per pazienti affetti da *disabilità di varia origine e gravità* tale da rendere necessari:

- *tutela medica,*
- *interventi di nursing specificamente dedicato e articolato, nell'arco delle 24 ore*
- *intervento riabilitativo intensivo, interprofessionale e multicomprendivo, distribuito nell'arco della intera giornata,*
- *e/o monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento e/o valutazione).*

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

In particolare, l'**Unità Operativa Gravi Cerebrolesioni** è **centro Hub** della **rete Gracer** (Gravi Cerebrolesioni Emilia-Romagna).

Per patologie che richiedano **procedure interventistiche ad elevata complessità**, la possibilità di garantire parallelamente, l'**appropriatezza** ed **un livello di competenza elevato** è rappresentata dal ***modello in rete integrata "hub and spoke"***.

Questo modello permette di concentrare in
un **centro di riferimento, centro hub**,

le professionalità, gli aspetti strutturali, le tecnologie
che consentono di mantenere alto il livello di competenza,
mentre

i **centri periferici, centri spoke**,
debbono occuparsi della **diagnosi precoce** e, compatibilmente con le tempistiche previste,
inviare il paziente al centro di riferimento.

UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI E UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA

L'UGC è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da **esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (traumatismi cranio-encefalici, comi post-anossici, gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari)** che sono caratterizzate nell'evoluzione clinica:

- da un **periodo di coma più o meno protratto**
- dal **coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali**, che determinano **disabilità multiple e complesse** e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.

Componente essenziale dell'UGC è **l'area sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa** in grado di garantire:

- un'assistenza internistica intensiva
- un più strutturato ed assiduo trattamento riabilitativo
- un contatto quotidiano del paziente con i suoi familiari

**INDIVIDUARE OBIETTIVI SMART
(a breve termine)
nelle diverse aree di possibile
problematicità**

CASO CLINICO

FATTORI PERSONALI

Matteo, 36 aa, è ad oggi disoccupato a causa del fallimento della ditta (fabbricava bancali di legno) per cui lavorava come operaio. Il suo impiego era sia fisico che a computer. Possiede il diploma di scuola secondaria dell'Istituto professionale elettricista. E' destrimane.

Normopeso. E' celibe. Possiede la patente di guida per auto e moto.

I suoi hobbies sono sempre stati: leggere horror, gialli e fumetti, il motociclismo, andare a camminare e fare giri in bicicletta. Non usciva molto spesso, ma trascorreva parte delle sue giornate nel suo garage dove faceva un po' di lavoretti "fai da te".

Non assume alcol o droghe. Ha smesso di fumare 5 aa fa.

E' sempre stato un ragazzo calmo e con molto senso dell'umorismo.

Attualmente risulta essere più nervoso perché vorrebbe stare bene per tornare alla sua vita precedente, ripristinando anche i suoi hobbies (comprese le gite in moto).

FATTORI CONTESTUALI

Vive ad Ariano nel Polesine (RO) in un'abitazione al primo piano senza ascensore con 2 rampe di scale (da 576 gradini l'una) con corrimano da entrambi i lati, insieme ai suoi genitori. La casa si sviluppa tutta su un piano, non è molto grande ma le porte e le stanze sono abbastanza grandi per il passaggio della carrozzina.

Il padre ha 59 aa ed è un dipendente di un'azienda di macchine (possiede la patente), la madre ha 55 aa ed è una casalinga (non possiede la patente). M. ha anche una sorella di 25 aa (possiede la patente) che è disoccupata e vive a Bologna con il suo compagno, ma da dopo l'incidente si è trasferita dai suoi genitori per accompagnare la mamma a trovare M. tutte le sere in ospedale. Si è anche resa disponibile per accompagnarlo alle visite mediche.

In casa hanno anche un cagnolino di nome Oliver a cui M. tiene tanto.

Ha tre amici a cui è molto legato con i quali andava a fare i giri in moto.

Portatore di occhiali da vista.

- Ha in dotazione una bilancia con poggiatesta e pedane. In carrozzina è contenuto con una fascia pelvica.
- Utilizza il Conveen per la minzione e porta il pannolone

FATTORI CONTESTUALI

Ha in dotazione una bascula con poggiatesta e pedane. In carrozzina è contenuto con una fascia pelvica.

Utilizza il Conveen per la minzione e porta il pannolone.

Presenza valva gessata mano e avambraccio dx da 18 gg (nel controllo a cui si sottoporra il 9/05 a Modena decideranno quando toglierla); presenza tutore coscia e gamba sn che mantiene esteso il ginocchio che dovrà tenere fino a metà maggio almeno.

Farmaci assunti: plasil, pantorc e cardioaspirina.

Degente nell'ospedale di Riabilitazione "San Giorgio" di Ferrara nell'Unità Gravi Cerebrolesioni da 15 giorni. Non è definito un termine della degenza in quanto sarà da valutare in seguito.

La famiglia di M. non possiede una macchina adatta per il trasporto delle carrozzine.

