

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 66° - Numero 54

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 21 dicembre 2012

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 26 ottobre 2012.

Il Piano della riabilitazione.



DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 26 ottobre 2012.

Il Piano della riabilitazione.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Viste le linee guida del Ministero della sanità sulla riabilitazione pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* del 30 maggio 1998;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" e la legge regionale 3 novembre 1993 n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie" per come ancora applicabile ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/09;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure concernenti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008", che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, e in particolare il punto 4.4 che promuove il governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive del S.S.N., allo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica;

Visto l'art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006 n. 296, ai sensi del quale gli interventi, individuati dal Piano "sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste, possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione in materia di programmazione sanitaria";

Vista la legge n. 328/2000 relativa ai piani assistenziali e piani di zona;

Vista la convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, entrata nel nostro ordinamento con la legge n. 18 del 13 marzo 2009, ed, in particolare, l'art. 9 che puntualizza l'importanza della riabilitazione basata sull'approccio multidisciplinare e della presa in carico del paziente nelle fasi precoci della malattia;

Visto il D.A. 15 giugno 2009 n. 1150, recante "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale", con il quale sono stati approvati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri di cui all'allegato 1 e le regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo di cui all'allegato 2 dello stesso decreto;

Visto il Patto per la salute 2010/2012 giusta intesa della conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;

Visto il "Piano di indirizzo per la riabilitazione" esitato dal gruppo di lavoro ministeriale, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 2 marzo 2011 e divulgato con i Quaderni del Ministero della salute nell'aprile 2011;

Visto il D.A. n. 872 del 16 maggio 2012 di recepimento del predetto "Piano di indirizzo per la riabilitazione" del 2011;

Viste le risultanze del gruppo di lavoro per la "Rete per la riabilitazione" coordinato dal servizio 4 Programmazione ospedaliera;

Viste le risultanze del gruppo di lavoro per la "Rete della riabilitazione cardiologica" costituito con le società scientifiche con nota prot. n. 74189 del 19 settembre 2011;

Visto il Piano sanitario regionale 2011/2013 nel quale è specificato che la costruzione della rete si basa sul principio della continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata attraverso percorsi specifici nonché realizzando un sistema fortemente integrato tra i vari livelli istituzionali sia in ambito sanitario sia sociosanitario e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le diverse strutture che operano in ospedale, nel distretto sanitario/sociosanitario e ospedaliero e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area riabilitativa;

Visto il D.L. n. 158/12 (cosiddetto "Balduzzi") in corso di conversione e la legge n. 135/12 di conversione del D.L. n. 95/12 (cosiddetta Spending review);

Considerato che l'attuale sistema di protezione riabilitativa e socio-sanitaria regionale presenta alcune criticità correlate prevalentemente a: insufficiente sviluppo della riabilitazione ad alta specialità in età adulta ed evolutiva; insufficiente sviluppo della rete riabilitativa ospedaliera e territoriale e carente integrazione tra riabilitazione ospedaliera e territoriale nonché con i soggetti accreditati o convenzionati regionali per l'erogazione di interventi riabilitativi; utilizzo inappropriato dei diversi setting assistenziali, e scarsa razionalità nell'erogazione degli ausili e protesici;

Ritenuto dovere qualificare e riequilibrare l'offerta riabilitativa ospedaliera attraverso la creazione di una rete integrata regionale, secondo il modello hub/spoke al fine di pianificare ed erogare gli interventi con dinamica di lavoro interdisciplinare anche attraverso il supporto dei MMG/PLS; promuovere l'adozione di protocolli e di pratiche ispirate alla Evidence Based Medicine e individuare e attuare programmi di prevenzione e promuovere a livello A.S.P. lo sportello unico per la disabilità; migliorare l'ero-

gazione ed il riutilizzo degli ausili, ortesi e protesi in termini di efficienza, efficacia e valutazione di costi/benefici;

Ritenuto per quanto non espressamente indicato nel presente decreto fare riferimento a quanto definito nel "Piano di indirizzo per la riabilitazione" esitato dal gruppo di lavoro ministeriale, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 2 marzo 2011;

Ravvisata la necessità di implementare il sistema di elaborazione e diffusione di linee guida, protocolli assistenziali e raccomandazioni sul percorso riabilitativo;

Ritenuto necessario, al fine di implementare la Rete della riabilitazione approvare le risultanze dei gruppi di lavoro sopra citati, che costituiscono linee guida e definiscono criteri volti a dimensionare la predetta Rete in ragione dell'epidemiologia e di principi di efficienza gestionale che garantiscano adeguati bacini di utenza;

Ritenuto, altresì necessario rinviare ogni determinazione inerente gli aspetti organizzativi e di governance connessi alla programmazione ospedaliera riabilitativa, stante che le recenti normative statali in materia di revisione della spesa pubblica e tutela della salute, recate dalla legge n. 135/12 di conversione del D.L. n. 95/12 (cosiddetta Spending review) e dal D.L. n. 158/12 (cosiddetto "Balduzzi") in corso di conversione, impongono di riorganizzare tutte le strutture sanitarie per adeguarle ai nuovi standard di posti letto in rapporto alla popolazione;

Decreta:

Art. 1

Per le indicazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate, sono approvati i documenti tecnici allegati al presente provvedimento agli allegati A (Il Piano della riabilitazione), B (I percorsi in riabilitazione) e C (La cardiologia riabilitativa).

Art. 2

Si rinvia ogni determinazione inerente gli aspetti organizzativi e di governance connessi alla programmazione ospedaliera riabilitativa, stante che le recenti normative statali in materia di revisione della spesa pubblica e tutela della salute, recate dalla legge n. 135/12 di conversione del D.L. n. 95/12 (cosiddetta Spending review) e dal D.L. n. 158/12 (cosiddetto "Balduzzi") in corso di conversione, impongono di riorganizzare tutte le strutture sanitarie per adeguarle ai nuovi standard di posti letto in rapporto alla popolazione.

Art. 3

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 26 ottobre 2012.

RUSSO

Allegato A

IL PIANO DELLA RIABILITAZIONE

La Regione Sicilia già negli anni '80, con la legge regionale 18 aprile 1981 n. 68 e con la legge regionale 28 marzo 1986 n. 16, redatte e promulgate con un'ampia partecipazione degli attori sociali ed istituzionali del settore, ha posto le basi per la costituzione di una rete di servizi di benessere a tutela delle persone con fragilità.

Ancora, di recente, con uno spirito di aggiornamento nella continuità delle leggi regionali richiamate e vigenti, con decreto del Presidente della Regione siciliana 2 gennaio 2006, la Regione Sicilia ha promulgato il "Piano triennale delle persone con disabilità" che rappresenta, al di là del "nomen iuris", l'atto normativo fondamentale di disciplina ed organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari riservati alle persone con disabilità. Ciò è confermato dall'integrale richiamo di esso nell'ultimo Piano sanitario regionale 2011/2013.

Il presente documento, volto a disciplinare la "rete della riabilitazione", intende introdurre nell'ordinamento giuridico regionale nuovi strumenti normativi e scientifici capaci di rendere più efficiente, efficace ed economico l'accesso, l'erogazione e l'organizzazione dei servizi di salute rivolti alle persone con fragilità.

La Convenzione internazionale delle persone con disabilità, ratificata in Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18, all'art. 26 ("Abilitazione e riabilitazione") espressamente statuisce che gli Stati Parti "prenderanno misure efficaci e appropriate (...) per permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, la piena abilità fisica, mentale, sociale e professionale, e di giungere alla piena inclusione ed partecipazione in tutti gli ambiti di vita". E la Convenzione internazionale, continua prevedendo che "A questo scopo, gli Stati Parti organizzeranno, rafforzeranno ed estenderanno servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione...".

"(...) Pertanto la riabilitazione deve realizzarsi attraverso il progetto globale per il superamento della disabilità, nell'ambito del quale l'intervento sanitario o clinico-riabilitativo sarà realizzato attraverso il progetto clinico-riabilitativo individuale e si concretizzerà attraverso la Rete per la riabilitazione in ambito sanitario (Piano sanitario regionale 2011/2013, punto 4.2, Le Disabilità)".

