

**PROTOCOLLO D'INTESA PER L'ATTUAZIONE
DI PERCORSI RIABILITATIVI NEUROLOGICI INTEGRATI**

TRA

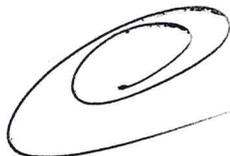
L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, con sede legale in Palermo , Piazza Nicola Leotta n. 4, P.I. 05841770828, di seguito denominata "ARNAS" nella persona del Commissario Straordinario Dott. Carmelo Pullara, nato a Licata (AG) il 06/10/1972, *giusto deliberazione n. _____ del _____*

e

La Casa di Cura Villa Margherita di Palermo con sede legale in Palermo Via Marchese di Villabianca n. 6, P.I. 02533080822, nella persona dell'Amministratore Avv. Vito Sabbino

PREMESSO CHE:

- il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 ha descritto un modello di rete assistenziale basata sul principio della continuità, erogata attraverso percorsi specifici con un sistema fortemente integrato tra i diversi livelli istituzionali
- nell'ambito dell'area riabilitativa si evidenziano alcune criticità dovute, anche, ad una carente integrazione tra riabilitazione ospedaliera e territoriale nonché con i soggetti accreditati o convenzionati regionali per l'erogazione della rete riabilitativa
- collegata alla suddetta criticità, si evidenzia la necessità di migliorare le performance di quest'ARNAS attraverso un utilizzo sempre più appropriato dei posti letto e l'incremento dei casi relativi al trattamento di pazienti in fase acuta e ad alta complessità;
- per le finalità sopradescritte occorre rendere operativi dei percorsi che consentano di trasferire i pazienti con deficit neurologici che abbiano superato la fase acuta in costanza di ricovero presso l'ARNAS ad altre strutture in grado di garantire trattamenti clinico-riabilitativi di tipo intensivo adeguati, nel rispetto del principio dell'equità nelle condizioni di accesso e di fruizione;
- la casa di cura Villa Margherita è una struttura privata convenzionata presente nel territorio, dotata di cultura e tecnologia riabilitativa globale intensiva riconosciuta, presso la quale possono essere utilizzati posti letto prioritariamente dedicati ai pazienti trasferiti da quest'ARNAS



SI CONCORDA QUANTO SEGUE:

ART . 1 – OGGETTO E FINALITA'

Il presente protocollo disciplina le modalità operative ed i criteri mediante i quali la Casa di Cura Villa Margherita mette a disposizione dell'ARNAS Civico, in via prioritaria, almeno quattro posti letto di riabilitazione neurologica per la presa in carico di pazienti già trattati nella fase acuta presso la struttura ospedaliera e garantire loro la continuità assistenziale nella varie fasi del processo riabilitativo.

Il presente protocollo scaturisce dalla volontà di perseguire, in modo congiunto, obiettivi di qualità ed efficienza del servizio sanitario regionale nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività.

ART . 2 – CRITERI CLINICI PER LA SELEZIONE DEI PAZIENTI DA TRASFERIRE

I pazienti trasferibili dall'ARNAS a Villa Margherita sono pazienti provenienti da Stroke Units, Neurochirurgia, UU.OO. di area medica, affetti da deficit neurologici in condizione di stabilizzazione clinica, ossia pazienti per i quali siano state risolte le problematiche acute correlate alla motivazione d'ammissione e/o a complicanze insorte in degenza, sia dal punto di vista medico-chirurgico che diagnostico. In presenza di comorbidità (diabete mellito, ipertensione, turbe della deglutizione) è possibile che essi siano trasferiti con sondino naso-gastrico, catetere vescicale, ecc., nel rispetto dei criteri di accesso stabiliti dal progetto di struttura della Casa di Cura Villa Margherita (che si allega come allegato A e che costituisce parte integrante del presente protocollo di intesa). La Casa di Cura Villa Margherita si riserva di non accettare il paziente qualora non vengano rispettati i criteri di accesso. Resta inteso che le predette patologie concomitanti saranno trattate dalla Casa di Cura Villa Margherita nei limiti delle competenze specialistiche.