E' già stata attivata la richiesta di invalidità.

Richiesto esame strumentale più accurato della visione.

CONDIZIONI DI SALUTE

Un mese fa (in data 26/03/2016) Matteo ha fatto un incidente contro un'auto mentre guidava la sua moto esitando grave TCE e politrauma. E' stato quindi trasferito d'urgenza presso il PS dell'Ospedale Maggiore di Bologna con punteggio GCS 3 e poi ricoverato in UO di rianimazione dove è stato sedato, intubato per via oro-tracheale e ventilato.

La TC Encefalo in acuto non ha mostrato alterazioni del parenchima. La TC Torace, addome e rachide in toto ha mostrato: falda pnx anteriore e antero-basale dx, fratture costali dalla III alla VII medio-anteriore sn, infrazione dalla IV alla IX costa di sn dorsalmente, ampia area lacero-contusiva lobo destro epatico, area contusivo-lacerativa a livello splenico e polo inferiore rene dx, versamento pleurico sn. E' stata quindi eseguita un'embolizzazione parziale dell'arteria epatica e della splenica con spirali.

Il giorno seguente è stata rieseguita la TC Encefalo che ha evidenziato aree ipodense temporo-occipito-parietali bilaterali, cortico-sottocorticali, cerebellari a sn, frontali e temporali a dx, nucleo caudato dx e dei talami; sofferenza dello splenio del corpo calloso; compressione dei ventricoli laterali e improntazione del terzo ventricolo. L'Angio-TC cerebrale e dei vasi epiaortici ha mostrato asimmetria delle arterie vertebrali (dx > sn).

CONDIZIONI DI SALUTE

- In data 28/03 si evidenzia maggior compressione dei ventricoli con lieve deviazione delle strutture della linea mediana verso sn. TC polso e mano dx mostrano: frattura epifisi radiale, dello stiloide ulnare, scafoide, semilunare, uncinato, III e IV metacarpo. TC ginocchio e gamba sn: frattura margine esterno della tibia, frammentazione apofisi tibiale anteriore.
- In data 29/03 il punteggio GCS è pari a 9 (3E+1V+5M) quindi viene sospesa la sedazione. Permangono aree lacero-contusive a livello epatico e splenico.
- Il 31/03 si evidenzia evoluzione aree ischemiche nelle aree dell'ACM dx e ACP di sn. Rimangono immutati i segni di dissezione del tratto craniale dell'ACI dx al collo.
- In data 2/04 viene estubato.
- Il 4/04 è posizionato un catetere tipo pig tail nel cavo pleurico dx a causa di incremento del versamento pleurico dx con atelettasia completa del polmone dx e comparsa versamento anche a sn.
- In data 5/04 assume dieta per os con cibi cremosi e viene rimosso il CVC.
- Il 10/04 sospendi gli alti flussi di O2 e si posiziona ventimask al 50% (precedente tentativo con occhiali nasali del 6/04 non andata a buon fine).

CONDIZIONI DI SALUTE

- Viene poi trasferito al Policlinico di Modena il giorno 11/04 per sottoporsi all'intervento di inserimento di placca e viti nell'epifisi radiale, riduzione e sintesi con fili di K IV e V CMC, sintesi con vite BSS frattura dello scafoide.
- Dopo altri 2 giorni passati all'ospedale Maggiore di Bologna viene dimesso per essere accolto in data 14/04 nell'Unità Gravi Cerebrolesioni dell'Ospedale di Riabilitazione "San Giorgio" di Ferrara.
- Nell'anamnesi patologica remota di Matteo si riscontrano: morbillo e varicella in età infantile, frattura mano dx ridotta con intervento chirurgico a 20 aa.
- Il pz ha miopia e astigmatismo.
- E' microcitemico e dopo l'incidente è insorta anche lieve anemia.
- E' allergico agli acari della polvere, intollerante ai latticini e ad alcune verdure (es. lattuga).
- Nell'anamnesi patologica familiare è presente IMA del padre.

STRUTTURA E FUNZIONE

ATTUALMENTE PRESENTA (a un mese dall'evento)

- LCF 5 (confuso inappropriato), talvolta pz assopito
- Cecità corticale
- Anosognosia principalmente in merito alla cecità corticale
- Orientamento spazio temporale parziale, compromesso soprattutto quello temporale, orientamento conservato rispetto ai propri dati personali
- Non presenti segni di disartria e afasia
- Deficit MBT e presenza amnesia post-traumatica
- Alimentazione per os con dieta normale
- Tosse volontaria efficace
- Respiro autonomo
- Situazione internistica stabilizzata
- Conservato controllo del tronco (TCT 100/100)
- PROM libero in tutte le direzioni in tutti i distretti valutabili degli AASS e degli AAII tranne nella dorsiflessione di entrambe le caviglie a ginocchio esteso: dx 5° e sn 5° e dorsiflessione dx ginocchio flesso 10° (NV prono-supinazione avambraccio dx, tutti movimenti di polso e mano dx, intra-extra rotazione e flessione anca sn, tutti i movimenti del ginocchio sn e dorsiflessione a ginocchio flesso sn)