L'intento dell'atto sulla "Rete della riabilitazione" è, in linea con quanto sancito dalla Convenzione internazionale richiamata, garantire un'organizzazione ed erogazione dei servizi più efficiente e più appropriata ai bisogni dei cittadini.

Livelli organizzativi della riabilitazione

Nel rispetto dei principi sanciti dalla Convenzione internazionale delle persone con disabilità e delle più avvedute ricerche scientifiche dell'Organizzazione mondiale della sanità, la nuova programmazione sanitaria regionale si pone in linea con il PSN che adotta il nuovo modello di classificazione della ICF-WHO nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatorio dell'ambiente. Sulla base della nuova classificazione la riabilitazione è l'insieme di processi ed interventi finalizzati ad ottenere il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità e il miglioramento della partecipazione.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, psicologico, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia.

La riabilitazione rappresenta un processo che agisce sul miglioramento dell'autonomia della persona attraverso specifici programmi capaci di intervenire sulle componenti che la condizionano.

La valutazione funzionale stabilisce, sulla base delle caratteristiche anagrafico-cliniche e del tipo e complessità della disabilità, il suo grado di modificabilità nel tempo. L'intervento riabilitativo va graduato in base alla prognosi riabilitativa ed alle caratteristiche e complessità della disabilità. Su questa base viene impostato l'intero percorso riabilitativo che viene nel tempo rivalutato, aggiornato ed eventualmente modificato in base al grado di raggiungimento degli obiettivi. In definitiva l'intervento riabilitativo è un processo finalizzato al miglioramento dell'autonomia e a mantenere quelle in possesso.

La nuova classificazione sullo stato di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (International classification of functioning, disability and health - ICF) introducendo un innovativo concetto di disabilità supporta l'importanza della valutazione dell'outcome in medicina.

L'outcome research ha ampiamente dimostrato quali elementi di provata efficacia dell'attività di riabilitazione, la precocità, i livelli di intensità dell'intervento e la multidisciplinarietà. Di conseguenza bisogna implementare un sistema di raccolta dati basata sull'outcome, diffondere l'applicazione dell'ICF come linguaggio da usare nello stilare i progetti riabilitativi (Ginevra, 2001).

I servizi e le attività di riabilitazione pertanto vanno organizzati rispettando la "centralità della persona" e il suo bisogno di essere attiva, partecipando alla vita sociale ed eliminando eventuali ruoli e compiti meramente passivi. Si ricorda, infatti, che la disabilità non è

una malattia (stricto sensu intesa) da curare, ma “una condizione di salute in un ambiente sfavorevole”. Ogni ambiente umano (latu sensu inteso) potrà pertanto essere più o meno sfavorevole e più o meno reso favorevole ai “bisogni speciali” del cittadino.

La struttura organizzativa adeguata trova il suo riferimento in un “modello di percorso integrato e continuativo, sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale” in grado di realizzare la “presa in carico globale della persona con disabilità” e di accoglierla ed accompagnarla, con la famiglia, lungo tutto l’itinerario terapeutico riabilitativo ed assistenziale.

A tal riguardo, si conferma come i percorsi abilitativo e riabilitativo “abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni...” (art. 26, lett. A, Convenzione internazionale).

Nella maggior parte delle condizioni morbose, la riabilitazione comincia sin dalla fase acuta e deve essere posta molta enfasi sul concetto di “attività riabilitativa” necessaria per prevenire le complicazioni e le limitazioni al recupero che, ad esempio, una inadeguata attenzione assistenziale potrebbe generare. Inoltre la sede del trattamento riabilitativo deve essere quella più appropriata ai bisogni clinico-abilitativi del soggetto, in particolare in quelle condizioni morbose per le quali sia stata riconosciuta una specificità di grado significativo (medullose, gravi cerebro-lesioni, traumi cranici, politraumatizzati, gravi disabilità neurologiche, cardiologiche e pneumologiche, etc.).

Le attività di riabilitazione sono erogate in riferimento a quanto stabilito nel Piano sanitario regionale (PSR 2011/2013) al punto 4.3 mediante la rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri territoriali (normati e accreditati) in regime di:

- 1) ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
- 2) residenziale a ciclo continuativo e/o diurno;
- 3) ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Alle prestazioni riabilitative erogate dalla rete dei servizi riabilitativi ospedalieri ed extraospedalieri territoriali (normati e accreditati) si accede con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell’art. 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e come modificato dal decreto legislativo n. 229/99 e seguenti.

Modello organizzativo della rete integrata di riabilitazione

Dipartimento di riabilitazione

Il dipartimento di riabilitazione è una struttura aziendale che aggrega servizi e funzionali delle aree ospedaliere e territoriali, che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo intensivo/estensivo e di mantenimento, in un modello a rete “hub&spoke”, con la finalità di assicurare il governo clinico del progetto/programma riabilitativo, l’efficienza, l’efficacia e la qualità delle prestazioni riabilitative erogate.

L’area di raccordo comune è quella rappresentata dalla area post-acuta e delle cure intermedie, di mantenimento e socio-assistenziali riabilitative, ove si collocano tradizionalmente una serie di funzioni intermedie omogenee di diversa intensità, che per continuità assistenziale, opportunità organizzativa, gestionale, economica e tecnica, vengono aggregate all’interno di questo dipartimento.

Obiettivo del dipartimento strutturale di riabilitazione è, quindi, coordinare ed integrare tutte le attività di riabilitazione e delle cure intermedie e socio-assistenziali riabilitative, creando percorsi di cura in continuità assistenziale, basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza, tesi al massimo recupero della autonomia, ovvero alla prevenzione dei danni secondari e terziari, e al contenimento della limitazione della partecipazione per consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita, e facilitare, ove possibile, l’integrazione sociale e lavorativa.

Il dipartimento di riabilitazione è articolato nella sua organizzazione in una componente territoriale (U.O. di medicina fisica e riabilitazione distrettuale e presidi extraospedalieri; U.O. Servizio handicap e relative articolazioni, RSA e altri servizi riabilitativi) e una componente ospedaliera della riabilitazione intensiva e cure intermedie (U.O. di medicina fisica e riabilitazione intensiva, U.O. di riabilitazione di alta specialità, presidi di riabilitazione specializzati, LPA riabilitativa, SUAP/ Hospice, altri servizi riabilitativi).

Il direttore del dipartimento è scelto tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento ed è coadiuvato nella sua attività organizzativa, gestionale e assistenziale dal personale amministrativo e sanitario assegnato al dipartimento.

Le attività che devono essere condotte in maniera coordinata per il raggiungimento sopra indicati sono (PSR 2000/2002):

a) l’assistenza sanitaria riabilitativa nei confronti dei pazienti affetti da disabilità, ricoverati presso i reparti ospedalieri dei dipartimenti di medicina, chirurgia ed emergenza, presso strutture protette, presso RSA e centri per persone con disabilità;

b) la predisposizione e la verifica per ciascun caso di un progetto clinico-riabilitativo individuale, articolato in piani di intervento mirati, da aggiornare con i mutamenti della disabilità, delle interrelazioni con la famiglia, con la situazione educativa, scolastica, e di vita sociale;

c) l’assistenza riabilitativa sia a livello ospedaliero che territoriale;

d) l’assistenza socio-riabilitativa per il reinserimento sociale e professionale delle persone con disabilità e la soluzione delle problematiche correlate;

e) il controllo e la verifica annuale dei requisiti di appropriatezza e qualità dell’attività assistenziale erogata dalle unità operative e servizi che afferiscono al dipartimento di riabilitazione;

f) la promozione, integrazione e coordinamento del volontariato prioritariamente finalizzato al sostegno dell’intervento socio-riabilitativo domiciliare e nelle RSA;

g) la promozione e lo sviluppo di attività didattico-formative nei confronti degli operatori sanitari e sociali impegnati nell’intervento riabilitativo;

h) la ricerca e innovazione nel campo delle neuroscienze, della robotica e domotica per la cura. La riabilitazione e il miglioramento della qualità della vita dei disabili;

i) il diritto delle scelte dei servizi riabilitativi più idonei (...).

