

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 novembre 2013, n. 2067

Documento “Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva” - Approvazione.

L'Assessore al Welfare relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile della A.P. “Riabilitazione - Strutture residenziali e semi-residenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie”, dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 933 del 10/05/2011 è stato recepito il Documento approvato in Conferenza Stato-Regioni ad oggetto “Piano di indirizzo per la riabilitazione” che promuove:

- l'utilizzo di un “percorso assistenziale integrato” per le persone con disabilità e, nell'ambito di questo, la definizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari;
- individua le principali caratteristiche dei diversi setting assistenziali;
- garantisce alla persona con disabilità un percorso riabilitativo unico integrato all'interno della rete riabilitativa.

In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro coerente articolazione nell'ambito delle varie tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale, è stato necessario dare alle attività di riabilitazione un'organizzazione dipartimentale, così come anche previsto dallo stesso “Piano di indirizzo per la riabilitazione”.

A tal fine, è stato approvato il Regolamento regionale 4 marzo 2013, n.6 sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Inoltre, Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione sottolinea la necessità di definire i differenti settings riabilitativi, le dotazioni strutturali, strumentali, professionali ed i requisiti al fine di determinare l'appropriatezza delle prestazioni erogate in base ad una ben definita “mission”.

Pertanto, l'Unità di Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni regionale (UVARP), con la collaborazione della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) della Regione Puglia, ha provveduto ad elaborare un documento ad oggetto “Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva”, di cui all'allegato A al presente provvedimento e del quale si propone l'approvazione.

Il Documento in oggetto, sulla scorta della normativa di riferimento, delle evidenze internazionali di efficacia e delle nuove strategie di presa in cura riabilitativa, fornisce indicazioni sui criteri ed i requisiti dei vari setting riabilitativi al fine di stabilirne l'appropriatezza.

Il predetto documento è strutturato in modo da distinguere, nell'ambito del trattamento riabilitativo intensivo, 1) la Riabilitazione Intensiva individuata dal codice 56 2) la Riabilitazione Intensiva ad Alta specializzazione individuata dai codici 75 e 28, rimandando ad altro documento la trattazione per persone affette da disabilità gravi in età evolutiva e per persone con turbe neuropsicologiche acquisite.

Per ciò che concerne la Riabilitazione Intensiva cod. 56, il Documento individua l'ambito nel quale si svolge tale attività di riabilitazione, gli obiettivi degli interventi riabilitativi ed i protocolli di appropriatezza.

Per ciò che riguarda la la Riabilitazione Intensiva ad Alta specializzazione (cod. 75 e cod. 28), il Documento individua le fasi del percorso di presa in carico riabilitativa delle persone con grave cerebrolesione acquisita (cod.75) e delle persone con grave mielolesione acquisita (cod.28), unitamente ai criteri di trasferibilità da strutture di terapia intensiva a strutture riabilitative cod.75 ed alla classificazione in fase post acuta precoce dei pazienti con grave cerebrolesione e l'individuazione di percorsi differenziati.

Per quanto sopra, si propone alla Giunta regionale l'approvazione del documento “Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva” di cui all'allegato A, che fa parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, composto da n. 36 pagine.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

Il presente schema di provvedimento rientra nelle competenze della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera k) della L.R. 7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile della A.P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate

- di approvare il documento "Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva" di cui all'allegato A, che fa parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, composto da n. 36 pagine;
- di notificare il predetto documento, a cura del Servizio proponente, alle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici e Case di Cura;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/94 e l'inserimento nei siti internet della Regione Puglia e dell'A.Re.S.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Alba Sasso

**SIMFER ED UVAR
REGIONE PUGLIA**

***“Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione
Intensiva”***

Gruppo di Lavoro SIMFER ed UVAR Regione Puglia

Indice

1. Introduzione
2. Riabilitazione Intensiva (cod. 56)
3. Percorso Riabilitativo Unico
4. Valutazione di Congruità al ricovero ordinario in Riabilitazione Intensiva cod. 56 (Appropriatezza)
5. Ambiti di Patologia Riabilitativa Intensiva Ospedaliera
6. Riabilitazione Intensiva ad Alta Specializzazione
7. Unità ad Alta Specializzazione Riabilitativa per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (cod. 75)
8. Criteri di Trasferibilità da Strutture di Terapia Intensiva a Strutture Riabilitative cod. 75
9. Unità ad Alta Specializzazione Riabilitativa per Mielolesioni Acquisite (cod. 28)
10. Conclusioni
11. Riferimenti Bibliografici
12. Appendice

Il **Coordinamento Regionale UVAR** (Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri), preso atto delle Delibere del D.G. della ASL BA n° 535 del 2 marzo 2009 e del 22 settembre 2009 n. 2083, ha avviato un *"tavolo tecnico"* per attuare un *"atto regolamentare e linee guida interne"* utile a garantire, su tutto il territorio regionale, un'uniformità di controllo delle prestazioni di Riabilitazione nei diversi setting assistenziali.

Il Coordinamento Regionale UVAR inizialmente diretto dal Dott. Di Pietro e, successivamente, dal Dott. Picciariello, ha ufficialmente chiesto una collaborazione per la stesura dei **"Criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi intensivi ospedalieri"** alla SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa) della Regione Puglia.

Alla stesura del documento hanno partecipato per la SIMFER Puglia il Prof. Ranieri M., Dott. De Candia A., Dott. Multari V. e Prof. Fiore Pietro, Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa presso l'Università degli Studi di Foggia, vicepresidente della SIMFER Nazionale in sostituzione del Presidente Nazionale Prof. David Fletzer e per l'UVAR Regionale la Dott. ssa Foresta S. e il Dott. Giannuzzi P.

Il Gruppo regionale SIMFER in stretta intesa con la Direzione Nazionale della già citata Società Scientifica, ha accolto favorevolmente l'opportunità di collaborare con la Regione Puglia, così come è accaduto nelle altre Regioni, per fornire indicazioni sui criteri ed i requisiti dei vari setting riabilitativi utili a stabilire l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione, partendo dalla documentazione legislativa vigente.

Il Gruppo Regionale SIMFER, sulla scorta della documentazione legislativa di riferimento, delle evidenze internazionali di efficacia e delle nuove strategie di presa in cura riabilitativa di tutte le condizioni di menomazione e disabilità, nell'ambito di quelle che possono essere le peculiarità regionali di governo della sanità, si rende disponibile sin da ora per proporre un *"percorso guida"* che potrà eventualmente essere utile per migliorare l'efficacia delle prestazioni sanitarie che saranno rese e l'efficienza delle strutture proponenti, tenendo conto dei bisogni dell'Utente in termini di salute ed autonomia recuperata.

In riferimento alla problematica che riguarda l'appropriatezza dei **ricoveri ordinari e di Day Hospital in riabilitazione intensiva** si procede *in primis* alla definizione della tipologia del ricovero, stabilendo fin dalla presa in carico della persona disabile, i criteri utili per la valutazione da parte dell'UVAR.

La Riabilitazione Intensiva, la cui attività si svolge di regola nell'ambito di strutture di ricovero e cura, ospedaliere o extraospedaliere accreditate, è caratterizzata da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile a un *nursing* infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore.

Nell'ambito del trattamento riabilitativo intensivo distinguiamo:

- A) **Riabilitazione Intensiva (cod. 56)**
- B) **Riabilitazione Intensiva ad Alta Specializzazione.**

A) Riabilitazione Intensiva (cod. 56)

Si svolge nell'ambito di Unità Operative o strutture di recupero e rieducazione funzionale che erogano in regime di ricovero, interventi riabilitativi indifferibili di almeno tre ore giornaliere per:

- il recupero di menomazioni con disabilità importanti e complesse;
- disabilità modificabili che richiedono elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore),
- patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano che presentano situazioni di elevata complessità clinico-assistenziale che interagiscono con la prognosi riabilitativa.

Gli interventi hanno come obiettivo:

- Inquadramento e monitoraggio clinico;
- Valutazioni funzionali e strumentali;
- Elaborazione di un Progetto Riabilitativo Individuale e, attraverso uno o più programmi di riabilitazione, il ripristino di condizioni di autonomia e/o di gestibilità anche in ambito extra-ospedaliero(5).

La struttura di ricovero e cura deve prevedere la disponibilità di tecnologia diagnostico-terapeutica avanzata e/o supporto significativo di competenze medico-specialistiche diverse.

L'**intervento riabilitativo** nell'ambito delle Unità di Riabilitazione Intensiva (cod. 56) deve prevedere, nella sua formulazione, le seguenti indicazioni:

- *Scheda Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale*;
- Formulazione di una *diagnosi riabilitativa*;
- Formulazione di un *progetto riabilitativo individuale* (vedi "Percorso Riabilitativo Unico");
- Formulazione di *programmi riabilitativi* in linea con il progetto riabilitativo e identificanti gli *obiettivi* da raggiungere;
- Presa in carico del soggetto disabile da parte di una equipe interprofessionale che deve riconoscere al proprio interno il medico fisiatra responsabile del progetto riabilitativo, gli altri professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001 e il personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale;
- Almeno tre ore di attività riabilitativa-assistenziale per ciascun degente ripartita in relazione alle necessità individuate nel progetto riabilitativo;
- Rispetto degli attuali criteri di congruità relativi alle modalità di accesso al ricovero (direttamente dal reparto di acuzie o entro trenta giorni dopo il ricovero in un reparto di acuzie), alla severità e modificabilità del danno funzionale (attraverso misure di *outcome*), all'adeguatezza dell'organico rispetto ai posti letto, in termini di numero e figure professionali presenti (Medici specialisti in MFR, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Psicologi, Assistenti Sociali).

PERCORSO RIABILITATIVO UNICO

Il percorso riabilitativo-assistenziale prescritto nel **“Progetto Riabilitativo Individuale”**, approntato di regola dal Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione o equipollenti prima della dimissione dal reparto per acuti, deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma e quindi prevedere:

- 1) **Obiettivi a breve, medio e lungo termine e le azioni necessarie al raggiungimento degli stessi;**
- 2) **Firma del Medico Specialista in MFR o equipollenti responsabile del Progetto stesso condiviso da parte dei componenti del Team riabilitativo;**
- 3) **Programma Riabilitativo, specificando:**
 - aree d'intervento,
 - tempi e le modalità d'erogazione degli interventi,
 - operatori coinvolti,
 - strumenti di verifica di efficacia utilizzati (scale di valutazione) necessari a documentare i livelli di abilità raggiunti.

Tutte le fasi di attuazione e verifica del Progetto/Programma Riabilitativo devono risultare dalla Cartella Riabilitativa all'interno della Cartella Clinica, ove è presente anche la Cartella Infermieristica.