ART. 3 – MODALITA' DI TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI

Il trasporto del paziente rappresenta un momento fondamentale del suo percorso assistenziale e si fonda sulle sue condizioni e sul suo bisogno di continuità delle cure e delle prestazioni. Il trasporto del paziente dall'ARNAS a Villa Margherita viene effettuato in condizioni di sicurezza con i mezzi ed il personale dell'ARNAS secondo le modalità operative vigenti presso l'ARNAS. L'attivazione del trasferimento comporta per ogni sanitario che vi partecipa l'assunzione di una responsabilità nel procedimento terapeutico del paziente.

La decisione di effettuare il trasferimento, comportando quest'ultimo benefici e rischi, è assimilabile a qualsiasi altra scelta terapeutica o diagnostica e, quindi, come tale, necessita di una



adeguata informazione al paziente attraverso l'acquisizione di un formale consenso che deve risultare evidente nella documentazione sanitaria che segue il paziente. Tale documentazione sanitaria che accompagna il paziente, consegnata al team ricevente di trasporto, include una copia della SDO ed una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente, sugli interventi e le procedure prestatati dall'ARNAS e l'autorizzazione al trasferimento a firma dell'U.O. Bed Management. La procedura di trasferimento del paziente avviene secondo le fasi schematicamente descritte nel diagramma di flusso (allegato B) al presente protocollo.

Il personale coinvolto nelle procedure di trasferimento e trasporto è tenuto all'osservanza delle norme di tutela della privacy secondo il D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e, comunque, alla massima riservatezza su tutto ciò di cui venga a conoscenza per ragioni del proprio servizio.

ART. 4 – DURATA

Il presente protocollo è valido per un anno dalla data della sottoscrizione. Qualora, in corso di vigenza, si rendesse necessario procedere alla revisione delle specifiche condizioni operative a base del presente protocollo, si procederà alla stipula di un nuovo protocollo. Non è previsto il tacito rinnovo.

ART. 5 – OBBLIGHI DELLE PARTI

Le parti si impegnano a verificare la corretta applicazione del presente protocollo, con particolare riferimento a quegli aspetti che riguardano l'assistenza ai pazienti ed il coordinamento delle attività. Le parti si impegnano alla reciproca informazione e consultazione in ordine alle determinazioni che possano avere influenza sulla gestione integrata delle attività di competenza.

ART. 6 – DISPOSIZIONI FINALI

Dall'applicazione del presente protocollo non deriva alcun onere a carico delle parti.

Per tutto quanto non espressamente previsto le parti si rimettono alle norme di legge vigenti in materia. Il presente protocollo, redatto in due copie originali, viene letto e sottoscritto come segue:

PER L'ARNAS
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DOTT. CARMELO PULLARA



PER VILLA MARGHERITA
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
AVV. VITO SABBINO



 Villa Margherita <i>Casa di cura Villa margherita s.r.l.</i> Via M.se di Villabianca, 6 90143 - Palermo	<p align="center">PROGETTO DI STRUTTURA</p> <p align="center">RIABILITAZIONE NEUROLOGICA</p>	<p align="center">Revisione 1 del 28 maggio 2012</p> <p align="center">Prot. DS 31/ter/2012</p>
--	---	---

Il Progetto Riabilitativo del Reparto di Riabilitazione Neurologica della Casa di Cura Villa Margherita ha lo scopo di identificare le cronologie di intervento e le risorse professionali necessarie al raggiungimento del benessere di un paziente affetto da esiti di forme acute di patologie neurologiche.

Il Progetto Riabilitativo alla cui stesura partecipano tutti gli attori del team riabilitativo, ha il compito di organizzare ed inquadrare le attività dei singoli componenti del team per il più armonico e tempestivo raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il Progetto Riabilitativo Individuale deve essere condiviso da tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso.