Le reti riabilitative integrate (modello Hub & Spoke)

La Rete integrata di riabilitazione, secondo il modello “Hub and Spoke”, prevede centri principali (Hub) e centri periferici (Spoke) in grado di garantire a tutti i soggetti disabili l’assistenza riabilitativa necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. La forte integrazione fra i nodi sopra individuati è obiettivo prioritario per garantire lo sviluppo di percorsi assistenziali riabilitativi appropriati ospedale-territorio.

I nodi della rete integrata dei servizi sono rappresentati da:

— centro Hub di III livello: sono strutture a valenza regionale di alta specialità riabilitativa che accolgono pazienti dall’intero ambito regionale.

— centri H/S (Hub e Spoke) di II livello: sono strutture ospedaliere a valenza provinciale di riabilitazione intensiva dotate di articolazioni organizzative interne specificatamente dedicate.

— Spoke O (Spoke ospedalieri) I livello: sono strutture di ambito aziendale con degenza, in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva delle persone con disabilità grave e complessa, e che operano in collaborazione con le unità operative per acuti per la precoce identificazione del fabbisogno riabilitativo e del percorso di cura. Collabora con i centri Hub per la gestione dei casi a più elevata complessità, per prendere in carico pazienti provenienti dalle U.O. per acuti. Hanno il compito di accogliere i pazienti provenienti dal centro Hub per il completamento del progetto riabilitativo e per predisposizione del piano di assistenza domiciliare ADI, redatto a seguito di valutazione multidimensionale in collaborazione e condivisione con il medico MMG/PLS del paziente e della UVM distrettuale competente o del progetto riabilitativo individuato per il trattamento domiciliare nelle strutture riabilitative ex art. 26, redatto a seguito di valutazione multidimensionale dall’Unità valutativa della disabilità (UVM).

Spoke T (Spoke territoriale): sono strutture riabilitative di ambito aziendale che svolgono funzioni spoke per la gestione dei percorsi di deospedalizzazione e reinserimento delle persone con disabilità complessa, e per la gestione di interventi riabilitativi erogabili con modalità ambulatoriale, domiciliare, extramurale, day service o trattamento residenziale a ciclo diurno o continuativo (ex art. 26).

Ogni fase del percorso riabilitativo trova collocazione in ambito sia ospedaliero che territoriale nelle specifiche aree e livelli di riferimento.

Rete ospedaliera

Rete ospedaliera di alta specialità riabilitativa:

- per le mielolesioni;
- per le gravi disabilità in età evolutiva;
- per le gravi cerebrolesioni acquisite;
- per le turbe neuropsicologiche acquisite.

Rete ospedaliera di riabilitazione intensiva per:

- trattamento delle disabilità ad etiologia neurologica (cerebrovascolare/midollare);
- disabilità cardiovascolari e pneumologiche;
- disabilità ortopedico-traumatologiche e reumatologiche;
- disabilità oncologiche;
- disabilità secondarie a menomazioni urologiche, ginecologiche ed intestinali.

Rete territoriale

Rete di riabilitazione estensiva territoriale per:

- disabilità cronicizzate non emendabili;
- stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- disabilità oncologiche;
- disabilità a minore impegno assistenziale;
- disabilità neurologiche;
- disabilità cardiologica.

Il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione. L'ambito territoriale diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF).

La riabilitazione estensiva territoriale si caratterizza per interventi di impegno terapeutico a indirizzo riabilitativo a fronte di un appropriato intervento assistenziale quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive, e che può, per i soggetti non autosufficienti, protrarsi a lungo nel tempo.

Alle prestazioni riabilitative erogate dalla rete dei servizi riabilitativi territoriali ed extraospedalieri si accede con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Gli interventi di riabilitazione estensiva territoriale sono erogati presso strutture pubbliche e private accreditate quali quelle dei presidi di FKT (ex art. 25) e centri di riabilitazione (ex art. 26), e dagli altri centri accreditati, con le espresse caratteristiche sotto elencate:

- 1) presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri (ex art. 25 - rif. 2.2 A, D.A. n. 890/2002);
- 2) centri di riabilitazione ambulatoriali, domiciliari ed extramurale (ex art. 26 - rif. 2.2 B, D.A. n. 890/2002);
- 3) presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo (ex art. 26 - rif. 4 A, D.A. n. 890/2002);
- 4) residenze sanitarie assistenziali;
- 5) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-sanitaria.

Per quanto riguarda le aree operative di cui sopra, per garantire la continuità terapeutica può essere presente nella medesima struttura più di una tipologia di attività.

Nell'ambito dell'organizzazione del dipartimento di riabilitazione a livello ambulatoriale ospedaliero, extraospedaliero e strutture ambulatoriali accreditate, bisogna differenziare due ben distinte tipologie di utenti, definite in base a differenziati bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza:

— "caso complesso": utenti, certificati ai sensi della legge n. 104/92, affetti da menomazioni e/o disabilità importanti spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato/medio grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel medio/lungo periodo attraverso un PRI che preveda uno o più programmi terapeutici (quali ad esempio: postumi) di ictus cerebrale, paralisi periferiche, deficit di coordinazione, ritardi di sviluppo, disordini del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, esiti di politraumi, traumi, amputazioni, pneumopatie croniche, cardiopatie, riabilitazione oncologica, mantenimento e recupero della auto-sufficienza dell'anziano, incontinenza sfinterica, fratture vertebrali da osteoporosi grave, etc.). Tali attività ad alta rilevanza clinica-riabilitativa e qualitativa (PRAC) possono essere erogate a regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, in Day service riabilitativo (DSR), ambulatoriale, domiciliare, extramurale, sia presso le strutture pubbliche ospedaliere e territoriali, che presso le strutture accreditate ex art. 26. Le attività riabilitative somministrate ai pazienti devono essere registrate in una cartella clinica riabilitativa possibilmente informatizzata, dove registrare le variazioni rilevate nel compimento del

PRI, articolato nei diversi programmi riabilitativi, secondo quanto già indicato al punto 4.5.1 del "Piano triennale delle persone con disabilità" e del "Piano della salute 2011/2013";

— "caso non complesso": utenti, non certificati ai sensi della legge n. 104/92, affetti da menomazioni e/o disabilità transitorie e/o minimali di qualsiasi origine, quali ad esempio artropatie degenerative segmentarie, esiti di fratture scheletriche, tendinopatie, lombalgie, cervicografie, etc. che sulla base di un Progetto riabilitativo individuale, necessitano di un "programma terapeutico-riabilitativo breve". Tali attività sono erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture ambulatoriali di riabilitazione di cui al D.A. 22 giugno 2002 e successive modifiche ed integrazioni e dalle strutture ex art. 25 legge n. 833/78 specificatamente accreditate con il S.S.N.

Nello specifico i presidi di medicina fisica e riabilitazione (ex art. 25 legge n. 833/78) accreditati, vengono distinti in due fasce A e B sulla scorta dei requisiti organizzativi e tecnologici adeguati alla tipologia di prestazioni erogati che saranno definiti con successivo e separato provvedimento come segue a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- presidi di tipo A che erogano prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e in day-service;
- presidi di tipo B che erogano prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare.

La visita comporta la presa in carico riabilitativa della persona (in una delle modalità previste) e la tempistica dell'accesso al trattamento dovrà tenere conto del gradiente della modificabilità della disabilità e dei possibili rischi di complicanze. Al fine del rispetto dei tempi di attesa stabiliti è necessaria un'appropriatezza programmazione che è possibile attuare solo attraverso la piena integrazione di tali strutture nella rete assistenziale territoriale del dipartimento di riabilitazione.

Strategia dell'intervento riabilitativo

La cronicizzazione della malattia e l'aumento degli anni dalla sua insorgenza determinano un peggioramento della funzione corporea e aumentano il grado di disabilità e di riacutizzazioni.

Il circolo vizioso che ne consegue determina peggioramento dei sintomi, ridotta capacità lavorativa/tolleranza allo sforzo, peggioramento della inattività/disabilità, ridotto coinvolgimento sociale e depressione.