PERCORSO RIABILITATIVO UNICO		
Responsabile Unità Operativa	PRESA IN CARICO DELL'UTENTE	modalità di presa in carico da parte della struttura riabilitativa (criteri di ammissione/dimissione), nel rispetto dei criteri di accreditamento (Progetto di Struttura).
Specialista Medicina fisica e Riabilitativa (o equipollenti, come definito dal Piano d'indirizzo per la Riabilitazione).	DIAGNOSI RIABILITATIVA	- Definendo la patologia che ha determinato la disabilità; - Il grado di acuzie o cronicità della menomazione (indicando l'intervallo di tempo intercorso dall'evento acuto);
Specialista Medicina fisica e Riabilitativa (o equipollenti, come definito dal Piano d'indirizzo per la Riabilitazione) e Team Riabilitativo.	PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE	Registrato, insieme a tutte le attività assistenziali/riabilitative, all'interno della cartella clinica. Considerando: - Prognosi funzionale - Modificabilità del quadro di disabilità; - Il grado di stabilità clinica
Fisioterapista, Logopedista, Terapista occupazionale, Tecnico ortopedico ed i professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001.	PROGRAMMI RIABILITATIVI	Modalità e tempi d'erogazione delle singole prestazioni previste, a breve, medio e lungo termine.
Team Riabilitativo (medico specialista in riabilitazione, professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001), personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario - assistenziale)	VERIFICA E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Misure di esito atteso appropriate nei tempi predefiniti;

VALUTAZIONE DI CONGRUITA' AL RICOVERO ORDINARIO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA COD. 56 (APPROPRIATEZZA)

Fermo restando che la necessità di tutela medica è legata ad un alto rischio di potenziale instabilità clinica o comorbidità e prevede un regolare contatto diretto tra paziente e specialista, il ricovero ospedaliero in riabilitazione intensiva è **appropriato** se esistono (e possono essere verificate) le seguenti condizioni:

- in presenza di disabilità complessa (utilizzando strumenti di ponderazione della disabilità: scale);
- quando il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero (facendo riferimento a tempi definiti ed attraverso scale di valutazione possibilmente specifiche per tipo di disabilità), con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto o di farlo progredire nelle acquisizioni attraverso un altro livello di cure riabilitative;
- se le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazioni diagnostico-terapeutiche e prevalentemente riabilitative e di nursing ad elevata intensità (da parte del personale medico e paramedico) indifferibili e non erogabili efficientemente in regimi alternativi.

PROTOCOLLI DI APPROPRIATEZZA

Definizione: "procedure specifiche" da applicare in maniera standardizzata anche se con possibilità di adattamento individuale.

Premesse:

La Classificazione dell'attività riabilitativa di tipo intensivo avviene per **MDC (Major Diagnostic Category)**:

- 01 – Riabilitazione Neurologica (Sistema Nervoso)
- 04 – Riabilitazione Respiratoria (Sistema Respiratorio)
- 05 – Riabilitazione Cardiologica (Sistema Cardiocircolatorio)
- 08 – Riabilitazione Ortopedica (Sistema Muscolo-Scheletrico)

- 19 – Malattie e disturbi Mentali
- 23 – Fattori che influenzano lo stato di salute

La codifica dell'MDC è la traduzione in numeri di un percorso clinico e diretta conseguenza della "diagnosi riabilitativa" espressa nella diagnosi principale riportata nella **SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera)** secondo la codifica **ICD-9-CM (International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification)** con specifici **DRG (Diagnosis Related Group)**.

*Per la corretta codifica delle SDO dei ricoveri in ambito riabilitativo la SIMFER ritiene di poter condividere i criteri esplicitati nelle **Linee Guida della Regione Lazio 2006**.*

Ambiti di Patologia Riabilitativa Intensiva Ospedaliera (RIO)**MDC 01- RIO in Patologie del Sistema Nervoso**

Disabilità secondarie a:

1. Malattie cerebrovascolari, in particolare Ictus Cerebri;
2. Traumi cranioencefalici e midollari;
3. Malattie neuro-degenerative;
4. Cerebrolesioni e mielolesioni acquisite di natura neoplastica, post-chirurgica, infettiva, infiammatoria;
5. Malattie neuromuscolari

Fase Acuta		Latenza massima tra le 2 fasi	Trattamento Riab. Post-Acuto		Fase di completamento del Recupero		Fase degli Esiti	
Durata	Setting		Durata	Setting	Durata	Setting	Durata	Setting
Per patologia	U.O. per acuti	Trasferimento diretto o max. 30 gg. dalla dim. UO acuti.	60 gg.	U.O. Riab. Intensiva				
Processo								
			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: FIM e/o Barthel (Ricov. - Dimiss.)					

MDC 04 - RIO in Patologie dell'Apparato Respiratorio

Disabilità secondarie a:

1. Broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata;
2. Insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e problematiche di autonomia della respirazione (*weaning difficoltoso*);
3. Pazienti pre- e post-chirurgici (candidati ad interventi di chirurgia toracica o di chirurgia addominale maggiore che, a causa della presenza di patologia respiratoria associata che potrebbe precludere l'intervento, necessitano di adeguata preparazione);
4. Candidati a trapianto polmonare o cardio-polmonare o in riabilitazione post-trapianto;
5. Disturbi respiratori sonno correlati (DRSC);
6. Asma Bronchiale Moderato persistente o Grave persistente (*secondo La classificazione di gravità dell'asma delle Linee Guida GINA*);
7. Ipertensione Polmonare primitiva o secondaria con limitazione allo sforzo fisico (*classe NYHA III-IV*);
8. Pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva che richiedono programmi di svezzamento;
9. Pazienti portatori di cannula tracheostomica, provenienti da terapie intensive o che necessitano di programmi di svezzamento;
10. Malattie neuromuscolari/malattia del motoneurone con necessità di assistenza pneumologica e riabilitazione respiratoria;
11. Polmoniti o affezioni acute a lenta o complicata risoluzione;
12. Patologie restrittive del polmone (fibrotorace, interstiziopatie);
13. Disfunzione del diaframma e/o altri muscoli respiratori.

Fase Acuta		Latenza massima tra le 2 fasi	Trattamento Riab. Post-Acuto		Fase di completamento del Recupero		Fase degli Esiti	
Durata	Setting		Durata	Setting	Durata	Setting	Durata	Setting
Per patologia	- UO per acuti.	Trasferimento diretto o max. 30 gg. dalla dim. UO acuti. - Richiesta ricovero da parte dello specialista. (*)	30 gg.	U.O. Riab. Intensiva				
Processo								
			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: MRC (o BDI/TDI); SGRQ (o MRF26 o CAT); 6WDT.					

(*): premesso che la **Riabilitazione Intensiva** è diretta a *disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore;*

che nelle patologie cardiopolmonari "l'evento indice" può essere di difficile datazione a causa della disabilità progressiva, ma che in queste situazioni coincide spesso e comunque con una "condizione di necessità" (rischio elevato di aumento della disabilità individuale e conseguente difficile recupero a causa della presenza di indicatori prognostici negativi),

il ricovero in ambiente riabilitativo intensivo (cod. 56) può essere accolto anche da un Ambulatorio specialistico pneumologico solo se ne è documentata la congruità attraverso almeno uno dei seguenti criteri riconosciuti dalla Società Scientifica di riferimento AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri):

- peggioramento della dispnea secondo la scala MRC (Medical Research Council) o scala di BORG;
- presenza di dispnea nelle attività della vita quotidiana (ADL) con limitazione del quadro funzionale eventualmente definito attraverso scale o test (es. Barthel – 6WDT);
- almeno ≥ 2 riacutizzazioni della patologia pneumologica (documentate) all'anno;
- coesistenza gravi patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano;
- pazienti con patologia neurologica o neuromuscolare evolutiva (es. SLA) con interessamento respiratorio);
- peggioramento dei parametri emogasanalitici (EGA) o spirometrici (FEV1 o VC o DLCO) in paziente con comorbidità;

Tale approccio, inoltre, ha dimostrato in letteratura di ridurre a lungo termine il numero di accessi ai servizi d'emergenza, i ricoveri ripetuti in reparti per acuti - spesso inappropriati - e, di conseguenza, i relativi costi.

MDC 05 - RIO in Patologie dell'Apparato Cardiovascolare

Disabilità secondarie a:

1. Interventi di rivascularizzazione chirurgica (BPAC) o meccanica (PTCA);
2. Interventi di chirurgia sulle valvole;
3. Cardiopatia ischemica, in particolare infarto del miocardio;
4. Pazienti con scompenso cardiaco cronico noto che abbiano presentato un progressivo peggioramento dei sintomi e/o un progressivo deterioramento della capacità funzionale (peggioramento di almeno una classe NYHA) nonostante terapia specifica;
5. Pazienti che abbiano subito nell'ultimo anno una ospedalizzazione per insufficienza cardiaca acuta non seguita da riabilitazione;
6. Pazienti in lista per trapianto cardiaco;
7. Potenziali candidati a trapianto cardiaco definiti da età < 70 anni e da FE ventricolare sinistra < 30 % che necessitino di aggiornamento della situazione clinica e/o del trattamento terapeutico;
8. Pazienti già sottoposti a trapianto cardiaco;
9. Impianto di pace-maker e defibrillatore;
10. Arteriopatie ostruttive degli arti inferiori.

Fase Acuta		Latenza massima tra le 2 fasi	Trattamento Riab. Post-Acuto		Fase di completamento del Recupero		Fase degli Esiti	
Durata	Setting		Durata	Setting	Durata	Setting	Durata	Setting
Per patologie acute	- UO per acuti.	Trasferimento diretto o max. 30 gg. dalla dim. UO acuti - Richiesta ricovero da parte dello specialista(*)	30 gg.	U.O. Riab. Intensiva				
			Processo					
			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: -FIM e/o Barthel; -Livello di Mobilità ed eventuale 6WDT. (Ricov.- Dimiss.)					

(*): premesso che la **Riabilitazione Intensiva** è diretta a disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore; che nelle patologie cardiopolmonari "l'evento indice" può essere di difficile datazione a causa della disabilità progressiva, ma che in queste situazioni coincide spesso e comunque con una "condizione di necessità" (rischio elevato di aumento della disabilità individuale e conseguente difficile recupero a causa della presenza di indicatori prognostici negativi),

il ricovero in ambiente riabilitativo intensivo (cod. 56), può essere appropriato anche per pazienti provenienti da ambulatori specialistici cardiologici per i pazienti indicati nei punti 4, 5, 6, 7, 8.

MDC 08 - RIO in Patologie dell'Apparato Locomotore

- Disabilità secondarie a:

1. Traumi e fratture a livello degli arti inferiori, tronco e bacino, arti superiori;
2. Fratture patologiche;
3. Interventi per impianto di protesi articolari;
4. Politraumatizzati;
5. Prolungato allettamento con grave deficit funzionale ed ipomiotrofia.

- Recupero di abilità a seguito di:

1. Chirurgia funzionale;
2. Amputazioni.

Fase Acuta		Latenza massima tra le 2 fasi	Trattamento Riab. Post-Acuto		Fase di completamento del Recupero		Fase degli Esiti	
Durata	Setting		Durata	Setting	Durata	Setting	Durata	Setting
Per patologia	UO per acuti	Trasferimento diretto o max. 30 gg. dalla dim. UO acuti	Max. 30 gg.	U.O. Riab. Intensiva				
			Processo					
			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: FIM e/o Barthel (Ricov. - Dimiss.)					

B) Riabilitazione Intensiva ad Alta Specializzazione

Si svolge presso Strutture di Alta Specialità ben definite da DM 29 gennaio 1992 e dalla successiva integrazione del 1998. Esse sono Presidi Ospedalieri e ricomprendono anche gli IRCCS, i Policlinici Universitari e le Strutture Private accreditate(4).

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione vanno ricondotte a un'integrazione organizzativa che, in ambito regionale e nazionale, garantisca percorsi dedicati come reti riabilitative:

B.1 per Persone affette da **gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici** (cod. 75);

B.2 per Persone affette da **mielolesione acquisita** (cod. 28);

B.3 per Persone affette da **disabilità gravi in età evolutiva**

(si rimanda ad altra sede lo studio dei relativi percorsi sulla scorta dei protocolli di Riabilitazione neurofunzionale dell'età evolutiva specificatamente studiati);

B.4 per Persone con **turbe neuropsicologiche acquisite**

(si rimanda ad altra sede lo studio dei relativi percorsi sulla scorta di protocolli riabilitativi specificatamente studiati).

B.1 Unità ad Alta Specializzazione Riabilitativa per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite **(cod. 75)**

Per **“grave cerebrolesione acquisita” (GCLA)** si intende un danno cerebrale, dovuto a trauma cranioencefalico o ad altre cause (anossia cerebrale, emorragia, etc.), tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto (GCS < 8), e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave.