STRUTTURA E FUNZIONE

ATTUALMENTE PRESENTA (a un mese dall'evento)

- **Sensibilità tattile** e discriminazione punta accuminata/smussa totalmente conservate nei distretti valutabili, punteggio EmNSA-I 2/2 in ogni distretto dell'AS e AI sn e dx in tutte le modalità di tocco (TL, PR, PA, A/S). NV mano e avambraccio dx e gamba e coscia sn. **Propriocezione** alterata a livello del gomito sn con punteggio EmNSA-I 1/2 e conservata in tutti gli altri distretti valutabili, punteggio EmNSA-I 2/2. NV mano e polso dx, ginocchio e anca sn. **Stereognosi** parzialmente conservata a sn, punteggio EmNSA-I 9/10 (M. non ha riconosciuto il bicchiere). NV a dx.
- **Ipostenia** AS dx > sn e AI sn > dx in assenza di deficit focali di forza. Punteggio Motricity Index: **AS dx** Pinza = NV, Flessione gomito = 19 (NV controresistenza), Abduzione spalla = 25. **AS sn** Pinza = 26, Flessione gomito = 33, Abduzione spalla = 33. **AI dx** Dorsiflessione caviglia = 33, Estensione ginocchio = 33, Flessione anca = 25. **AI sn** Dorsiflessione caviglia = 25, Estensione ginocchio = NV, Flessione anca = NV

STRUTTURA E FUNZIONE

ATTUALMENTE PRESENTA (a un mese dall'evento)

- **Lieve ipotrofia muscolare** a livello AS dx e AI sn
- **Lieve incremento del tono muscolare** (punteggio Ashworth =1/4) nei seguenti gruppi muscolari: estensori gomito sn, flessori gomito dx, soleo dx, gastrocnemio dx e sn. A livello di soleo e gastrocnemio è presente anche clono esauribile. NV flessori carpo dx, flessori dita dx, retto anteriore sn, ischiocrurali sn, soleo sn. In tutti gli altri distretti punteggio 0/4.
- **Presenza lesione lacero-contusa** regione anteriore gamba sn in via di riparazione
- **Non** permesso il **carico su AI sn**
- **Dolore** polso-mano dx NRS 5 che compare solo con movimenti rapidi avambraccio in prono-supinazione o se viene trazionato l'AS

ATTIVITÀ E **PARTECIPAZIONE**

ATTUALMENTE PRESENTA (a un mese dall'evento)

- La locomozione all'interno dell'ospedale avviene con una bascula spinta dagli operatori o dai familiari. Per le visite viene trasportato in barella dagli operatori
- Tollerare la stazione eretta per 15 minuti in carico monopodalico destro con standing
- Si nutre con minima assistenza: con i cibi liquidi (es. brodo) ha bisogno di un aiuto per portare il cibo alla bocca senza farlo cadere
- Necessita di minima assistenza anche nel rassettersi
- Per lavarsi necessita di assistenza intensa in quanto è in grado di lavarsi solo 4 aree (AS dx, torace, addome, area perineale anteriore) su 10
- Si veste dalla vita in su con assistenza moderata e dalla vita in giù con assistenza intensa
- Igiene perineale con assistenza intensa

ATTIVITÀ E **PARTECIPAZIONE**

ATTUALMENTE PRESENTA (a un mese dall'evento)

- Controllo sfinterico di alvo con assistenza totale e di vescica assistenza intensa
- Il trasferimento letto/carrozzina/letto avviene con assistenza moderata
- I trasferimenti sul wc e in vasca o doccia richiederebbero assistenza totale, ma al momento non sono nemmeno effettuati in quanto M. viene lavato e cambiato al letto
- Le scale non vengono effettuate
- La comprensione avviene tramite il canale uditivo ed è di contenuti semplici
- L'espressione è principalmente verbale ed il contenuto è semplice
- Il rapporto con altri è molto buono e adeguato

ATTIVITÀ E **PARTECIPAZIONE**

ATTUALMENTE PRESENTA (a un mese dall'evento)

- La soluzione dei problemi è discreta (es. se ha sete lo riferisce e chiede la sua bottiglia d'acqua), ma avendo le contenzioni il punteggio FIM è minimo.
- Per la memoria necessita di assistenza moderata
- Attualmente di notte è spesso agitato e tenta di rimuoversi tutore, pannolone e valva
- Sospese le gite in moto, i giri in bici e le camminate, sospesa la lettura, sospesi i lavoretti "fai da te"

Riferimenti

- Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, 7 maggio 1998
- Basaglia N., *Progettare la riabilitazione – Il lavoro in team interprofessionale*, Edi-ermes
- *Diario di Bordo per i Professionisti: Modalità di svolgimento delle Riunioni di team interprofessionale (strumento informativo del Settore Riabilitazione, DAI Neuroscienze/Riabilitazione, AOUIFE)*