Un'ulteriore caratterizzazione del grado di necessità dei bisogni riabilitativi deve basarsi anche sulle caratteristiche di presentazione ed evoluzione della patologia che può essere caratterizzata da:

- frequenti riacutizzazioni, ospedalizzazioni (persona ad alto rischio);
- persistenza di un elevato grado di complessità clinico-assistenziale con elevato assorbimento di risorse e richiesta di approccio personalizzato e multidisciplinare (persona ad alta complessità);
- quadri di cronicità della malattia associata a cattivi stili di vita, dove l'intervento si concentra soprattutto su un monitoraggio dell'evoluzione e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia cronica (persona con patologia cronica e gravi fattori di rischio).

La persona ad alta complessità (PAC) deve trovare una risposta riabilitativa in relazione alle fasi di malattia in quanto presenta spesso problematiche sistemiche e numerose comorbidità (complicazioni cardio-respiratorie, ischemico cerebrali, psicopatologiche, miocardiche, infettive, mielolesioni, mielo-degenerative, cerebrolesioni), che possono giocare un ruolo cruciale nell'assetto prognostico attraverso una modulazione negativa della risposta all'intervento terapeutico e riabilitativo.

La persona con alta complessità, sia nella fase di acuzie che nella fase cronica, che presenta un alto rischio caratterizzato da gravi episodi di riacutizzazione e ospedalizzazione, deve ottenere una collocazione in ambito riabilitativo che tenga conto delle considerazioni su esposte.

Grado di necessità della persona da riabilitare

Il principale obiettivo del nuovo modello programmatico e gestionale riabilitativo è quello di passare da un sistema assistenziale prevalentemente incentrato sull'offerta dei servizi sanitari, ad uno orientato sui bisogni da soddisfare.

Basare la programmazione solo sui dati dell'offerta induce meccanismi di utilizzo delle risorse in modo inappropriato e distorce il sistema assistenziale/riabilitativo, correndo nel contempo il rischio di trascurare i bisogni non espressi.

Il nuovo modello organizzativo delle attività di riabilitazione deve fondarsi sul grado di necessità della persona da riabilitare per graduare in modo efficiente ed efficace la risposta assistenziale. Per definire correttamente il grado di necessità (temporanea o permanente) della persona da riabilitare, si possono individuare tre dimensioni che opportunamente combinate permettono di allocare la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato la disabilità (sia essa neurologica, psichica, ortopedico-traumatologica, cardio-respiratoria, oncologica, ecc.), in setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse razionali.

Infatti i bisogni costituiscono il criterio guida per definire tipologia e caratteristiche delle risorse riabilitative da attivare e per valutare l'appropriatezza delle attività erogate.

In particolare si tratta di definire criteri di eleggibilità dell'utente per l'accesso ai diversi setting assistenziali abilitativi-riabilitativi. Questa scelta assume un valore strategico etico e organizzativo. In questo modo diviene possibile:

- assicurare il servizio migliore per soddisfare le necessità della persona da riabilitare;
- stimolare l'utilizzo appropriato dei servizi territoriali e ospedalieri ottimizzando l'organizzazione interna e l'integrazione;
- promuovere la miglior qualità di vita possibile nella comunità utilizzando correttamente le risorse disponibili.

In chiave operativa la definizione dei bisogni del soggetto da assistere deriva dalla combinazione di tre dimensioni qualitative:

- complessità clinica: assessment e stratificazione dell'alto rischio clinico. La complessità clinica si correla all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per complessità e per consumo di risorse.
- disabilità: perdita delle capacità nelle funzioni e strutture corporee che nella più attuale concezione bio-psico-sociale impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione: essa viene usualmente misurata con scale di disabilità sia di tipo psicometrico sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo.
- multimorbilità: insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Tali comorbilità possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

È necessario inoltre distinguere il bisogno abilitativo-riabilitativo dal punto di vista temporale, distinguendo una fase acuta, acuitizzata e post-acuta, da quella cronica, ovvero che richiedono un'assistenza protratta nel tempo per il monitoraggio e il mantenimento delle abilità residue. Tutto ciò diventa necessariamente più complesso se al paziente affetto da multimorbilità si associa anche la fragilità nell'età evolutiva, nell'età molto avanzata e nel longevo estremo. Il profilo del soggetto da riabilitare, definito dalla multimorbilità, dal livello di complessità clinica e di disabilità, condiziona il progetto riabilitativo e determina il percorso di cura appropriato.

Il bisogno riabilitativo si definisce semplice quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone per un livello di partecipazione, ha degli indici prognostici positivi e definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale, e richiede interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in una situazione contestuale favorevole.

Il bisogno riabilitativo si definisce complesso quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone in più livelli di partecipazione, ha indici prognostici non sempre definibili e richiede contestualmente un grado elevato di intensità, frequenza e durata dell'intervento riabilitativo. In riferimento alle modalità operative per soddisfare il bisogno riabilitativo del soggetto si può distinguere una condizione di complessità definita dall'interessamento di più apparati, organi o distretti. In particolare il coinvolgimento di più professionisti della riabilitazione si realizza solo in presenza di bisogni complessi e di norma non è necessario per il soddisfacimento di bisogni semplici.

Dimensione assistenziale del bisogno

In campo assistenziale il bisogno, indipendentemente dalla condizione di salute che l'ha determinato, si definisce complesso quando

la condizione del soggetto che si trova in uno stato di dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana presuppone la tempestività e tecnicità dell'intervento - diretto, di stimolo o sorveglianza - nell'arco delle 24 ore.

Dimensione clinica del bisogno

In tale ambito il bisogno è complesso quando la situazione di instabilità clinica o il rischio di precipitazione clinica richiedono una valutazione medica specialistica almeno quotidiana e un'assistenza infermieristica continua. Pertanto in questa fattispecie rientrano anche i pazienti con riduzione delle riserve funzionali, comorbilità ed atipie di presentazione nosologica con rischio concomitante di precipitazione clinica, in quanto l'intervento sanitario deve essere precoce, intensivo e continuo.

Dimensioni temporali del bisogno:

a) dimensione acuta, acuitizzata o post-acuta del bisogno riabilitativo.

Il bisogno riabilitativo acuto, acuitizzato o post-acuto è proprio dei soggetti colpiti da evento traumatico e/o affetti da patologia acuta od acuitizzata recente e che hanno indici predittivi di recupero funzionale. Si tratta pertanto di pazienti con necessità di riabilitazione intensiva e/o estensiva, per i quali è possibile influenzare positivamente i processi bio-psicologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e della disabilità;

b) dimensione cronica del bisogno riabilitativo.

Il bisogno riabilitativo a lungo termine riguarda i soggetti affetti da patologia cronica stabilizzata o con evoluzione progressiva che necessitano di mantenere le autonomie funzionali acquisite. Si tratta pertanto di persone che hanno bisogno di riabilitazione di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità, per i quali è possibile porre una barriera alla regressione funzionale, cercando di modificare la storia naturale della malattia cronico-degenerativa riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione.

La co-presenza e sovrapposizione delle tre componenti del bisogno (assistenziale, clinico, temporale), declinato in semplice (S) e complesso (C), configura un profilo teorico del paziente, cui si associa il setting, inteso come l'insieme delle funzioni organizzate, che si ritiene essere la più appropriata per il soddisfacimento del bisogno complessivo.

Utilizzo appropriato dei diversi setting assistenziali in ambito riabilitativo

Il percorso riabilitativo presuppone una diagnosi (ICD) ed una accurata descrizione del funzionamento (ICF), per cui nella definizione dei Setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:

- la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF che richiede l'intervento della riabilitazione;
- il grado di acuzie o cronicità della menomazione, distinto in base al parametro temporale, ossia all'intervallo di tempo intercorso dall'acuzie della malattia disabilitante;
- il grado di complessità del paziente preso in carico;
- il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti, con particolare riferimento alle problematiche della popolazione in età evolutiva, garantendo in questo settore la necessaria continuità nel passaggio all'età adulta;
- gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche;
- lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivi previsti dal/dai programma/i del progetto riabilitativo individuale (PRI).

L'utilizzo appropriato dei diversi setting assistenziali a fini riabilitativi, precedentemente delineati, richiede l'individuazione di un sistema di riferimento che contempli la correlazione dei bisogni con le tipologie di offerta.