Principali bisogni delle persone con GCA

Una persona affetta da grave cerebrolesione acquisita necessita di ricovero ospedaliero per trattamenti rianimatori o neurochirurgici di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane.

Dopo questa fase, sono in genere necessari interventi medico-riabilitativi di tipo intensivo, anch'essi da effettuare in regime di ricovero ospedaliero, che possono durare da alcune settimane ad alcuni mesi.

Nella maggior parte dei casi, dopo la fase di ospedalizzazione, permangono sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, e difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo.

Fasi del percorso di presa in carico riabilitativa delle persone con grave cerebrolesione acquisita

Il percorso delle persone affette da grave cerebrolesione acquisita viene di norma suddiviso in tre fasi temporali:

1. fase acuta (o rianimatoria o neurochirurgica)
2. fase post-acuta (o riabilitativa): precoce e tardiva
3. fase degli esiti

1.Fase acuta : nella fase acuta predomina l'interesse verso il danno cerebrale e le menomazioni; gli interventi si connotano essenzialmente come interventi sanitari intensivi, di tipo diagnostico, terapeutico ed assistenziali, che hanno per scopi principali l'identificazione dei danni cerebrali e associati (diagnosi di lesione), la previsione della loro possibile evoluzione (prognosi di lesione) e il trattamento delle condizioni che possono aggravare il danno iniziale o comportare danni secondari; in particolare quelli che possono comportare pericolo di vita.

Gli interventi riabilitativi in fase acuta hanno principalmente gli scopi di prevenire i danni e le menomazioni secondarie a facilitare la ripresa del contatto con l'ambiente, collaborare allo svezzamento dai sistemi di supporto alle funzioni vitali, dare sostegno alle famiglie offrendo informazioni omogenee sugli aspetti medici, prognostici e riabilitativi.

2.Fase post-acuta: nell'ambito di questa fase, è possibile fare una ulteriore distinzione fra post-acuta precoce e la fase post-acuta tardiva.

a) Nella fase post-acuta precoce gli interventi sono focalizzati sulla definitiva stabilizzazione internistica (equilibrio metabolico-nutrizionale, cardiocircolatorio respiratorio, risoluzione delle complicanze intercorrenti), sul trattamento delle principali menomazioni invalidanti e sul ripristino dell'autonomia nelle funzioni vitali di base e nelle attività elementari della vita quotidiana (ADL primarie). Le strategie terapeutiche cercano soprattutto di favorire il recupero intrinseco, cioè il ripristino delle capacità di eseguire una determinata attività con modalità analoghe a quelle precedenti al trauma.

Nella fase post-acuta precoce gli interventi sono svolti in regime di ricovero ospedaliero, in strutture di riabilitazione intensiva, come le Unità di alta specializzazione riabilitative per le Gravi Cerebrolesioni o le strutture riabilitative di II livello.

b) Nella fase post-acuta tardiva, gli interventi sono prevalentemente orientati al recupero dell'autonomia nelle cosiddette attività "elaborate" o "complesse" della vita quotidiana (ADL secondarie), come la gestione delle proprie risorse finanziarie, l'uso dei mezzi di trasporto, la gestione della casa, e l'addestramento del paziente e dei familiari e di altre persone significative dell'ambiente di vita abituale alla gestione delle problematiche disabilitanti a lungo termine. L'attenzione si sposta gradualmente dal recupero intrinseco a quello estrinseco, cioè all'apprendimento di nuove strategie per effettuare attività che non possono essere più svolte come prima a causa di menomazioni non emendabili.

Questa fase può essere svolta in ambiente extraospedaliero, in strutture adeguatamente attrezzate e dedicate all'assistenza dei soggetti colpiti da GCA, denominate "*Strutture di Riabilitazione Extraospedaliera_Centro Risvegli*"⁽²⁶⁾, in grado di seguire, attraverso livelli di intensità di cura e riabilitazione gradualmente, l'intero processo assistenziale di questi pazienti.

3.Fase degli esiti: nella fase degli esiti l'attenzione è focalizzata essenzialmente sulla facilitazione del reinserimento sociale, lavorativo, scolastico e sul contenimento dello svantaggio sociale, sia della persona, sia della famiglia.

Nel caso della persona con esiti di grave disabilità dopo la fase riabilitativa, assumono particolare rilievo anche tutte le attività orientate al contenimento dei danni secondari, al controllo delle condizioni che potrebbero comportare instabilità clinica, alla prevenzione dell'ulteriore compromissione funzionale e al mantenimento delle autonomie che è stato possibile raggiungere. In questa fase vi è la necessità di una periodica, sistematica rivalutazione della situazione della famiglia e del fabbisogno riabilitativo sanitario e sociale, che consenta di modulare e adattare gli interventi nel lungo termine, e di verificare tempestivamente l'eventuale necessità di fare nuovamente ricorso ai servizi sanitari ospedalieri.

Queste fasi hanno una durata estremamente variabile, in rapporto alla natura e all'entità dei danni presenti nelle singole persone e ciò si ripercuote sui bisogni di servizi riabilitativi.

In linea di massima sul versante del bisogno riabilitativo è possibile individuare tre principali tipologie evolutive di GCA che individuano percorsi e consumi di risorse diversi:

- 1. soggetti a "rapido recupero" che richiedono interventi di riabilitazione medica omnicomprensiva intensiva di breve durata della degenza (8-12 settimane) (Short term Comprehensive Rehabilitation – STCR);*
- 2. soggetti a "lento recupero" che richiedono interventi di riabilitazione medica omnicomprensiva intensiva a lungo termine con durata della degenza dell'ordine di varie settimane (6-12 mesi).*
- 3. pazienti a rapida stabilizzazione e con basso livello di recupero, come ad esempio i comi post-anossici gravi con durata della degenza riabilitativa dell'ordine di 3-6 mesi.*

Premesso che, come affermato in ambito di *Consensus Conference*, la *lesione cerebrale acquisita* è riconosciuta come una specifica categoria di evento disabilitante, con caratteristiche peculiari che la differenziano da altre patologie d'interesse riabilitativo, che richiede un'organizzazione di interventi da parte di team multiprofessionali specificatamente formati, e che la tempestività dell'intervento riabilitativo è una componente importante nella qualità dell'assistenza ai pazienti con grave cerebrolesione, per prevenire i danni secondari, minimizzare le menomazioni e facilitare la ripresa di contatto con l'ambiente fino alla stabilizzazione clinica, le Unità per GCLA in regime di ricovero ospedaliero si occupano più specificatamente della **Fase Riabilitativa "Post-acuta precoce"**.

Indicatori di processo

L'intervento riabilitativo nell'ambito delle Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (cod.75) deve prevedere, nella sua formulazione, le seguenti indicazioni:

- Scheda Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale;
- Formulazione di una *diagnosi riabilitativa*: attraverso un'attenta valutazione delle lesioni, delle menomazioni e delle disabilità conseguenti al danno cerebrale;
- Formulazione di un *progetto riabilitativo individuale* (vedi "percorso riabilitativo unico"):
 - individuazione di obiettivi teoricamente e realisticamente raggiungibili dal trattamento riabilitativo;
 - definizione di obiettivi prioritari, anche in funzione delle esigenze del paziente e dei suoi familiari;
- Formulazione di *programmi riabilitativi* in linea con il progetto riabilitativo e identificanti gli *obiettivi* da raggiungere;
- Presa in carico del paziente da parte di un'*equipe interprofessionale* che deve riconoscere al proprio interno il medico fisiatra responsabile del progetto riabilitativo, gli altri professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001 e il personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale;
- Almeno tre ore di attività riabilitativa-assistenziale per ciascun degente ripartita in relazione alle necessità individuate nel progetto riabilitativo;
- Rispetto degli attuali criteri di congruità relativi alle modalità di accesso al ricovero:
 - direttamente da U.O. per acuti, U.O. di Rianimazione, U.O. di Neurochirurgia;
 - in base alla severità e modificabilità del danno funzionale (attraverso specifiche misure di *outcome*: LCF, GCS, GOS, DRS),
 - in base all'adeguatezza dell'organico rispetto ai posti letto, in termini di numero e figure professionali presenti (Medici specialisti in MFR, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Psicologi, Assistenti Sociali).
- Programmazione del trasferimento del paziente, appena superata la fase di criticità, in strutture di riabilitazione intensiva extraospedaliera. (Vedi disposizioni emanate dalla Regione Puglia con Regolamento n.24 del 2 novembre 2011).

Criteria di trasferibilità da strutture di terapia intensiva a strutture riabilitative cod. 75 ⁽¹⁰⁾

Criteria generali:

Un paziente può essere dimesso dalla terapia intensiva o post-intensiva quando:

- *le sue condizioni fisiologiche si siano stabilizzate;*
- *sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo clinico e non siano programmati interventi chirurgici urgenti.*

Criteria specifici per i trasferimenti in sicurezza

Criteria di sufficiente stabilizzazione medica:

- non necessita di monitoraggio continuo cardiocircolatorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive); Trattasi comunque di pazienti critici che necessitano di una metodologia di rilevazione e raccolta di dati clinici e strumentali specifici allo scopo di prevenire l'insufficienza multipla di organo (MOF: *Multiple Organ Failure*). La sorveglianza clinica di base deve essere supportata da una continuità o periodicità di monitoraggio.
- respiro autonomo da più di 48 ore (anche se con O₂terapia) con SaO₂ > 95%, P0₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazioni. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (per esempio CPAP);
- non insufficienza acuta d'organo (per esempio insufficienza respiratoria acuta o diabete mellito mal controllato con terapia insulinica) o multiorgano;
- assenza di stato settico, definito come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - temperatura corporea >38° C o <36° C;
 - frequenza cardiaca > 90 bpm,
 - frequenza respiratoria > 20 atti/min. o PCO₂ < 32 mmHg
 - globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ e > 10% di cellule immature.
- superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per os, sondino nasogastrico, PEG);
- assenza prioritaria di interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Criteria di stabilizzazione neurochirurgica:

- assenza di processo espansivo alla TC ed assenza di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi.
- assenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza. ecc).

Non costituiscono controindicazioni al trasferimento, presso una struttura riabilitativa, la presenza:

- cannula tracheostomica;
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale; sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG, ecc);
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

Criteria specifici per i trasferimenti in sicurezza in strutture sanitarie di Medicina Riabilitativa	
Criteri di sufficiente stabilizzazione internistica:	non necessità di monitoraggio continuo cardio-circolatorio e di farmaci in infusione continua
	respiro autonomo da almeno 24-48 ore la presenza di cannula tracheotomica non costituisce una controindicazione al trasferimento, così come la nutrizione parenterale con catetere venoso centrale e la presenza di crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia
	non insufficienza acuta d'organo o multi organo
	assenza di stato settico complicato da insufficienza acuta d'organo (sepsi severa) o da instabilità emodinamica (shock settico) con insufficienza multi organo
	superamento del bisogno di alimentazione parenterale obbligata continuativa
	stato di male epilettico
Criteri di stabilizzazione Neurochirurgica:	assenza di processo o di raccolta espansiva evolutiva alla TC cerebrale
	assenza di "fungo cerebrale" evolutivo nei pazienti decompressi
	assenza di derivazione ventricolare esterna (dve).
	assenza di idrocefalo attivo non derivato
Raccomandazione di buona prassi clinica: appare opportuno che il paziente completi gli interventi chirurgici prioritari indicati prima del trasferimento in ambito riabilitativo	
Criteri che rendono non appropriato il trasferimento in una struttura di Medicina Riabilitativa per la relativa presa in carico	soggetto affetto da grave insufficienza cardiaca con una frazione di eiezione inferiore al 25% (FE<25%)
	soggetto totalmente o gravemente dipendente precedentemente la GCA
	soggetto affetto da patologia tumorale a rapido aggravamento
	soggetto in stato vegetativo post anossico con dimostrata assenza di risposta N20 ai PESS non attribuibile a fattori extracerebrali

Classificazione in fase post-acuta precoce dei pazienti con grave cerebrolesione e indicazione dei percorsi differenziati

Alla dimissione del paziente con grave cerebrolesione acquisita dalle UU.OO. per acuti (rianimazione o neurochirurgia), la scelta del percorso e degli interventi riabilitativi appropriati deve essere basata su un bilancio generale che consideri il grado di responsività, le condizioni medico-internistiche, il tipo ed il grado di complicità nonché la stima del potenziale recupero.