Il giorno del ricovero i componenti dell'equipe riabilitativa, coordinata dal Fisiatra Responsabile, elaborano un piano generale rappresentato da un insieme di proposizioni finalizzate al perseguimento dell'outcome e delle aspettative desiderate dal paziente assistito e dai suoi familiari. La condizione fondamentale di questa fase del processo è che gli obiettivi del Progetto Riabilitativo vengano presentati in modo comprensibile e chiaro al paziente ed ai suoi familiari. Infatti, attraverso il coinvolgimento dei familiari, il Progetto Riabilitativo ha lo scopo di esplorare e promuovere le aspettative di salute più ambiziose raggiungibili nel rispetto delle priorità desiderate dal paziente.

Nel rispetto delle priorità definite dal paziente è possibile che intervengano nel corso del ricovero eventuali modifiche sostanziali degli obiettivi: pertanto, si prevede che, nell'ambito delle consultazioni tra componenti del team, paziente e suoi familiari, vengano prontamente riconsiderati gli obiettivi prefissati e le strategie individuate nel progetto stesso.

Il Progetto Riabilitativo, pertanto, viene inteso dal Team Riabilitativo come uno strumento flessibile, in quanto modificabile, da adattare, di volta in volta, qualora si verifichi una sostanziale



modifica dei presupposti per cui è stato elaborato, in tal caso, dovendosi nuovamente avviare la fase di consultazione fra tutte le figure coinvolte.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La fase di prenotazione dei pazienti viene preceduta da strette intese con i presidi ospedalieri di riferimento.

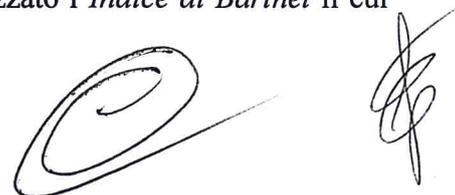
Infatti, la presa in carico del paziente avviene già nella fase di inserimento dello stesso nella lista di attesa; questa si forma sulla scorta delle richieste promosse dai diversi presidi per acuti che operano sul territorio, previo contatto telefonico e trasmissione via fax di una scheda di valutazione sintetica sulla quale viene trascritto il profilo clinico del paziente, indispensabile ai fini del rilascio di un giudizio di ammissibilità al ricovero nella U.O. di Riabilitazione Neurologica.

Nella fase prodromica al ricovero, sulla scorta dei dati inerenti il profilo clinico dei pazienti è prevista la verifica dei seguenti parametri di tipo amministrativo:

1. Il ricovero nella U.O. di Neuroriabilitazione deve essere attivato entro 120 giorni dalla data dell'evento acuto.
2. Il paziente deve avere una età inferiore a 85 anni.
3. Non devono essere presenti comorbidità gravi per le quali si rende più appropriato il ricovero in reparto per acuti.

Successivamente, sotto il profilo sanitario, il giorno del ricovero vengono acquisiti ulteriori elementi di ammissibilità:

1. Viene calcolato il grado di complessità delle comorbidità del paziente utilizzando la *Cumulative Illness Rating Scale* o *C.I.R.S.*, il cui valore deve essere inferiore al punteggio di 27.
2. Viene verificata l'integrità cognitiva del paziente attraverso la somministrazione del *Mini Mental Test Examination* o *M.M.S.E.*, il cui valore dovrà essere superiore al valore di 16.
3. Per la valutazione dell'entità e delle menomazioni verrà utilizzato l'*Indice di Barthel* il cui valore dovrà risultare inferiore a 25 punti.



PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Il Progetto Riabilitativo Individuale prevede l'elaborazione da parte del Team Riabilitativo di un insieme di proposizioni cronologicamente definite e finalizzate al recupero del benessere del paziente.

Il Programma Riabilitativo Individuale descrive i presupposti clinico-funzionali che, al momento dell'ammissione al Reparto di Neuroriabilitazione, sostengono la necessità e l'opportunità di una presa in carico. Con esso, in funzione del diverso grado e tipologia delle disabilità rilevate e delle abilità residue vengono identificate le strategie di intervento e con esse le aree di intervento specifico.