Le successive tabelle sintetizzano i criteri che mettono in relazione i pazienti - portatori di un bisogno complessivo dato dalla composizione delle sue tre componenti: clinico, assistenziale e riabilitativo, declinate in semplice (S) e complesso (C) - al "Setting" ritenuto più appropriato per la loro cura nella maggior parte dei casi, ed in cui l'utilizzo delle risorse riabilitative, in relazione alle diverse tipologie di bisogni, appare più pertinente.

Criteria di eleggibilità per l'erogazione di interventi riabilitativi ai pazienti con bisogni riabilitativi CRONICI

Dimensione del bisogno			Setting riabilitativi	Tipologia di offerta
Riabilitativo	Assistenziale	Clinico		
S	C/S	S	Residenziale a breve termine	Residenze a breve termine per cicli riabilitativi
S	C	S	Residenziale a lungo termine	Residenze a lungo termine con possibilità di attività riabilitative
S	C/S	S	A ciclo diurno	Servizi semiresidenziali con attività riabilitative
S	S/C	S	Domiciliare o extramurale	Attività riabilitative domiciliari o extramurali
S	S/C	S	Ambulatoriale	Attività riabilitative ambulatoriali/DS

Legenda complessità del bisogno: C = Complesso; S = Semplice.

Criteria di eleggibilità per l'erogazione di interventi riabilitativi ai pazienti con bisogni riabilitativi ACUTI, ACUTIZZATI o POST-ACUTI

Dimensione del bisogno			Setting riabilitativi	Tipologia di offerta
Riabilitativo	Assistenziale	Clinico		
C	C	C	Ospedaliero	Posti letto di alta specialità riabilitativa U.O. di riabilitazione intensiva
C	C/S	S/C		Posti letto di riabilitazione intensiva U.O. di medicina fisica e riabilitazione
C/S	C/S	C/S		Funzioni ospedaliere per acuti con valutazioni e/o interventi riabilitativi forniti in regime consulenziale
S/C	C	S/C		Degenza post-acuzie
S/C	C/S	S	Residenziale a breve termine	RSA e altre residenze a breve termine extraospedaliere
S	C	S	Residenziale a lungo termine	RSA a lungo termine con possibilità di attività riabilitative SUAP
S/C	C/S	S	A ciclo diurno	Servizi semiresidenziali con attività riabilitative/DH
S/C	S/C	S	Domiciliare o extramurale	Attività riabilitative domiciliari
S/C	S/C	S	Ambulatoriale	Attività riabilitative ambulatoriale/DS

Legenda complessità del bisogno: C = Complesso; S = Semplice.

Strutture riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78

Sono le strutture che erogano le "prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa...", così come previsti dall'articolo 26 legge n. 833/78.

Dette strutture intervengono nell'area della riabilitazione estensiva e di mantenimento trattando disabilità importanti con possibili esiti permanenti spesso multiple, che richiedono una presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile, nel lungo termine, tramite un progetto riabilitativo individuale.

Il trattamento riabilitativo omnicomprensivo per persone con disabilità complesse nasce in Sicilia attraverso l'iniziativa di numerose famiglie di persone con disabilità, concretizzatesi con gli interventi normativi regionali degli anni '80, che hanno previsto le strutture riabilitative convenzionate con il S.S.N. (con moduli diversificati in domiciliare, ambulatoriale, extramurale, semiconvitto e convitto).

In atto, secondo le linee-guida del Ministero della salute del 1998, per attività sanitaria di riabilitazione si intende quel "complesso di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzati a portare il soggetto affetto da menomazioni a limitare o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente e a ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale".

Il paziente è considerato come unità bio-psico-sociale. La disabilità viene vista in senso dinamico, in quanto non solo dipendente da

stati patologici cronici, ma anche da fattori psichici e sociali. Tutti questi fattori sono necessariamente in costante evoluzione.

Le figure che interverranno in equipe devono avere cultura riabilitativa comune con figure multiprofessionali e con specifiche competenze che, integrandosi tra di loro, concorrono alla realizzazione del progetto riabilitativo attraverso l'elaborazione dei programmi riabilitativi specifici riportati nell'apposita cartella riabilitativa di struttura, finalizzato alla presa in carico globale del paziente. La direzione sanitaria della struttura, ai sensi della normativa vigente rappresentata dagli standard dei centri di riabilitazione ex art. 26, viene affidata ad un medico specialista che ha specialità in relazione alla tipologia degli assistiti, così come da D.A. 15 febbraio 1992.

Residenze sanitarie assistenziali

Sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio, un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di tutela assistenziale ed alberghiera generica sulla base dei modelli assistenziali adottati dalle Regioni e Province autonome. Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

1) soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali, o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;

2) soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena. In relazione alla tipologia dei soggetti assistiti la durata del trattamento può essere reiterabile o anche "permanente".

Rete regionale integrata "coma to community" per l'assistenza alle persone in stato vegetativo (CV) e stato di minima coscienza (SMC)

Negli ultimi decenni si è assistito a un rilevante incremento di numero di pazienti con quadri clinici complessi dominati da severe alterazioni dello stato di coscienza e bassa responsività che includono lo stato vegetativo e lo stato di minima coscienza conseguenti a gravi cerebro lesioni acquisite di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o, comunque da noxe acquisite, che non includono le patologie congenite, involutive e degenerative.

È ampiamente dimostrato che la disabilità residua di un paziente con GCA dipende non solo dal danno primario ma anche, e talvolta soprattutto, dalla catena di eventi che possono intervenire dalla fase dell'acuzie in avanti, come conseguenza di una mancata prevenzione e/o cura anche di patologie intercorrenti. Il trattamento assistenziale e riabilitativo degli stati vegetativi (CV) e degli stati di minima coscienza (SMC) rappresenta quindi, per la nostra regione, una problematica di grande rilevanza sanitaria e sociale a elevato impatto socio-sanitario e familiare per la crescente incidenza del numero dei casi, con incremento di quadri clinici complessi che necessitano di un'organizzazione multi e interdisciplinare al fine di soddisfare specifici bisogni assistenziali e per la necessità di una rete di strutture di riferimento "dedicate", ad alta valenza riabilitativa, e attivate già dalla fase acuta anche per l'informazione ed il supporto psicologico dei familiari onde favorire un'alleanza terapeutica con il team di cura, e di grande ausilio al progetto terapeutico-riabilitativo.

Il sistema a rete integrata "coma to community", in coerenza con gli accordi Stato-Regioni del 25 marzo 2009 e 8 luglio 2010, e le "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo ed in stato di minima coscienza" del 5 maggio 2011 è basato su un cambiamento di prospettiva nella gestione del percorso assistenziale dei pazienti in CV e SMC, ed ha lo scopo di organizzare "un sistema esperto" integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio", con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure.

Il sistema prevede una rete di servizi mirata che si raccordi da un lato con la rete delle strutture per acuti e riabilitative intensive/estensive, e dall'altro con le strutture sanitarie e sociali territoriali prevedendo la interdipendenza ed integrazione fra i centri. Lo sviluppo di tale modello permette di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse delle diverse strutture, favorendo il trasferimento di conoscenze e la collaborazione fra le strutture della rete, valorizzando il patrimonio di esperienza già presente in molte di esse. Un percorso "certo" per tutti i pazienti senza bias di selezione a monte e senza affidare alle famiglie la ricerca di soluzioni estemporanee (con il grave rischio di flussi passivi, interregionali o all'estero, legati a ricerche illusorie e miracolistiche).

Il modello organizzativo regionale si basa sull'articolazione di vari livelli di setting assistenziali che, con una buona tempestività e fluenza, permettano la "presa in carico globale" del paziente con GCA, dalla fase acuta al reinserimento domiciliare, un intero setting di fasi, articolate fra funzioni di tipo intensivo-sub-intensivo, post-acute e croniche, che comprendano anche modelli per pazienti "slow to recover" e a "bassa responsività protratta", garantendo adeguati e appropriati servizi di cura, continuità delle cure, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, con dinamiche operative facilitanti la sinergia tra le varie componenti, consentendo di utilizzare in modo idoneo le risorse professionali e strutturali dell'intero sistema.