Sulla base di questo bilancio e sulla base degli indicatori internazionalmente accettati per valutare gli outcome delle persone con grave cerebrolesione acquisita (*Glasgow Outcome Scale - GOS*, *Disability Rating Scale - DRS*, *Level of Cognitive Function - LCF*, che vengono riportate in appendice alla presente relazione), possono essere distinte tre tipologie di pazienti:

- **Classe I:** soggetti con **disabilità di grado "lieve o moderata"** (*Good recovery o Moderate Disability secondo la GOS*), con $DRS \leq 6$, in condizioni fisiologiche stabilizzate ed a basso rischio di instabilità clinica tale da non necessitare di ulteriore degenza ospedaliera.

Questi pazienti traggono maggiore giovamento dal ritorno precoce nel proprio ambiente di vita e debbono essere avviati in sicurezza a progetti/programmi riabilitativi omnicomprensivi elargibili con modalità ambulatoriale o day-hospital;

- **Classe II:** soggetti che presentano **"disabilità moderata o grave"** (*Moderate o Severe Disability secondo la GOS*) che sono in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente ($LCF \geq III$ e $DRS \leq 21$), anche se confusi, disorientati, inerti o agitati, con diverse combinazioni di menomazioni fisiche e ad alto rischio d'instabilità clinica.

Questi pazienti rappresentano i candidati ideali a strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva, in quanto necessitano di una presa in carico omnicomprensiva nel quadro di un progetto riabilitativo che preveda programmi riabilitativi di tipo "attivo", individualizzati e strutturati per obiettivi funzionali espliciti, per il cui raggiungimento sono ipotizzabili non meno di tre ore/die di trattamento specifico e di un ambiente favorente il recupero per 24 ore.

- **Classe III:** soggetti in **"stato vegetativo e a minima responsività"** (*Vegetative State secondo la GOS*) che non sono in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente ($LCF < III$ e $DRS \geq 22$).

Data la complessità del fabbisogno valutativo, terapeutico e assistenziale riabilitativo, questi pazienti dovrebbero essere accolti, all'uscita dai reparti di terapia intensiva, in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva, le stesse che accolgono i pazienti della classe II già responsivi. Peraltro i progetti ed i programmi riabilitativi destinati a questi pazienti devono essere connotati in modo specifico. Le modalità di trattamento di questi pazienti, nonché le modalità di presa in carico delle loro famiglie e di chi fa di loro carico (caregivers), saranno diversificati in termini di "contenuti" e dovranno tener conto della necessità di operare prevalentemente trattamenti che non comportano la partecipazione attiva del soggetto.

Il trattamento specifico di questi pazienti deve essere protratto per un tempo sufficiente a stabilire con ragionevole attendibilità due principali categorie di esito:

1) Recupero della responsività, seppur ritardato, che possa comunque consentire una partecipazione attiva della persona agli interventi riabilitativi e che possa far ragionevolmente presumere il recupero di un'autonomia, anche parziale, rispetto ad una situazione di dipendenza completa tale da far prevedere il ritorno del paziente in ambiente extrasanitario.

Per questo gruppo è prevista la permanenza in strutture di riabilitazione intensiva fino al completamento dei programmi non elargibili con modalità extraospedaliere;

2) Persistere di una condizione di ridotta responsività (*stato vegetativo o di minima responsività*) che non consenta tale partecipazione attiva e di una situazione di dipendenza completa che non presenti prospettive di modificabilità.

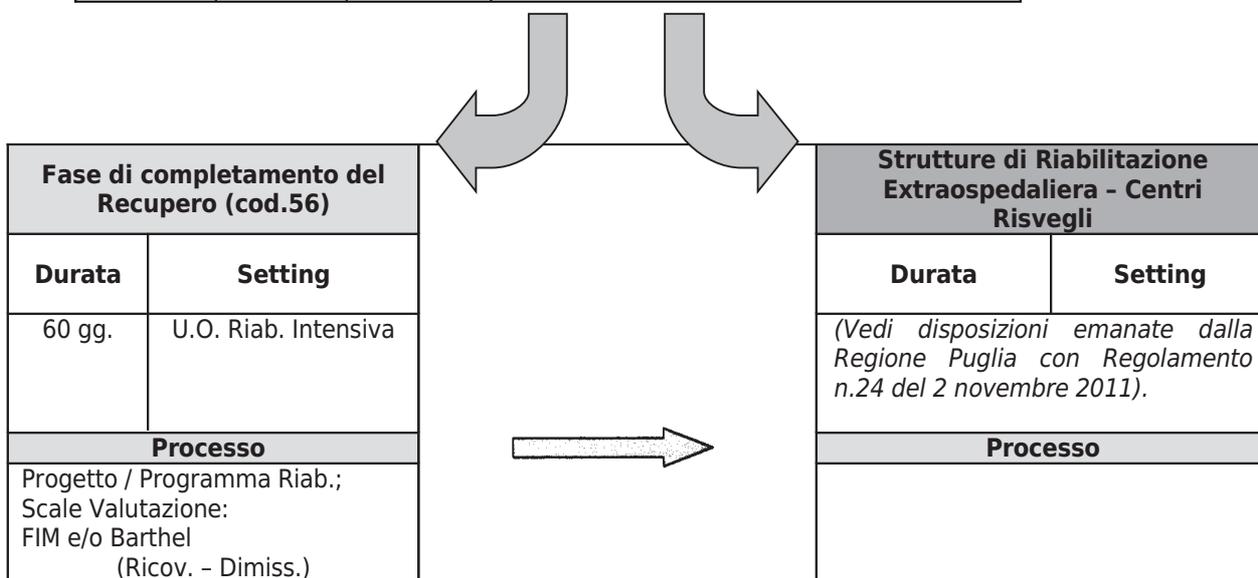
Questo gruppo può, a sua volta, suddividersi in due principali categorie di esito:

- a) pazienti che malgrado il persistere di una condizione di bassa responsività, non presentano necessità assistenziali tali da impedire il graduale trasferimento a domicilio (*ADI per soggetti con GCA*)⁽²⁶⁾;
- b) pazienti che, oltre al persistere di una condizione di bassa responsività, presentano necessità assistenziali (per il persistere di complicanze, o di elevato rischio di instabilità clinica) tali da non consentire la restituzione all'ambiente extrasanitario.

Per questo secondo gruppo di pazienti si prevede un trasferimento in Strutture di Riabilitazione Extraospedaliera – Centri Risvegli⁽²⁶⁾.

Sulla base dei dati della letteratura il periodo di tempo ragionevolmente necessario a definire le possibilità di esito e in cui i pazienti presentano i particolari fabbisogni sopra individuati, non dovrebbe essere di norma inferiore a sei mesi dall'evento traumatico.

Fase Acuta		Latenza massima tra le 2 fasi	Trattamento Riab. Post-Acuto (UGCA) (cod.75)	
Durata	Setting		Durata	Setting
Per condizioni e clinica	UO per acuti; Rianimazione; NCH.	Trasferimento diretto dalle UO acuti	Da alcune settimane a vari mesi (di norma sei mesi)	U.O. Riab. Intensiva ad Alta Spec. (UGCA)
Processo				
			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: LCF-DRS-GOS-GCS-FIM-Barthel (Ricov. - Dimiss.)	



B.2 Unità ad Alta Specializzazione Riabilitativa per Mielolesioni acquisite (cod. 28)

La mielolesione è una condizione clinica determinata da una lesione completa o parziale del midollo spinale con conseguente compromissione degli apparati caudali, ed in particolare di quello motorio, sensitivo, digerente, urogenitale e vegetativo.

Le lesioni midollari rappresentano una delle più complesse e invalidanti patologie. Il moderno approccio a tale patologia prevede che le strutture coinvolte nel trattamento del medulloleso debbano garantire la più qualificata e moderna assistenza, compresi anche lo studio di nuove metodologie di trattamento e la prevenzione di ogni complicanza immediata, che può instaurarsi all'atto dell'evento lesivo o successivamente, quando la lesione può considerarsi definitivamente stabilizzata.

L'epidemiologia delle lesioni midollari pone numericamente al primo posto le *lesioni traumatiche* da incidente stradale, lavorativo o da sport, seguite da quelle *non traumatiche*.

Le lesioni traumatiche vertebro-midollari rientrano spesso nel complesso quadro del politrauma con il coinvolgimento di più organi e distretti costituendo un tipico esempio della necessità di un intervento multidisciplinare tipico dei modelli assistenziali che si realizzano in strutture a valenza dipartimentale. Per il mieloleso politraumatizzato si deve garantire il trattamento immediato, completo e definitivo secondo il principio dell'unità di tempo, di luogo e di azione.

L'attività riabilitativa intensiva per le persone affette da mielolesione acquisita, è prevista nell'ambito delle **"Unità Spinali Unipolari" (USU)**, strutture inserite nei *Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA)* di I livello, in grado di garantire un'integrazione organizzativa con specifici percorsi terapeutici-riabilitativi.

Le **Unità Spinali** cosiddette *integrate o multipolari*, o *Centri Spinali*, pur non esistendo una unipolarità in senso fisico e spaziale, sono di fatto in stretto collegamento con i DEA e/o le USU, e completano la rete Dipartimentale di tipo funzionale dedicata ai pazienti spinali. Pertanto, come tali, sono deputate anche loro ad assistere pazienti con:

- lesione midollare, di tipo sia traumatico che non traumatico, stabilizzati clinicamente, senza gravi problematiche respiratorie;
- complicanze, quale esito di lesione midollare che, per la gravità e la complessità della gestione clinica e diagnostica, devono essere gestite adeguatamente e con sicurezza in regime di degenza intensiva;
- necessità di valutazioni clinico-diagnostiche di follow-up, ai fini della prevenzione di complicanze e che, per la complessità del quadro clinico, non possono essere seguite in altri setting assistenziali.
(20,24).

FASI DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DELLE PERSONE CON GRAVE MIELOLESIONE ACQUISITA

Il percorso curativo assistenziale inizia con la fase d'emergenza e si protrae sino al recupero socio-familiare. E' finalizzato al recupero della massima autonomia e indipendenza della persona medullolesa, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali.

Esso prevede le seguenti fasi:

1. FASE DELL'EMERGENZA
2. FASE ACUTA
3. FASE DELLA STABILIZZAZIONE
4. FASE POST-DIMISSIONE o RIENTRI.

1. Fase dell'emergenza

Per "*fase dell'emergenza*" si intende la fase relativa al periodo immediatamente successivo all'evento lesivo, di norma entro le prime 12 ore dopo il trauma (relativamente alle lesioni traumatiche) e comprende tutti gli interventi necessari a garantire la sopravvivenza della persona ed a prevenire l'aggravamento dei danni mielici. Pertanto ha già inizio con l'intervento del 118 e prosegue con il ricovero nel presidio ospedaliero più idoneo ed appropriato (DEA).

2. Fase Acuta

Per "*fase acuta*" si deve intendere il periodo, immediatamente successivo alla fase di emergenza, che dura fino alla stabilizzazione delle condizioni generali (funzioni vitali) e fino a quando l'eventuale instabilità delle lesioni vertebrali è stata tutelata con mezzi chirurgici o conservativi (alcune settimane dopo il trauma, salvo complicazioni intercorrenti).