Per ciascuna delle professionalità coinvolte nel programma, vengono, innanzitutto, identificati gli obiettivi immediati ovvero, quelli che, sin dall'inizio del ricovero, modificano positivamente la qualità di vita del paziente; poi gli obiettivi a breve termine (goals), consentono nello spazio di pochi giorni ulteriori vantaggi; quindi gli obiettivi a medio termine, da raggiungere in poche settimane (outcome specifici).

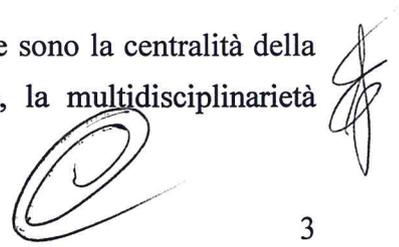
In Riabilitazione, il goal è un obiettivo da raggiungere in un breve arco di tempo, da poche ore ad una o due settimane al massimo: ad esempio il recupero del controllo del tronco da seduto o l'indipendenza nell'igiene della parte superiore del corpo.

Gli outcome specifici sono gli obiettivi in ordine a determinate categorie di problemi e/o condizioni delle persone, che si presentano nel corso del ricovero: esempi di outcome specifici sono gli obiettivi di stabilità clinica, l'indipendenza dalla necessità di utilizzo della carrozzina.

Una visione più generale degli obiettivi di recupero individuale prevede il perseguimento di obiettivi meno specifici come l'insieme degli obiettivi prefissati dai diversi programmi terapeutici per singole menomazioni e disabilità: esso rappresenta l'outcome globale i cui esempi si possono ricondurre agli obiettivi di reinserimento nel proprio ambiente di vita, familiare e/o lavorativo, grado di soddisfazione del benessere raggiunto e della qualità di vita recuperata

L'obiettivo generale della Riabilitazione Neurologica, come percorso strutturato sull'outcome, è il raggiungimento del massimo grado di autonomia nelle attività di vita quotidiana che la persona desidera e può raggiungere.

I principi fondamentali attraverso cui si sviluppano le strategie riabilitative sono la centralità della persona, l'unità bio-psico-sociale, il percorso strutturato sull'outcome, la multidisciplinarietà dell'intervento sviluppato dal Team Riabilitativo.



L'INTERVENTO DEL FISIATRA

Il Fisiatra, nel giorno di ammissione, dopo avere consultato la cartella clinica del paziente, le osservazioni rilevate dai Medici Neurologi contribuisce alla formulazione di una prognosi funzionale riabilitativa che, per le emiparesi, viene effettuata attraverso l'analisi di:

1) Fattori predittivi funzionali sfavorevoli:

- a) Presenza in anamnesi di malattie cerebrovascolari antecedenti allo stroke
disturbi della coscienza al momento del ricovero
incontinenza sfinterica nelle fasi iniziali
- b) Presenza all'esame obiettivo di deficit della sensibilità somatica
negligenza spaziale unilaterale
decadimento cognitivo
depressione
- c) Presenza di bassi punteggi in scale di valutazione funzionale quali l'Indice di Barthel
- d) Assenza dei Potenziali Evocati Motori (PEM), indice di scarso recupero

2) Fattori predittivi funzionali favorevoli

- a) Valutazione positiva della situazione socio-familiare (efficienza del caregiver, abitazione, condizioni economiche, etc.)
- b) Valutazione globale delle potenzialità residue
- c) Valutazione specifica dell'attività motoria precoce dell'arto inferiore paretico
- d) Valutazione specifica della motilità volontaria precoce dell'arto superiore paretico

Il Fisiatra Responsabile, identifica le professionalità da coinvolgere e coordina le attività del Team Riabilitativo nella scelta degli obiettivi e delle strategie che andranno a comporre il Programma Riabilitativo Individuale nel rispetto fondamentale delle aspettative del paziente e dei suoi familiari.