L'intervento riabilitativo deve iniziare, in modo articolato ed integrato, fin dal momento della gestione della emergenza-urgenza; per questo è opportuno elaborare protocolli che consentano una cooperazione strutturata tra le due realtà operative nelle diverse situazioni cliniche; si potrà così impostare il Progetto riabilitativo individuale fin dalle fasi più precoci. Nella fase degli esiti i pazienti provenienti dall'area della riabilitazione intensiva o lungodegenza post-acuzie riabilitativa, qualora non fosse possibile il rientro al domicilio accedono ad un livello assistenziale all'interno di speciali unità di accoglienza permanente mono o polyvalenti (SUAP) dedicate alle disabilità gravi e gravissime neurologiche (coma vegetativo e stato di minima coscienza). Tali strutture devono essere caratterizzate da una

peculiare organizzazione degli spazi, delle risorse umane, dotate di alta tecnologia per il nursing assistenziale e riabilitativo ed il mantenimento delle cure, con apertura continua ai familiari e possibilità di convivenza e da progetti espliciti di presa in carico dei familiari.

All'uopo è necessario che in ogni UVM sia presente un medico specialista per la formulazione ed il monitoraggio del PRI, e che nella fase di passaggio alle SUAP e da queste al domicilio sia garantita una indispensabile integrazione con i MMG e MPLS e le risorse socio-sanitarie del territorio.

La rete integrata "coma to community" e la diversa dislocazione regionale delle SUAP è stata modulata in funzione del bacino di popolazione, delle caratteristiche geografiche e degli indicatori epidemiologici per corrispondere all'utenza con tempestività e progressività delle cure, continuità ed appropriatezza in ogni fase del percorso assistenziale e riabilitativo ospedale-territorio. I nodi della rete integrata "coma to community" sono costituiti dalle seguenti strutture:

Fase intensiva (critica-acuta):

- unità operative di prima accoglienza e unità sub-intensive: si tratta di unità/aree o nuclei operativi collocabili nell'attuale ordinamento presso i DEA (dipartimento di emergenza e accettazione) di 2° e 3° livello con tutte le specialità che interagiscono con la rianimazione, neurochirurgia, traumatologia;

- unità operative post-acuzie di alta specialità riabilitativa per gravi cerebrolesi (UGCA - cod. 75) con unità separate specializzate per i pazienti in SV e SMC con processo riabilitativo di tipo "long-term comprehensive" (LCTR), per i pazienti "slow-to-recover" (degenza misurabile in mesi) - (Unità risveglio): tali strutture sono in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva delle persone con GCA, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare h 24 in modo definitivo tutte le lesioni, menomazioni e complicanze con focalizzazione specifica in neuroriabilitazione.

Fase sub intensiva:

- unità operative di riabilitazione intensiva post-acuta (cod. 56).

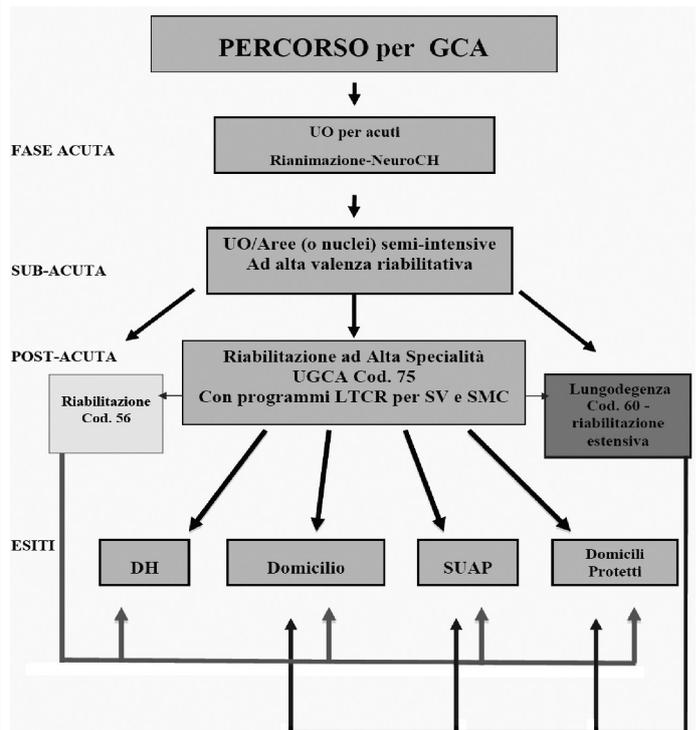
Fase estensiva e della stabilizzazione:

- unità operative di lungodegenza post-acuzie riabilitativa (cod. 60);

- speciali unità di accoglienza permanente per pazienti in coma vegetativo e stato di minima coscienza prolungato - (SUAP).

Fase del rientro domiciliare e dell'integrazione sociale:

- strutture territoriali che svolgono funzioni per la gestione dei percorsi di deospedalizzazione e reinserimento delle persone con GCA e per la gestione di interventi riabilitativi erogabili con modalità domiciliare o domiciliare protetta, della integrazione sociale e inserimento lavorativo protetto.



OBIETTIVI DEL PIANO**OBIETTIVI SPECIFICI****Soggetti con bisogni clinici complessi***Gravi disabilità neurologiche post-traumatiche*

Garantire la presa in carico precoce, l'assistenza ed il trattamento riabilitativo post-acute intensivo ai pazienti medullosei, con gravi lesioni cerebrali acute e mal definite, arterite cerebrale, trombosi seni venosi cerebrali, etc.), da malattie infettive del S.N.C., malattie ereditarie e degenerative del S.N.C., malattie demielinizzanti, malattie del S.N.P., miopatie, disturbi del sistema nervoso autonomo, malattie neoplastiche del S.N.C., afasie, disfasia (ICD-9, International classification of diseases):

- unità spinale (USU);
- unità operativa per le disabilità gravi in età evolutiva (UDGE);
- unità operativa per le gravi cerebrolesioni (UGC);
- unità operativa per le turbe neuropsicologiche acquisite (URNA).

Disabilità ad eziologia cerebrovascolare (emorragia cerebrale, emorragia sub aracnoidea, occlusione arterie cerebrali, vasculopatie cerebrali acute e mal definite, arterite cerebrale, trombosi seni venosi cerebrali, etc.), da malattie infettive del S.N.C., malattie ereditarie e degenerative del S.N.C., malattie demielinizzanti, malattie del S.N.P., miopatie, disturbi del sistema nervoso autonomo, malattie neoplastiche del S.N.C., afasie, disfasia (ICD-9, International classification of diseases):

- assicurare a tutti i pazienti colpiti da patologia neurologica l'attivazione precoce della riabilitazione in fase acuta attraverso il trattamento riabilitativo e, attraverso il PRI, la presa in carico ed il trattamento riabilitativo in fase post-acute ospedaliera ed extra-ospedaliera;
- definire protocolli tra Aziende ospedaliere e A.S.P. per l'accesso rapido alle Stroke unit dei pazienti con ictus cerebrale che richiedono interventi di elevata complessità.

Disabilità cardiovascolari e pneumologiche

Assicurare un'omogeneità di offerta assistenziale e riabilitativa a tutti gli utenti della regione necessitanti, nell'ambito del PRI, di riabilitazione cardio-pneumologica di tipo intensivo/estensivo, attraverso lo sviluppo di una rete assistenziale riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera dipartimentale per:

- garantire la riabilitazione cardiologica ai post-infartuati in fase post-acute e ai soggetti sottoposti ad intervento cardiocirurgico in fase acuta e post-acute;
- garantire programmi di ventilazione non invasiva e di riabilitazione di alto livello ai pazienti con BPCO o insufficienza respiratoria ricoverati presso le strutture intensive/estensive e domiciliari.

Disabilità ortopedico-traumatologiche, reumatologiche e oncologiche

- Garantire ai pazienti internistici e chirurgici degenti nelle UU.OO. specialistiche ospedaliere il trattamento riabilitativo precoce, e attraverso il PRI, la continuità riabilitativa in fase post-acute.
- Individuare per le principali patologie percorsi riabilitativi di riferimento-obiettivo cui tendere, per garantire equità di accesso e massima appropriatezza definendo il passaggio di responsabilità tra i professionisti (continuità assistenziale ospedale-territorio).