Tale fase ha come specifico obiettivo la prevenzione e cura delle complicanze e si svolge nell'ambito di un Dipartimento d'Emergenza e/o, laddove è presente, presso l'Unità Spinale Unipolare (USU). A seconda dell'esperienza e della realtà territoriale è prevista la partecipazione di altre Unità Operative per acuti (Ortopedia, Neurochirurgia, Neurologia, Rianimazione/Terapia Intensiva).

Nel caso in cui il Dipartimento d'Emergenza non preveda la presenza di USU, si dovrà provvedere con una segnalazione tempestiva all'Unità Spinale di riferimento in modo da programmare il trasferimento non appena la fase di emergenza-acuzie si ritiene risolta.

Il trasferimento programmato avverrà previa compilazione della predisposta "**Scheda Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale**" (vedi in appendice).

3. Fase di Stabilizzazione

Per "*fase di stabilizzazione*" si intende la fase in cui le condizioni generali (funzioni vitali) si sono stabilizzate e l'eventuale instabilità delle lesioni vertebrali è stata tutelata con mezzi chirurgici o conservativi. La durata media di questa fase è di 4-6 mesi per i Paraplegici e di 8-12 mesi ed oltre per i Tetraplegici. Per i pazienti con lesione incompleta i tempi possono subire delle consistenti variazioni (20).

E' la fase in cui è possibile consentire progressivamente interventi riabilitativi che abbraccino la globalità e complessità delle differenti menomazioni normalmente presenti.

In questa fase si stenderà il **“Progetto Riabilitativo Individuale”** (vedi **“Percorso riabilitativo Unico”**), condiviso e partecipato dal paziente e se necessario dai familiari, e si definiranno i singoli programmi previsti per il raggiungimento degli obiettivi:

- 1) *Rieducazione della funzione Respiratoria.*
- 2) *Rieducazione della funzione Neuromotoria*
finalizzata alla prevenzione dei danni terziari e alla rieducazione posturale da seduto, in stazione eretta con e senza ausili, all'addestramento al cammino con o senza ausili/ortesi; all'esercizio terapeutico in acqua (idroterapia), ove possibile.
- 3) *Rieducazione della funzione Intestinale*
prevede esami strumentali, oltre che indagini cliniche funzionali, per valutare la funzionalità intestinale, al fine di garantire uno svuotamento regolare dell'alvo.
- 4) *Rieducazione della funzione Vescico-sfinterica*
prevede un programma gestionale per il mantenimento di una adeguata funzionalità vescico-sfinterica compatibile con il livello lesionale e la situazione clinica.
- 5) *Terapia chirurgica delle complicanze del rachide e del midollo spinale.*
- 6) *Trattamento del dolore*
per mezzo di cure fisiche, mediche e fisioterapiche e somministrazione parenterale ed intratecale di farmaci analgesici.
- 7) *Trattamento della spasticità.*
- 8) *Aspetti legati alla sessualità ed alla riproduzione.*
- 9) *Aspetti legati all'Area psicologica e sociale:*
in questa fase è auspicabile un servizio psico-attitudinale con la valutazione delle risorse individuali e familiari, psicologiche, sociali ed ambientali per l'informazione e riconoscimento dei diritti. Viene fornito un sostegno psicologico individuale e di gruppo e un sostegno alla vita affettiva e alla sessualità. Il reinserimento sociale viene facilitato tramite programmi per la gestione del tempo libero.
- 10) *Terapia Occupazionale*
finalizzata all'acquisizione di autonomia nelle Attività di Vita Quotidiana con simulazione in ambienti dedicati; alla identificazione, scelta personalizzata e prescrizione di ausili; all'addestramento all'uso della carrozzina e scelta funzionale della stessa (tale attività richiede la disponibilità in prova di diversi modelli di carrozzine da quelle standard a quelle personalizzate). Sono previste attività basilari, quali la scrittura manuale e l'uso del PC, attività professionali e domestiche e attività di tempo libero. E' finalizzata all'addestramento all'uso di sistemi di controllo ambientale e all'eventuale uso dell'autovettura con comandi modificati, attività di carico e scarico della carrozzina, scelta di eventuali ausili. Andrà previsto un supporto per il reinserimento facilitato e l'abbattimento delle barriere architettoniche a domicilio del paziente, presso il luogo di lavoro e/o di studio, di concerto con le strutture del territorio di appartenenza.
- 11) *Reinserimento Sociale e Familiare:*
l'équipe dell'Unità Spinale dovrà prendere precocemente contatti, già durante il periodo di degenza, con il distretto di appartenenza del paziente per assicurare:
 - informazione e coinvolgimento del medico di medicina generale, con particolare riferimento allo stato di salute del paziente, dei suoi bisogni e dei controlli da eseguirsi nel tempo;
 - avvio delle pratiche riguardanti l'invalidità e la fornitura degli ausili;
 - un operativo rapporto con il servizio di assistenza domiciliare integrata;
 - coinvolgimento del personale scolastico/Datore di lavoro/Ufficio per un adeguato inserimento o reinserimento;
 - ricerca di Organizzazioni nel territorio di residenza del paziente (sociali, associative, cooperative), in grado di garantire una buona rete sociale e di evitare l'isolamento;
 - contatti con i servizi sanitari o socio-sanitari utili nel singolo caso.

4. Fase Post-Dimissione o Rientri

E' la fase della riabilitazione territoriale, della riconsegna al domicilio e della presa in carico da parte dei servizi distrettuali.

Una volta completato l'iter riabilitativo si procede con la relazione di dimissione indirizzata al medico di Medicina Generale contenente la diagnosi della patologia principale e le diagnosi secondarie, la descrizione dell'evoluzione clinico-funzionale, i programmi riabilitativi attuati, i risultati ottenuti e le indicazioni necessarie alla continuità assistenziale con i servizi delle strutture territoriali delle Aziende sanitarie di appartenenza per il reinserimento familiare e sociale e per assicurare la migliore qualità di vita per una disabilità non emendabile.

Al paziente con mielolesione, deve essere garantita un'attività ambulatoriale per la prevenzione e la cura delle innumerevoli complicanze che possono sopravvenire dopo la dimissione. I controlli dovranno essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute oltre che dello stato neurologico e funzionale.

Inoltre, l'Unità Spinale dovrà sempre garantire la possibilità di ulteriori ricoveri ordinari successivi alla dimissione per le diverse necessità che dovessero intervenire nel corso della vita, attraverso l'erogazione di prestazioni non erogabili in regimi diversi e finalizzate a:

- *terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione;*
- *riabilitazione funzionale dell'arto superiore del tetraplegico;*
- *diagnostica e terapia neurourologica;*
- *chirurgia vertebrale e midollare (in reparto specialistico di P. O. di competenza se presente);*
- *chirurgia ortopedica e traumatologica (in reparto specialistico di P. O. di competenza se presente);*
- *riabilitazione respiratoria;*
- *trattamento della spasticità, allorquando vi sia l'indicazione all'impianto della pompa al Baclofen (20).*

Indicatori di processo

L'intervento riabilitativo nell'ambito delle Unità per Gravi Mielolesioni Acquisite (cod.28) deve prevedere, nella sua formulazione, le seguenti indicazioni:

- Scheda Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale;
- Formulazione di una *diagnosi riabilitativa*;
- Formulazione di un *progetto riabilitativo individuale* (vedi "*percorso riabilitativo unico*");
- Formulazione di *programmi riabilitativi* in linea con il progetto riabilitativo e identificanti gli *obiettivi* da raggiungere;
- Presa in carico del paziente da parte di un'*equipe interprofessionale* che deve riconoscere al proprio interno il medico fisiatra responsabile del progetto riabilitativo, gli altri professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001 e il personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale;
- Almeno tre ore di attività riabilitativa-assistenziale per ciascun degente ripartita in relazione alle necessità individuate nel progetto riabilitativo;
- Rispetto degli attuali criteri di congruità relativi alle modalità di accesso al ricovero:
 - direttamente da U.O. per acuti, U.O. di Rianimazione, U.O. di Neurochirurgia, U.O. di Neurologia, (vedi anche *Fase Post-Dimissione o Rientri*);
 - in base alla severità e modificabilità del danno funzionale (attraverso specifiche misure di *outcome*: *FIM/Barthel/SCIM* e *specificatamente* deve essere assicurato un percorso in Unità Spinale ai pazienti mielolesi su base Traumatica e non Traumatica (Cause vascolari, infiammatorie, neoplastiche e da compressione midollare) che presentino le seguenti caratteristiche con riferimento del grado scala ASIA:
 - *Lesioni midollari complete ASIA A*;
 - *Lesioni incomplete ASIA B e C*;
 - *Lesioni incomplete ASIA D*, se complicati (trauma toracico con complicanze respiratorie, traumi associati del bacino gravi e complessi, disfunzione vescico-sfinteriale e/o intestinale neurogena, ulcere cutanee da pressione, spasticità severa);
 - adeguatezza dell'organico rispetto ai posti letto, in termini di numero e figure professionali presenti (Medici specialisti in MFR, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Psicologi, Assistenti Sociali) e dei parametri strutturali e tecnologici.
- programmazione, appena superata la fase di criticità, del reinserimento del paziente nel proprio contesto o la progressione ad un altro livello di cure riabilitative (vedi *Fase Post-dimissione*).

Fase Acuta		Latenza massima tra le 2 fasi	Fase di Stabilizzazione (USU e/o US) (cod.28)		Fase Post-Dimissione /Rientri	
Durata	Setting		Durata	Setting	Durata	Setting
Per condizioni clinica	DEA; USU; UO per acuti.	Trasferimento diretto dalle UO acuti	Paraplegici: 4 mesi Tetraplegici: 8 mesi.	U.O. Riab. Intensiva ad Alta Spec.: USU US (Centri Spinali)	Max. 60 gg.	Territorio: - Ambulatorio US; -Domicilio Ricovero: - USU / US - Riab. Intensiva (cod.56); - Riab. Estensiva
			Processo			Processo
			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: ASIA - FIM e/o Barthel (Ricov. - Dimiss.)			Progetto / Programma Riab.; Scale Valutazione: FIM e/o Barthel (Ricov. - Dimiss.)

CONCLUSIONI

*Per garantire un'adeguata continuità nella presa in carico ed appropriati livelli di cura e per assistere le persone e le loro famiglie a raggiungere il miglior livello di reinserimento sociale e di partecipazione consentito dalla malattia disabilitante, è necessario disporre anche di una **rete di strutture e servizi riabilitativi** ("systems of care" regionali), sia a valenza sanitaria che sociale, i cui interventi si integrino con quelli dei centri specializzati, sia nella fase acuta, che post-acuta, che nella fase del reinserimento sociale.*

Inoltre, per valutare gli aspetti qualitativi dei percorsi di cura e, in particolare, l'efficacia degli interventi, oltre all'appropriatezza, tempestività ed equità di accesso, sarebbe necessario disporre di un sistema informativo ad hoc, basato su modalità di raccolta prospettica e sistematica dei dati a livello regionale, come quello già realizzato in altre regioni (Registro GRACER (GRAVi Cerebrolesioni Emilia Romagna e Gravi Mielolesioni) (18,19,22).

*Inoltre, relativamente all'Appropriatezza dei Ricoveri in Riabilitazione Intensiva, si sottolinea l'importanza dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per i diversi setting assistenziali, che in questo ambito non sono stati volutamente considerati in quanto, il **Regolamento Regionale 13 gennaio 2005 n.3: "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie"** (BURP n.7 del 14-1-2005) è, a nostro giudizio, estremamente carente, in relazione al processo assistenziale erogato ed alle relative attività di verifica.*

Si ritiene altresì utile la condivisione dei criteri di appropriatezza su esposti con le Strutture di Riabilitazione interessate.