Qualora lungo il decorso della degenza si verificassero eventuali modifiche sostanziali degli obiettivi, il Fisiatra Responsabile avvia una nuova consultazione tra i diversi componenti del Team Riabilitativo, con il paziente e con suoi familiari affinché vengano prontamente ricondivise le strategie del progetto stesso.

E' prevista una consultazione intermedia del Team Riabilitativo che ha lo scopo di verificare e confrontare gli obiettivi.



Alla dimissione, si fa riferimento alla continuità ospedale/territorio, rimandando le informazioni specifiche ad appositi colloqui informativi/formativi con il paziente, e con i caregivers i cui contenuti saranno sinteticamente forniti all'utente ed ai propri familiari con la consegna di una apposita scheda di dimissione,

La scheda di dimissione ha lo scopo di aiutare i pazienti ed i caregivers a muoversi nel mondo dell'assistenza sociale e sanitaria domiciliare, li aiuta nella gestione delle pratiche burocratiche e nell'acquisizione di presidi sanitari (protesi, carrozzine ed altri presidi per la mobilizzazione, letti appositi, materassi specifici ed altri presidi sanitari).

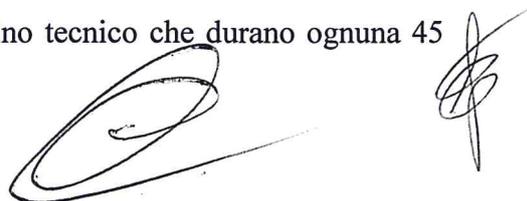
L'INTERVENTO DEL NEUROLOGO

E' cura del Neurologo, d'intesa con gli altri componenti del team riabilitativo il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente, dall'ingresso e per tutta la durata della degenza fino alla dimissione finalizzata alla stabilizzazione clinica e alla prevenzione di eventuali complicazioni che potrebbero inficiare la continuità dell'intervento riabilitativo, rendendo necessario il trasferimento ad altra unità di degenza nel rispetto della appropriatezza del regime di ricovero.

L'INTERVENTO DEL FISIOTERAPISTA

A seconda della menomazione/disabilità trattata, il Fisiatra Responsabile identifica gli Operatori Sanitari e della Riabilitazione che partecipano al Team Riabilitativo e che, individualmente od in gruppo, mettono in atto le Progettualità Rieducative con un impegno di terapia specifica, secondo quanto previsto dal D.A. 1129 del 12 giugno 2009, orientativamente, di tre ore giornaliere; quest'ultima deve intendersi come quell'insieme di prestazioni, erogate direttamente dagli Operatori Sanitari e della Riabilitazione, quale ad esempio il Fisioterapista, il Logopedista lo Psicologo e gli Infermieri, finalizzate al miglioramento delle ADL (Attività della Vita Quotidiana).

Il trattamento individuale dei Fisioterapisti si esprime, principalmente, attraverso l'uso personalizzato di tecniche di riabilitazione neuro-muscolare che traggono spunto dagli orientamenti di Bobath, Kabath e Brunnstrom: gli emiplegici adulti, in assenza di comorbidità, possono sopportare senza fatica due sedute giornaliere di lavoro su lettino tecnico che durano ognuna 45 minuti consecutivi.



I piani di trattamento più comunemente adoperati dai fisioterapisti si avvalgono delle tecniche di sviluppo delle sinergie primitive, delle tecniche di facilitazione e di inibizione, tecniche di decondizionamento degli schemi primitivi di movimento, tecniche di trattamento passivo in difesa della conservazione dei movimenti, tecniche di riallineamento funzionale, tecniche di scatenamento e ricondizionamento delle reazioni automatiche superiori, tecniche di sviluppo della motilità fine e di manipolazione degli oggetti. In progressione, vengono sviluppate tecniche di trattamento per lo sviluppo di schemi di protezione contro la caduta e schemi per lo sviluppo di movimenti in appoggio cui farà seguito la ricerca dell'equilibrio statico e dinamico e della stazione eretta. Quindi, si darà corso allo sviluppo dinamico degli schemi di passo per poi passare alla deambulazione ed all'uso delle scale con e senza appoggio.