Soggetti con bisogni assistenziali complessi ed instabilità clinica

- Potenziare adeguatamente l'offerta di degenza post-acute, mediante la riorganizzazione dei p.l. di riabilitazione già esistenti, nonché l'aumento complessivo ed il riequilibrio su base provinciale mediante la riconversione di posti letto per acuti.
- Adeguare le dotazioni organiche dell'area dell'assistenza riabilitativa intensiva/estensiva secondo standard minimi assistenziali in funzione della mission delle U.O. di riabilitazione.
- Garantire a tutti i pazienti accolti gli interventi riabilitativi necessari in relazione al bisogno, sia nella fase estensiva per il recupero e il reinserimento sociale, sia nella fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità.
- Perseguire il recupero delle attività di base e strumentali della vita quotidiana, anche mediante una dotazione strutturale e tecnologica adeguata.

Stati vegetativi e SMC

- a) Garantire un'adeguata riabilitazione intensiva ai pazienti in SV persistente nella fase suscettibile di recupero (post-acute).

b) Garantire sul territorio un'offerta assistenziale uniforme, appropriata e personalizzata a tutti i pazienti della regione in SV permanente.

c) Assicurare percorsi che garantiscano continuità assistenziale effettiva nelle varie fasi di cura, privilegiando il rientro del paziente nel proprio contesto socio-ambientale.

2. Soggetti con bisogni assistenziali complessi e bisogni riabilitativi e clinici semplici

- Riequilibrare l'offerta residenziale e semiresidenziale tra le diverse aree territoriali.
- Perseguire il recupero delle attività di base e strumentali della vita quotidiana.
- Promuovere la fase estensiva degli interventi riabilitativi per il mantenimento delle capacità funzionali residue dei soggetti con gravi disabilità permanenti.
- Qualificare l'offerta riabilitativa nelle strutture per anziani non autosufficienti e nelle strutture per disabili.
- Attivazione di un modello di intervento di riabilitazione domiciliare (ex art. 26) dove preveda nel modulo (D.A. 11 aprile 1992 standards del personale centri di riabilitazione) la figura dell'infermiere professionale e dell'O.S.S. da attivarsi al bisogno (ADI disabili).
- Attivare la rete dei servizi riabilitativi domiciliari in ogni distretto e integrare nella rete territoriale domiciliare le strutture riabilitative ambulatoriali accreditate aventi requisiti specifici al fine di rendere il sistema efficiente ed efficace e valorizzare le eccellenze.
- Definire i criteri di appropriatezza per l'intervento riabilitativo a domicilio.
- Garantire l'omogeneità quali-quantitativa di offerta riabilitativa domiciliare sul territorio regionale.
- Perseguire processi di integrazione degli interventi riabilitativi nel progetto di vita personalizzato.

4. Soggetti con bisogni clinici semplici

- Garantire pari opportunità nell'accesso alle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriali.
- Garantire omogeneità di percorsi riabilitativi per l'accesso alla riabilitazione ambulatoriale pubblica e privata.
- Promuovere la congruità tra la pianificazione dell'intervento e l'intensità della sua erogazione.

Strategia dell'intervento riabilitativo*Servizio ausili, protesi e ortesi per l'autonomia della persona*

Nell'ICF il ruolo degli ausili viene fortemente valorizzato. Essi entrano infatti nel sistema di relazioni modificando la situazione disabilitante. Sono strumenti per consentire una migliore partecipazione della persona con disabilità nelle attività sociali, educative e lavorative.

L'ausilio, la protesi o l'ortesi sono parte integrante di un programma riabilitativo. Ogni prescrizione al di fuori di questa condizione si caratterizza come inappropriata.

Al fine di migliorare il processo di prescrizione e utilizzo degli ausili e razionalizzare la spesa sanitaria in termini di costi/efficacia, sono già state emanate apposite linee guida.

Il team della riabilitazione

Il team di cui il responsabile è il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare. Nell'esercizio delle sue attività il team deve affrontare le condizioni di lavoro, in termini di metodologia, organizzazione ed operatività, che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle professionalità, nello sviluppo del PRI.

La differenziazione di ruoli e competenze si accompagna inoltre, ad un'altra attività che caratterizza tutto il lavoro del team, rappresentata da un monitoraggio costante che verifichi un'efficace integrazione degli interventi definiti e attuati dall'elaborazione di un progetto comune. Il progetto riabilitativo individuale (PRI), elaborato a livello di team è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo più mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente. Spesso il team deve operare per un unico utente su più ambiti, in considerazione delle diverse situazioni in cui si attuano gli interventi e dei contenuti degli stessi durante l'intero percorso riabilitativo.

Gli interventi devono mirare a garantire la continuità assistenziale, l'organica assicurazione della riabilitazione nel circuito "pre-

venzione, cura, riabilitazione”, l’efficacia della presa in carico, articolandone i livelli di intensità del processo in relazione alla natura dei bisogni.

Il team riabilitativo è composto da professionisti che possono essere ricompresi nelle differenti specificità in base al percorso formativo:

1) professionisti sanitari medici - medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, medici specialisti in branche equipollenti o affini (con anzianità di servizio pluriennale acquisita nella disciplina riabilitativa in strutture pubbliche e/o private accreditate ai sensi delle normative vigenti), neurologi, cardiologi, ortopedici, o neuropsichiatri infantili, pneumologi, otorinolaringoiatri, oculisti. Nello specifico, ai sensi della legge regionale n. 40/88, gli specialisti in ortopedia, già direttori di strutture riabilitative accreditate possono, ad esaurimento, continuare a dirigere esclusivamente la struttura riabilitativa in atto diretta. Per quanto riguarda, di strutture riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78 si applicano gli standards sul personale previsti dalla normativa vigente;

2) professionisti sanitari dell’area della riabilitazione identificati nel D.M. 29 marzo 2001 e D.M. 27 luglio 2000 (fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità della età evolutiva, terapisti occupazionali, ortottisti);

3) massofisioterapisti di cui alle note di chiarimento del Ministero della salute prot. n. 11018 dell’8 marzo 2010 ai sensi della legge 19 maggio 1971 n. 403, e prot. n. 0018847/p del 7 aprile 2011, psicologo clinico, assistente sociale, neuropsicologo, tecnico di neurofisiologia;

4) personale con specifica formazione riabilitativa in ambito sociale, socio-sanitario e assistenziale, di animazione e di sostegno, idrokinesiterapia;

5) famiglia o caregiver.

Riabilitazione delle disabilità in età evolutiva

La riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi delle patologie motorie e cognitive congenite od acquisite nella prima infanzia. L’unità si caratterizza prevalentemente con una attività di consulenza e valutazione finalizzata a:

- approfondimento diagnostico relativo alle menomazioni e disabilità della infanzia;
- formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controllo della realizzazione;
- progettazione e validazione di ausili ortopedici e sperimentazione di materiale innovativo;
- attività di ricerca clinica e di documentazione scientifica nel settore della infanzia;
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici.

Relativamente alla attività terapeutica la UD-GEE coopera per il ricovero, con la U.O. di chirurgia ortopedica funzionale, per gli interventi di chirurgia funzionale sia nella fase pre-operatoria per la valutazione iniziale e la definizione del progetto riabilitativo individuale, che nella fase post-chirurgica (trattamento in gesso e post-gesso) e di remissione e prescrizione di ortesi ed ausili.

L’UDGEE deve essere attivata all’interno di un presidio ospedaliero dove sono presenti e disponibili le seguenti aree specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, ortopedia, chirurgia, neurochirurgia, pediatria, ORL, neurologia, oculistica, urologia pediatrica-neonatalogia, NPI.

L’UDGEE è strettamente inserita nella rete complessiva dei servizi di riabilitazione estensiva provinciali con i quali dovrà raccordarsi garantendo il completamento del percorso riabilitativo ed una adeguata informazione ed addestramento dei familiari. A regime va attivata una U.O. per ogni bacino sanitario territoriale e dovrà essere dotata di personale specificatamente addestrato e qualificato e numericamente adeguato.