Riferimenti Bibliografici:

1. *Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998, (Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30 maggio 1998).*
2. *Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera – revisione 2006. Roma: ASP, 2006, (p. 455-470).*
3. *Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n.3 – “Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”. BURP – n.7 suppl. del 14-1-2005.*
4. *Piano di Indirizzo per la Riabilitazione - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – 10 febbraio 2011, (Gazzetta Ufficiale n.50 del 2 marzo 2011).*
5. *Piano Regionale di Salute 2008-2010. BURP – n.150 del 26-9-2008.*
6. *Piano di Rientro e di Riqualificazione ed Allegato della Regione Puglia 2010-2012. BURP – n.23 dell'11-02-2011.*
7. *Trattato di Medicina Riabilitativa – Basaglia N. – Ed. Idelson Gnocchi 2000.*
8. *Progettare la Riabilitazione: il lavoro in team interprofessionale – Basaglia N. – Edi Ermes 2002.*
9. *I Conferenza di Consenso – Modena 2000*
“Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati”.
10. *Il Conferenza di Consenso – Verona 2005*
“Bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebrolesione acquisita (GCA) e delle loro famiglie nella fase post ospedaliera”.
11. *III Conferenza di Consenso – Salsomaggiore 2010*
“La Buona pratica clinica nella riabilitazione ospedaliera delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite”.
12. *Il Percorso Assistenziale Integrato nei Pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita Traumatica e Non Traumatica) Fase Acuta e Post-Acuta - Progetto di ricerca finalizzata 2005 a cura di Basaglia N., ed altri – (Regioni partecipanti: Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Umbria, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia e Veneto).*
13. *“Stato Vegetativo e di Minima Coscienza” Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali – Documento Finale Ministero della Salute 4 dicembre 2009.*
14. *American Congress of Rehabilitation Medicine. Recommendations for Use of Uniform*
15. *Nomenclature Pertinent to Patients with Severe Alterations in Consciousness. Arch Phys Med Rehabil - 1995; 76:205-9.*
16. *Disability rating scale for severe head trauma: coma to community - Rappaport M., et al.: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation; 63:118-23, 1982.*
17. *Reliability and Validity of the Disability Rating Scale and the Levels of Cognitive Functioning Scale in monitoring recovery from severe head injury - Gouvier W.D., et al.; Archives of Physical Medicine and Rehabilitation; 68:94-97, 1987.*
18. *GRACER (Gravi Cerebrolesioni Emilia Romagna): Un progetto di rete integrata regionale di strutture, presidi e servizi riabilitativi per le persone affette da gravi cerebrolesioni acquisite. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa; Boldrini P, Basaglia N. - 16; 61-77, 2002.*
19. *Progettazione e realizzazione di un registro regionale delle gravi cerebrolesioni acquisite in Emilia Romagna.- Boldrini P, Maietti A, Basaglia N.- Europa Medicophysica; 40 (Suppl.1 to No.3): 9-11, 2004.*
20. *Linee Guida Unità Spinali Unipolari – Conferenza Stato-Regioni 29/04/2004.*
21. *“Complications during the acute phase of traumatic spinal cord lesions”. S. Aito on behalf of the ‘Gruppo Italiano Studio Epidemiologico Mielolesioni’ GISEM group - Spinal Cord (2003) 41, 629–635.*
22. *Linee Guida per l'organizzazione della Rete Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Mielolesioni dell'Emilia Romagna. DGR n.136 dell'11/02/2008.*
23. *American Spinal Injury Association/International Medical Society of Paraplegia: International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury, Revised 1996. Chicago, American Spinal Injury Association, 1996.*
24. *“La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali”. Quaderni del Ministero della Salute n. 8, marzo-aprile 2011.*
25. *Quaderni Pace per la riabilitazione n.1. Ed. Edi-Ermes -maggio 2010.*
26. *Regolamento Regionale 2 novembre 2011, n.24 – “Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza – Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extraospedaliera_Centro Risvegli”. BURP – n.176 dell' 11-11-2011.*

Per la compilazione del documento “Appropriatezza dei Ricoveri in Riabilitazione Intensiva” sono state utilizzate fonti bibliografiche ed istituzionali. In particolare si è tenuto conto delle esperienze già realizzate presso alcune regioni italiane (L.G. Regionali sui percorsi riabilitativi). Alcune parti del documento sono state integrate con commenti e suggerimenti espressi dalle Società Medico Scientifiche, previa valutazione del gruppo di lavoro.

APPENDICE**LCF — Levels of Cognitive Functioning**
*(per la valutazione del recupero della responsività)***I. Nessuna risposta**

il paziente è completamente non responsivo a qualsiasi stimolo.

II. Risposta generalizzata

il paziente reagisce, in modo "incostante e non finalizzato", agli stimoli in modo non specifico.

Le risposte sono di entità limitata e spesso sono uguali, indipendentemente dallo stimolo presentato.

Le risposte possono essere modificazioni di parametri fisiologici (frequenza del respiro per esempio), movimenti grossolani o vocalizzazioni. Spesso la risposta è "ritardata" rispetto allo stimolo.

La risposta più precoce a comparire è quella al "dolore".

III. Risposta localizzata

il paziente reagisce agli stimoli in modo "specifico ma non costante".

Le risposte sono direttamente correlate al tipo di stimolo presentato, come il girare il capo verso un suono o fissare un oggetto presentato nel campo visivo.

Il paziente può ritirare una estremità e vocalizzare quando gli viene somministrato uno stimolo doloroso. Può "eseguire ordini semplici" in modo non costante e ritardato, come chiudere gli occhi, stringere la mano o stendere un arto. Quando non gli vengono portati stimoli, può restare fermo e tranquillo. Può mostrare una vaga consapevolezza di sé e del proprio corpo, manifestando risposte a situazioni di disagio (come il tirare il sondino naso-gastrico o il catetere vescicale). Può mostrare "differenza nelle risposte", rispondendo ad alcune persone (specie familiari ed amici) ma non ad altre.

IV. Confuso - agitato

il paziente è in stato d'iperattività, con grave difficoltà ad analizzare le informazioni provenienti dall'ambiente.

E' distaccato da quanto gli accade intorno e reagisce principalmente al suo stato di "confusione interiore". Il comportamento in rapporto all'ambiente è spesso bizzarro e non finalizzato.

Può piangere o gridare in modo sproporzionato agli stimoli, anche quando questi vengono rimossi, può mostrarsi "aggressivo", può cercare di togliersi i mezzi di contenimento, le sonde e cateteri o può cercare di scendere dal letto.

Non riesce a distinguere le persone e le cose e non è in grado di cooperare nel trattamento. La verbalizzazione è spesso incoerente e inappropriata alla situazione ambientale.

Ci può essere "confabulazione": essa può avere carattere di aggressività verbale o ostilità. La capacità di prestare attenzione all'ambiente è molto limitata e l'attenzione selettiva è spesso inesistente. Non essendo consapevole di quanto gli accade, il paziente non ha capacità di memoria a breve termine. Non è in grado di effettuare attività di cura della persona, se non con molto aiuto. Se non ha menomazioni fisiche importanti, può effettuare attività motorie automatiche anche complesse, come sedersi e camminare, ma non necessariamente in modo intenzionale o su richiesta.

V. Confuso inappropriato

il paziente è vigile, attento e in grado di rispondere a comandi semplici in modo abbastanza costante. Tuttavia, se i comandi sono complessi o non ci sono situazioni esterne facilitanti, le risposte sono non intenzionali, casuali o, al più, frammentarie rispetto allo scopo.

Può presentare comportamento di agitazione, ma non dovuto a fattori interni come nel livello IV, ma piuttosto per effetto di stimoli esterni e usualmente in modo sproporzionato allo stimolo. Ha una certa capacità di attenzione verso l'ambiente, è altamente distraibile ed è incapace di focalizzare l'attenzione verso uno specifico compito, se non è continuamente facilitato. In una situazione facilitante e strutturata, può essere in grado di conversare in modo "automatico" (frasi di convenienza), per brevi periodi.

La verbalizzazione è spesso inappropriata, può confabulare in risposta a quanto accade.

La memoria è gravemente compromessa e fa confusione fra passato e presente.

Manca l'iniziativa per effettuare attività finalizzate (per esempio cura di sé) e spesso è incapace di usare correttamente gli oggetti se non è aiutato da qualcuno. Può essere in grado di effettuare compiti appresi in precedenza se posto in situazione adeguata, ma non è in grado di apprendere nuove informazioni. Risponde meglio a stimoli che riguardano il proprio corpo, il proprio benessere e comfort fisico e, spesso, risponde meglio con i familiari. Può effettuare attività di cura di sé con assistenza e può alimentarsi con supervisione.

La gestione in reparto può essere difficoltosa, se il paziente è in grado di spostarsi, perché può vagare per il reparto, oppure mostrare l'intenzione di "andare a casa", senza comprendere rischi o le difficoltà.

VI. Confuso appropriato.

il paziente mostra un "comportamento finalizzato", ma necessita ancora di stimoli e indicazioni esterne per indirizzarlo correttamente. La risposta al disagio è appropriata e può essere in grado di sopportare stimoli fastidiosi (per esempio un sondino nasogastrico, se gli si spiega il perché).

Esegue ordini semplici, segue le indicazioni e mostra di poter effettuare certi compiti da solo. Le risposte possono essere scorrette a causa di problemi di memoria, ma sono adeguate alla situazione e possono essere ritardate o immediate. Mostra una diminuita capacità di analizzare l'informazione con incapacità di anticipare a prevedere gli eventi. La memoria per gli avvenimenti del passato è migliore di quella per gli eventi recenti (accaduti dopo il trauma).

Il paziente può mostrare una iniziale consapevolezza di situazione e si può rendere conto che ha delle difficoltà a rispondere. Non tende più a vagare senza meta ed ha un parziale orientamento nello spazio e nel tempo. L'attenzione selettiva al compito può essere compromessa, specie in compiti difficili o in situazioni non "facilitanti", ma riesce ad effettuare correttamente normali attività di cura di sé. Può mostrare di riconoscere i componenti del team e ha una migliore consapevolezza di sé, dei suoi bisogni elementari ed è più adeguato nei rapporti con i familiari.

VII. Automatico — appropriato

Il paziente è adeguato ed orientato nell'ambiente del reparto ed a casa, svolge le sue attività di vita quotidiana automaticamente e in modo simile a quello di un robot. Non presenta confusione e ha una certa capacità di ricordare cosa gli è successo. Si mostra via via più consapevole della sua situazione, dei suoi problemi e necessità fisiche, dei suoi bisogni, della presenza dei familiari e delle altre persone presenti intorno a lui, così come dell'ambiente in generale.

Ha una consapevolezza superficiale della sua situazione generale, ma gli manca ancora la capacità di analizzarla nelle sue conseguenze, ha scarsa capacità di critica e di giudizio e non è in grado di fare programmi realistici per il futuro. Mostra di poter applicare nuove abilità ma ancora con difficoltà e in modo parziale. Necessita almeno di una supervisione minima per difficoltà di apprendimento e per motivi di sicurezza. E' autonomo nelle attività di cura di sé e può necessitare di supervisione a casa o fuori, per ragioni di sicurezza. In un ambiente facilitante, può essere in grado di iniziare da solo certe attività pratiche, o attività sportive, o sociali verso le quali può mostrare interesse.