Le tecniche di trattamento e i diversi schemi delle posture e dei movimenti nei quali possono essere messi in atto, offrono, per il loro numero, una grande varietà di combinazioni. In effetti, ogni tecnica può essere messa in atto nei diversi schemi di movimento degli arti e negli infiniti orientamenti di questi nei confronti della forza di gravità terrestre.

L'INTERVENTO DELL' INFERMIERE

Nell'ambito di una multidisciplinarietà di intervento, sia per il tempo dedicato sia per le specifiche competenze risulta fondamentale il ruolo svolto dagli infermieri. L'infermiere, coordinato dal caposala, nel rispetto delle specifiche competenze e della normativa che ne regola la Professione, partecipa al percorso riabilitativo nel rispetto della normativa che ne regola la professione.

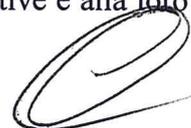
L'INTERVENTO DEL LOGOPEDISTA

Il logopedista ha la responsabilità della prevenzione, della valutazione e del trattamento dei disturbi specifici della comunicazione e dei disturbi associati.

I disturbi riguardano la parola, il linguaggio, due degli aspetti più complessi ed elaborati delle funzioni cerebrali, le funzioni uditive, visive, cognitive (incluso l'apprendimento) le funzioni oro-mio-funzionali, la respirazione, la deglutizione, la voce.

Il trattamento logopedico individuale prevede la presa in carico di pazienti afasici, disartrici, e disfagici che verranno seguiti con frequenza trisettimanale con sedute della durata di 45 minuti.

La presa in carico del paziente prevede tre momenti, **la valutazione** che presuppone un bilancio di tutte le funzioni e di tutti gli aspetti legati alle competenze comunicative e alla loro alterazione che



avverrà con la somministrazione di test standardizzati. **La stesura di un progetto individualizzato, e il trattamento individualizzato** per il paziente e, in molti casi, la formazione del caregiver.

Nello specifico:

per soggetti afasici utilizzeremo test quali *L'esame del linguaggio al letto del malato* (Luzzati) e/o *L'Aachener Aphasia Test*, destinati alla valutazione dei deficit di linguaggio. In fase di riabilitazione per i pazienti saranno utilizzati approcci specifici tali da consentire il recupero della comprensione e dell'espressione del linguaggio orale e scritto, insieme a tutte le forme proprie della comunicazione non verbale.

Per la valutazione della disartria sarà utilizzato, ad esempio, il test *Fussi-Cantagallo*. Dopo la valutazione i pazienti effettueranno training specifico per la disartria e un training respiratorio così da consentire il recupero di una produzione verbale il più possibile intellegibile.

Per valutare i pazienti disfagici utilizzeremo il *Test dell'acqua De Pippo* e il *Cot e Desharnais modificato*. Verrà quindi effettuato in fase riabilitazione il training specifico per il recupero della deglutizione guidando il paziente all'utilizzo di posture di compenso e dando specifiche indicazioni circa gli alimenti e le consistenze da assumere.

L'intervento logopedico a lo scopo di portare il paziente, secondo le sue possibilità ,ad un grado ottimale di funzionamento e di comunicazione che corrisponda al suo contesto sociale e/o scolare e/o professionale affinché egli possa raggiungere o mantenere un livello che gli consenta una vita autonoma.

L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO

Lo Psicologo, su indicazione del medico di reparto, all'interno del team multidisciplinare, provvede, ove possibile, alla presa in carico delle problematiche emotive del paziente correlate alla disabilità neurologica. Laddove necessario provvede, inoltre, al supporto psicoemotivo dei caregivers.

IL DIRETTORE SANITARIO