VIII. Finalizzato — appropriato

il paziente è vigile e orientato: è in grado di ricordare ed integrare eventi passati e recenti ed è consapevole della propria situazione. Si mostra in grado di applicare nuove conoscenze ed abilità apprese, purché siano accettabili per lui e per il suo stile di vita, e non necessita di supervisione. Nei limiti delle sue eventuali difficoltà fisiche, si mostra indipendente nelle attività domestiche e sociali. Può continuare a mostrare una certa diminuzione di capacità rispetto a prima del trauma, specie riguardo alla velocità e adeguatezza nell'analizzare le informazioni, nel ragionamento astratto, nella tolleranza allo stress e nella capacità di critica e giudizio in situazioni di emergenza o in circostanze non abituali. Le sue capacità intellettive, la sua capacità di adattamento emozionale e le abilità sociali possono essere ancora a un livello inferiore rispetto a prima, ma consentono comunque il reinserimento sociale.

Glasgow Coma Scale

Apertura occhi	
Migliore risposta motoria	
Migliore risposta verbale	
PUNTEGGIO TOTALE	

Apertura degli occhi		Risposta motoria		Risposta verbale	
Spontanea	4	Ubbidisce al comando	6	Orientata	5
Alla voce	3	Localizza il dolore	5	Confusa	4
Al dolore	2	Retrae al dolore	4	Parole inappropriate	3
Nessuna	1	Decortizzazione	3	Suoni incomprensibili	2
		Decerebrazione	2	Nessuna	1
		Nessuna risposta	1		

Glasgow Outcome Scale (GOS)

Buon recupero	Paziente che può presentare menomazioni motorie e/o cognitive residue, ma è in grado di riprendere una vita "normale". La ripresa del lavoro non è un criterio affidabile perché troppo condizionato dal contesto. E' importante valutare le abilità sociali.
Disabilità moderata	Disabile ma indipendente. Paziente che pur potendo presentare diversi gradi di deficit motorio o cognitivo/comportamentale, è indipendente nella vita quotidiana.
Disabilità grave	Cosciente ma disabile. Paziente che a causa delle sue menomazioni fisiche o mentali, necessita di assistenza di una terza persona nelle attività di vita quotidiana.
Stato vegetativo	Vigile, ma non è in grado di comunicare con l'ambiente.

Disability Rating Scale (DRS) elaborata specificamente per i pazienti con trauma cranioencefalico.

È uno strumento composito, che include la valutazione della menomazione, delle limitazioni delle attività e della restrizione della partecipazione e vi attribuisce un punteggio complessivo. È una scala di semplice e rapido utilizzo, affidabile con buona validità generale e predittiva. (16)

DISABILITY RATING SCALE

1) VIGILANZA CONSAPEVOLEZZA e RESPONSABILITÀ

Apertura degli Occhi: <input type="checkbox"/>	Abilità di Comunicazione: <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Miglior Risposta Motoria: <input type="checkbox"/>
0= Spontanea	0= Orientata		0= Su ordine
1= Alla parola	1= Confusa		1= Localizzata
2= Al dolore	2= Inappropriata		2= Generalizzata
3= Nessuna	3= Incomprensibile		3= In flessione
	4= Nessuna		4= In estensione
	(in caso di tracheotomia barrare la T; in caso di afasia, barrare la D)		5= Nessuna

2) ABILITÀ COGNITIVA PER LE ATTIVITÀ DELLA CURA DI SÉ:
(Il paziente sa come e quando? Ignorare la disabilità motoria)

Nutrirsi: <input type="checkbox"/>	Sfinteri: <input type="checkbox"/>	Rassettarsi: <input type="checkbox"/>
0= Completa	0= Completa	0= Completa
1= Parziale	1= Parziale	1= Parziale
2= Minima	2= Minima	2= Minima
3= Nessuna	3= Nessuna	3= Nessuna

Categorie di disabilità		Punteggio complessivo
Nessuna disabilità	1 <input type="checkbox"/>	0
Disabilità lieve	2 <input type="checkbox"/>	1
Disabilità parziale	3 <input type="checkbox"/>	2-3
Disabilità moderata	4 <input type="checkbox"/>	4-6
Disabilità moderatamente severa	5 <input type="checkbox"/>	7-11
Disabilità severa	6 <input type="checkbox"/>	12-16
Disabilità estremamente severa	7 <input type="checkbox"/>	17-21
Stato vegetativo	8 <input type="checkbox"/>	22-24
Stato vegetativo grave	9 <input type="checkbox"/>	25-29
Morte	10 <input type="checkbox"/>	30

3) LIVELLO FUNZIONALE:

0= Completa indipendenza
1= Indipendenza con particolari necessità ambientali
2= Dipendenza lieve
3= Dipendenza moderata
4= Dipendenza marcata
5= Dipendenza totale

4) IMPIEGABILITÀ:

0= Non ristretta
1= Impieghi selezionati (competitivi)
2= Lavoro protetto (non competitivo)
3= Non impiegabile

DATA		
Vigilanza / Responsività	Apertura occhi	
	Abilità comunicazione	
	Risposta motoria	
Abilità cognitiva per cura di sé	Nutrirsi	
	Sfinteri	
	Rassettarsi	
Livello funzionale		
Impiegabilità		
PUNTEGGIO TOTALE		
CATEGORIA DI DISABILITÀ		

DISABILITY RATING SCALE
DEFINIZIONI DELLE VOCI PER ATTRIBUIRE PUNTEGGI

APERTURA DEGLI OCCHI

- 0= SPONTANEA: gli occhi si aprono con il ritmo sonno/veglia, essendo indice di attività dei meccanismi di vigilanza: non presuppone consapevolezza
- 1= ALLA PAROLA E/O ALLA STIMOLAZIONE SENSORIALE: una risposta a qualsiasi approccio verbale, sia parlato che urlato, non necessariamente il comando di aprire gli occhi. Oppure ancora, risposta al tocco o lieve pressione.
- 2= AL DOLORE: risposta allo stimolo doloroso
- 3= NESSUNA: non apertura degli occhi neppure allo stimolo doloroso

MIGLIORE CAPACITÀ DI COMUNICAZIONE

(se il paziente non può usare la voce a causa di tracheostomia o perché afasico o disartico o ha paralisi delle corde vocali o disfunzione della voce, considerare la migliore risposta e annotarla con commento)

- 0= ORIENTATO: implica consapevolezza di sé e dell'ambiente. Il paziente è capace di dire a) chi è b) dove e c) perché è lì d) anno e) stagione f) mese g) giorno h) ora del giorno
- 1= CONFUSO: l'attenzione può essere mantenuta e il paziente risponde alle domande ma le risposte sono ritardate e/o indicanti vari gradi di disorientamento e confusione
- 2= INAPPROPRIATO: articolazione della parola intelligibile ma il linguaggio è usato solo in modo esclamativo o casuale (es. grida o imprecazioni); non è possibile sostenere una comunicazione
- 3= INCOMPRESIBILE: lamenti, gemiti e suoni senza parole comprensibili; non consistenti segni di comunicazione
- 4= NESSUNA: nessun suono né segno di comunicazione da parte del paziente

MIGLIOR RISPOSTA MOTORIA

- 0= ESEGUE: obbedisce al comando di muovere le dita dal lato migliore. Se non c'è risposta o non è appropriata prova con un altro comando come ad es. "muova le labbra" o "chiudi gli occhi" ecc. Non include il grasp reflex o altre risposte riflesse
- 1= LOCALIZZA: uno stimolo doloroso a più di una sede causa il movimento di una estremità (anche lieve) nel tentativo di rimuoverlo, e' un atto motorio deliberato per allontanarsi o rimuovere la sorgente dello stimolo doloroso. Se ci sono dubbi tra retrazione di difesa e localizzazione, se si ripete dopo 3-4 stimolazioni dolorose considerarla localizzazione
- 2= SI RITRAE: qualsiasi movimento generalizzato di fuga da una stimolazione dolorifica, il che è più di una risposta riflesse
- 3= FLESSIONE: lo stimolo dolorifico dà origine ad una flessione al gomito, rapida retrazione con abduzione della spalla o una lenta retrazione con adduzione della spalla. Se c'è confusione con il ritrarsi, usate la puntura di spillo sulla mani e poi sul viso
- 4= ESTENSIONE: lo stimolo doloroso evoca una estensione degli arti
- 5= NESSUNA: nessuna risposta può essere elicitata. Normalmente si associa ad ipotonia. Esclude la sezione spinale come spiegazione della mancata risposta; deve essere stato applicato uno stimolo adeguato

ABILITÀ COGNITIVA PER NUTRIRSI, PER CONTINENZA E PER RASSETTARSI.

Stima ciascuna delle tre funzioni separatamente. Per ciascuna funzione, rispondete alla domanda "il paziente mostra *consapevolezza* di *come* e *quando* realizzare ciascuna specifica attività?". Ignorate le disabilità motorie che interferiscono con l'eseguire una funzione. (Cio viene stimato nel Livello Funzionale descritto sotto). Stimare la miglior prestazione per la funzione gestione sfinteri basata sulla condotta dell'intestino e della vescica. Il rassetarsi si riferisce al fare il bagno, lavarsi, pulirsi i denti, farsi la barba, pettinarsi o spazzolarsi i capelli e vestirsi

- 0= COMPLETA: mostra *continuativamente consapevolezza* di sapere *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassetarsi e può dare inequivocabili informazioni in merito al fatto che egli *sa quando* si deve compiere tale attività.
- 1= PARZIALE: *non sempre* mostra *consapevolezza* di sapere *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassetarsi e/o può dare ad intermittenza in modo ragionevolmente chiaro informazioni in merito al fatto che egli *sa quando* si deve compiere tale attività.
- 2= MINIMA: mostra *discutibile o infrequente consapevolezza* di sapere in modo elementare *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassetarsi e/o mostra raramente solo attraverso certi segnali, suoni o attività che è vagamente consapevole di *quando* si deve compiere tale attività
- 3= NESSUNA: mostra virtualmente *nessuna consapevolezza* in nessun momento di sapere *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassetarsi e/o non può dare informazioni neppure attraverso segnali, suoni o attività, in merito al fatto che egli *sa quando* si deve compiere tale attività

LIVELLO FUNZIONALE:

- 0= **COMPLETA INDIPENDENZA:** capacità di vivere secondo le proprie preferenze, senza limitazioni dovute a problemi fisici, mentali, emozionali o sociali
- 1= **INDIPENDENZA CON PARTICOLARI NECESSITÀ:** capacità di vivere in modo indipendente con ausili o adattamenti ambientali (es. supporti "meccanici")
- 2= **DIPENDENZA LIEVE:** capace di far fronte indipendentemente alla maggior parte dei bisogni personali, ma necessita di assistenza limitata a causa di problemi fisici, cognitivi o emozionali (ad es. necessità di aiuto umano non continuativo)
- 3= **DIPENDENZA MODERATA:** capacità parziale nella cura di sé, ma necessita di aiuto umano costante
- 4= **DIPENDENZA MARCATO:** bisogno di aiuto in tutte le principali attività e di assistenza costante di un'altra persona
- 5= **DIPENDENZA TOTALE:** non in grado di collaborare alla assistenza personale, e necessita di assistenza completa nell'arco delle 24 ore

"IMPIEGABILITÀ":

La voce adattabilità psicosociale o "impiegabilità" tiene conto complessivamente della abilità cognitiva e fisica di essere un impiegato, un lavoratore a domicilio o studente. Questa determinazione deve tener conto di considerazioni quali le seguenti:

1. capace di capire, ricordare e seguire delle istruzioni; 2. può pianificare e portare a termine compiti almeno a livello di impiegato d'ufficio o in semplici routinarie ripetitive situazioni industriali o può adempiere ai compiti scolastici; 3. capacità di rimanere orientato, pertinente e appropriato nel lavoro o in altre situazioni psicosociali; 4. capacità di andare e tornare dal lavoro o da centri commerciali usando effettivamente veicoli pubblici o privati; 5. capacità di trattare con concetti numerici; 6. capacità di fare acquisti e gestire semplici problemi di cambio di denaro; 7. capacità di tenere appunti di orari ed appuntamenti.

- 0= **NON RISTRETTA:** può competere nel libero mercato per un relativamente ampio spettro di lavori commisurati con le capacità esistenti; o può iniziare, pianificare, eseguire ed assumere responsabilità associate all'attività casalinga; o può capire e portare a termine la maggior parte dei compiti scolastici assegnati
- 1= **LAVORI SELEZIONATI, COMPETITIVI:** può competere in un mercato del lavoro limitato per un range relativamente ristretto di impieghi a causa di limitazioni del tipo descritto sopra e/o a causa di alcune limitazioni fisiche; o può iniziare, pianificare eseguire, e assumere molte ma non tutte le responsabilità associate all'attività casalinga; o può capire e portare a termine molti ma non tutti i compiti scolastici assegnati.
- 2= **LAVORO PROTETTO, NON COMPETITIVO:** non può competere con successo nel mercato del lavoro a causa di limitazioni del tipo descritto sopra e/o a causa di moderate o severe limitazioni funzionali; o non può senza una assistenza superiore iniziare, pianificare eseguire, e assumere le responsabilità associate all'attività casalinga; o non può capire o portare a termine, senza assistenza, relativamente semplici compiti scolastici assegnati
- 3= **NON IMPIEGABILE:** completamente non impiegabile a causa di estreme limitazioni psicosociali del tipo sopra descritto; o completamente incapace di iniziare, pianificare eseguire, ed assumere qualsiasi responsabilità associata all'attività casalinga; non può capire o portare a termine qualsiasi compito scolastico assegnato

Così come auspicato nelle conferenze di consenso nazionale sulle GCLA di Modena del 2000, di Verona del 2005 e, recentemente, di Salsomaggiore 2010, è necessario condividere i principi fondanti di una corretta presa in carico riabilitativa, anche attraverso il corretto utilizzo delle definizioni delle diverse condizioni correlate alle gravi cerebrolesioni al fine di ridurre la potenzialità d'errore e rendere più omogenei e confrontabili le varie esperienze.

a) GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA (GCA): danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma (GCS < 8), più o meno protratto, e menomazioni sensorimotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave.

b) PAZIENTE IN COMA: la persona è con occhi chiusi, non parla, non esegue ordini semplici.

c) PAZIENTE IN STATO VEGETATIVO (SV): criteri diagnostici neurocomportamentali (tutti presenti):

- gli occhi del paziente si aprono spontaneamente o dopo stimolazione;
- il paziente non esegue alcun comando;
- il paziente non esprime o emette parole riconoscibili;
- il paziente non dimostra movimenti intenzionali (può mostrare movimenti riflessi di tipo posturale, sottrazione al dolore, o sorriso involontario);
- il paziente non può sostenere movimenti di inseguimento visivo lento entro un arco di 45° in qualsiasi direzione quando gli occhi sono tenuti aperti;
- i criteri suddetti non devono essere secondari all'utilizzo di agenti paralizzanti.

d) STATO DI MINIMA COSCIENZA (SMC): elenco dei comportamenti utili per la diagnosi di SMC:

- esecuzione di comandi semplici;
- risposte di tipo SÌ/NO gestuali o verbali (a dispetto della accuratezza);
- verbalizzazione comprensibile;
- comportamento propositivo, includendo movimenti o comportamenti affettivi che si verificano in relazione contingente con stimoli ambientali rilevanti e non sono dovute ad attività riflesse. Alcuni esempi di comportamenti propositivi qualificati includono:
 - ridere o piangere appropriati in risposta a stimoli linguistici o visivi a contenuto emozionale ma non in risposta a stimoli o argomenti neutrali;
 - vocalizzazioni o gesti che si verificano in risposta diretta al contenuto linguistico di domande;
 - raggiungimento di oggetti che dimostra una chiara relazione tra la localizzazione dell'oggetto e la direzione del movimento di raggiungimento;
 - toccare o tenere oggetti in un modo che si adatta alle dimensioni e alla forma di un oggetto;
 - movimenti di inseguimento visivo o fissazione sostenuta che si verificano in risposta diretta al movimento o a stimoli salienti.

e) MUTISMO ACINETICO (MA): criteri diagnostici Neurocomportamentali (tutti presenti):

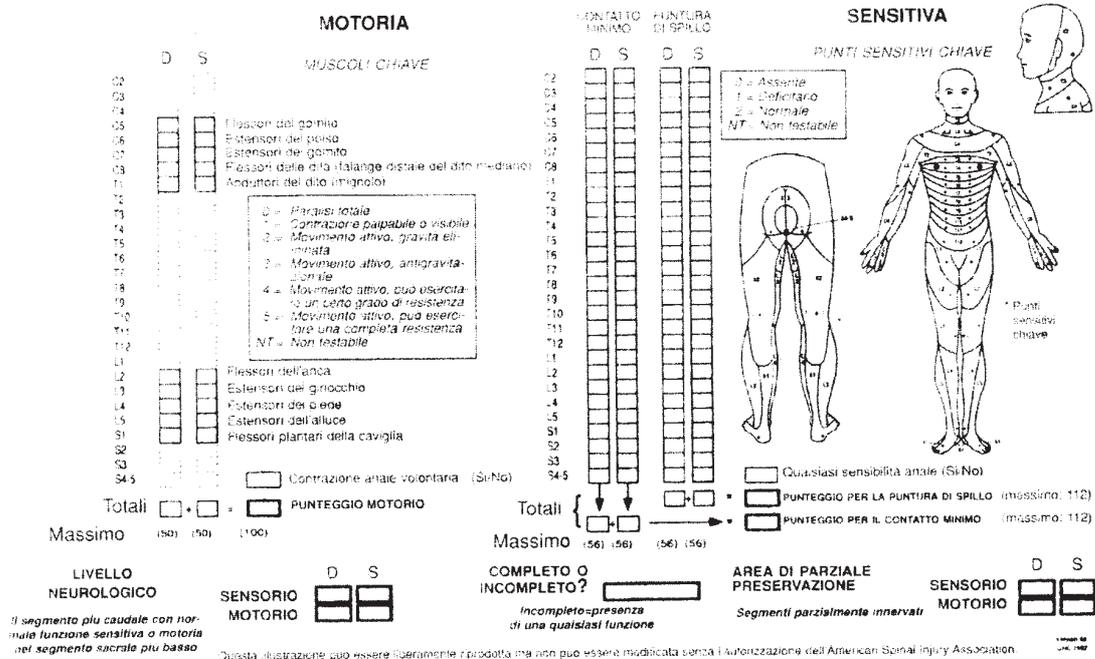
- L'apertura degli occhi è ben mantenuta e si verifica in associazione con movimenti di inseguimento visivo di stimoli ambientali;
- parole o movimenti spontanei non sono discernibili o solo molto piccoli;
- l'esecuzione di comandi e la verbalizzazione sono elicetabili, ma si verificano poco frequentemente;
- la bassa frequenza di movimenti e parola non può essere attribuita a disturbi neuromuscolari (es. spasticità o ipotono) o disturbi di vigilanza (es. ottundimento) tipicamente notati nello SMC.

f) PAZIENTE COSCIENTE: esecuzione consistente, attendibile, ripetibile di ordini semplici.

g) LOCKED IN SINDROME (LIS) ("Sindrome del chiavistello" o "chiuso dentro"): criteri diagnostici neurocomportamentali:

- l'apertura degli occhi è ben sostenuta (la ptosi bilaterale dovrebbe essere esclusa come un fattore complicante in pazienti che non aprono gli occhi, ma dimostrano movimenti oculari a comando quando gli occhi sono aperti manualmente);
- abilità cognitive basiche sono evidenti alla valutazione;
- c'è evidenza clinica di anartria;
- c'è evidenza clinica di tetraplegia;
- il modo primario di comunicazione è mediante movimenti verticali o laterali degli occhi, oppure la chiusura della palpebra superiore. Tale sindrome è generalmente secondaria a lesione troncoencefalica, pontina ventrale, e può manifestarsi già dalla fase acuta come tale, oppure dopo il coma o dopo lo SV, quando al recupero della coscienza diventa evidente la tetraplegia ed anartria.

CLASSIFICAZIONE NEUROLOGICA STANDARD DELLE LESIONI MIDOLLARI
 Secondo la Classificazione ASIA (American Spinal Injury Association)



Questa illustrazione può essere liberamente riprodotta ma non può essere modificata senza l'autorizzazione della American Spinal Injury Association.

La classificazione neurologica standard della lesione del midollo spinale. (Da: International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. Riprodotto con l'autorizzazione della American Spinal Injury Association, Chicago, 1992).

SCALA MENOMAZIONE ASIA

A	completa	Deficit sensitivo e motorio a livello di S4 – S5
B	incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico (compreso S4 – S5)
C	incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D	incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
E	normale	Nessun sintomo neurologico (ipostenia, ipoestesia, turbe sfinteriche) ma possibili alterazioni dei riflessi

GRADO DELLA FORZA MUSCOLARE

0	Paralisi totale
1	Contrazione palpabile o visibile
2	Escursione completa dei movimenti con gravità eliminata
3	Escursione completa dei movimenti contro gravità
4	Escursione completa dei movimenti ma con forza ridotta
5	Forza normale
NT	Non valutabile

SCHEDA PROPOSTA PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

ASL	REGIONE PUGLIA
SCHEDA PROPOSTA DI PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE	

Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo	Città	Tel.

U.O. richiedente la consulenza Fisiatrica:	Medico:
Recapiti: Tel. FAX	E-mail
Motivo della consulenza:	

Ambiti dei bisogni clinico-assistenziali:

Cute (decubiti):	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Sede	Stadio
Respirazione:	Spont. <input type="checkbox"/>	Cannula <input type="checkbox"/>	O2 <input type="checkbox"/> l' ..	Ventil. <input type="checkbox"/>
Disagia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Alimentazione	os <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	CVC <input type="checkbox"/>
Catetere Vescicale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Carico	Parz. <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Totale <input type="checkbox"/>	
Iperpiressia	NO <input type="checkbox"/> - SI <input type="checkbox"/>	se si specificare da quanto tempo		
Agitazione psicomotoria	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Stato di coscienza:	Vigile <input type="checkbox"/>	Obnubilato <input type="checkbox"/>	Comuso <input type="checkbox"/>	
Altro				

Comorbilità (anche precedenti) :

(Possibili più risposte) 1 Malattie cardiovascolari; 2 Malattie respiratorie;
 3 Dismetaboliche/endocrine; 4 Neoplastica; 5 Psichiatriche; 6 Inettive;
 7 Neurologiche; 8 Progresso Coma (specificare la durata); 9 Altro (spec.).

Terapia in atto:

Diagnosi Riabilitativa:

Descrizione del grado di autonomia:			
	Aut.	Parz. Aut.	Non Aut.
Cura di sé:			
Controllo sfinterico:			
Mobilità nei trasferimenti:			
Deambulazione:			
Comunicazione:			
Collaborazione/partecipazione:			
Altro:			
Barthel Index:	/100		
FIM:	/126		
GCS:	/15 Obbligatoria per ricov. in cod. 75		
LCF:	Obbligatoria per ricov. in cod. 75		
ASIA:	Obbligatoria per ricov. in cod. 28		

Richiesta di accoglimento in:

<input type="checkbox"/> Reparto per acuti <input type="checkbox"/> Lungodegenza <input type="checkbox"/> Cod. 75 <input type="checkbox"/> Cod. 56 <input type="checkbox"/> Cod. 28 <input type="checkbox"/> Estensivo <input type="checkbox"/> SCAP <input type="checkbox"/> RSA-RSSA <input type="checkbox"/> Cure domiciliari <input type="checkbox"/> Ambulatorio RRF <input type="checkbox"/> Non indic. Tratt. Riabilitativo
--

Data Medico proponente