Tale unità continuerà ad avvalersi e a cooperare con i servizi forniti dai centri di riabilitazione ex art. 26 per la presa in carico e il conseguente percorso riabilitativo dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni).

Lungodegenza post-acuzie riabilitativa (cod. 60)

Funzione generale della lungodegenza post-acuzie è quella di promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentano l’immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero (vedi LG Assessorato marzo 2010).

Gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in tali strutture sono:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbilità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

In questa prospettiva si giustifica il fatto che l’accesso a tali aree di degenza avvenga di norma solo da unità per acuti o unità di riabilitazione intensiva, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minore livello di intensività. Non sono ammessi ricoveri dal domicilio, salvo i casi di pazienti nei quali non è possibile effettuare un trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in U.O. per acuti (es.: pazienti con patologia ortopedica ai quali non è concesso un carico immediato). Gli aspetti sopra descritti conferiscono alle strutture di lungodegenza una particolare caratteristica di “ponte” fra ospedale e territorio, spesso con aspetti riabilitativi.

L’obiettivo della stabilizzazione clinica (intendendo sia la stabilizzazione del danno che ha causato il ricovero, sia la gestione delle complicanze e comorbilità) può essere, a tutti gli effetti integrato da un progetto riabilitativo, per le persone in cui vi è potenziale di recupero e per le quali tale stabilizzazione sia la premessa al miglioramento funzionale. In questo senso, la “stabilizzazione” non è qualcosa che viene “prima” della riabilitazione, ma ne è parte integrante. Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individualizzato (PRI) per ogni paziente, ed una disponibilità ed una organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutiche e assistenziali, permetta:

- lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre, spazi per logopedia, rieducazione funzionale e terapia occupazionale);
- un’adeguata integrazione del team curante e informazione e addestramento dei familiari e di quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nella assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione (ambiente per riunioni con i familiari e del team);
- l’organizzazione della giornata in modo da favorire autonomia e socializzazione.

Riabilitazione estensiva oncologica ed in hospice (cod. 56)

L’unità di riabilitazione oncologica (articolazione interna della U.O. di MFR), ha lo scopo di ottimizzare la qualità della vita del malato, aiutando il paziente e la sua famiglia ad adattarsi a standard di vita quanto più simili a quelli precedenti la malattia, con l’obiettivo di limitare al minimo la disabilità fisica, il deficit funzionale, cognitivo e psicologico, che spesso si manifesta a seguito del tumore o delle terapie ad esso correlate. In campo oncologico sono coinvolte più figure professionali, che intervengono in rapporto alla fase della malattia e alle problematiche specifiche. L’individuazione dei diversi ruoli dei vari operatori, le modalità di intervento e la loro integrazione in un lavoro di équipe possono permettere di fornire risposte efficaci ai bisogni riabilitativi dei malati. Accanto agli operatori, i volontari, in quanto spesso pazienti ed ex pazienti o familiari, con diretta e personale esperienza della malattia, possono fornire un prezioso contributo sia nell’ambito di gruppi di auto/mutuo aiuto, sia nella fase attuativa dei vari progetti riabilitativi per la loro sensibilità nei confronti di problematiche organizzative spesso sottovalutate dai tecnici del settore.

I dati epidemiologici più recenti indicano che in Italia 1 persona ogni 3-4, nel corso della propria vita, può andare incontro ad un tumore. L’utilizzo corretto e tempestivo di più terapie, in particolare la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia, tra loro opportunamente integrate, garantisce oggi una guarigione definitiva in oltre il 50% dei casi; per il restante campione, le terapie tenderanno a cronicizzare la malattia, per mesi o anni. Una qualità di vita ottimale, il più possibile analoga a quella precedente alla diagnosi di tumore, è oggi l’obiettivo prioritario da raggiungere. Tale obiettivo viene perseguito anche e soprattutto attraverso l’intervento riabilitativo, da attuare in tutti i casi in cui si renda necessario. In questo senso la riabilitazione deve occuparsi del paziente oncologico per tutto l’iter della malattia, dalla diagnosi all’intero percorso terapeutico, fino alla fase ultima della vita e si avvale di una équipe di cura formata da professionalità mediche, psicologiche, infermieristiche e sociali in grado

di rispondere alle complicità legate all'evoluzione della malattia e/o alle terapie a cui il paziente oncologico va incontro.

Per la diversità dei quadri patologici che il paziente può presentare, la varietà della storia naturale della malattia e la molteplicità degli esiti, è necessario sviluppare un "progetto riabilitativo individuale", modulato dal medico specialista in condivisione con il team della riabilitazione, in base alla tipologia ed alla concomitanza delle complicanze insorte nel singolo paziente; gli obiettivi saranno diversi in relazione al tipo di disabilità, alla fase e all'evoluzione della malattia, oltre che alle aspettative ed alla motivazione del paziente e di chi gli sta accanto. La presa in carico di un malato oncologico comporta la lunga vivente di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale, della malattia oncologica ove il team della riabilitazione svolge un ruolo centrale. L'approccio riabilitativo deve comprendere anche aspetti educativi e formativi per il care-giver: attraverso l'addestramento diretto o per mezzo di opuscoli informativi.

Nel caso specifico della riabilitazione del paziente oncologico sia nella lungo vivente e nella fasi di cronicizzazione di malattia che in fase avanzata-terminalità della malattia e ricoverato in hospice o in unità per lungo vivente di oncologici cronici, gli obiettivi sono diversi da quelli tradizionalmente percorsi, e la riabilitazione deve rivolgersi al malato nella sua globalità. Il malato in fase terminale presenta infinite sfaccettature e le più svariate problematiche, spaziando dall'aspetto motorio a quello neurologico e ortopedico, dall'aspetto respiratorio a quello cardiovascolare, al dolore primario o secondario, quest'ultimo spesso causato da problemi di postura, di cattiva gestione delle risorse residue o altro, dalla motivazione del paziente ecc.

Avendo presente che nelle cure palliative, l'obiettivo del PRI non è la guarigione della persona malata, ma quello di migliorare la qualità di vita del paziente perseguendo l'obiettivo della riabilitazione che più interessa al malato e al care-giver, per cui il team della riabilitazione esperto in cure palliative ha il compito di migliorare le capacità residue del malato oncologico, e guidarle verso un recupero rapido, vista la brevità della aspettativa di vita del paziente.

Day hospital riabilitativo

L'attività riabilitativa a ciclo diurno di norma è svolta in ambito ospedaliero, ed è rivolta a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione clinica, diagnostica e funzionale e/o di trattamento riabilitativo intensivo, e/o di terapia fisica ad alta tecnologia, nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua infermieristica.

L'accesso al trattamento in DHR deve essere preceduto da una delle seguenti condizioni:

- a) un precedente ricovero ospedaliero in un reparto per acuti;
- b) un periodo di riabilitazione ospedaliera immediatamente precedente l'ammissione al DHR;
- c) la presenza di una riacutizzazione o recidiva dello stesso primitivo evento invalidante;
- d) l'insorgere di una patologia acuta invalidante che necessita di una valutazione funzionale complessa e di trattamento riabilitativo.

Le attività di DHR possono essere svolte solo presso aziende sanitarie che dispongano di U.O. di riabilitazione con codice 56, 75 e 28, già dotate di posti letto per degenza a ciclo continuo, oppure presso strutture accreditate e adeguate.

Sono considerati appropriati in day hospital riabilitativo:

- 1) i ricoveri che prevedano la necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale;
- 2) i ricoveri che prevedano all'interno del progetto riabilitativo individuale l'esecuzione di accertamenti diagnostici e clinico-valutativi e funzionali che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti);
- 3) i ricoveri per specifiche condizioni invalidanti del paziente che prevedano l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici da eseguire a pazienti disabili non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati o con deficit delle funzioni cognitive e gravi disfgie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie);
- 4) i ricoveri per l'esecuzione di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative di alto costo;

5) i ricoveri che prevedano, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, la somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di un'ora dopo la somministrazione;

6) i ricoveri che prevedano, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, la necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici/strumentali nelle ore immediatamente precedenti/ successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo;

7) i ricoveri che prevedano, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, l'esecuzione di procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 60 minuti).

Al di fuori di questi casi i ricoveri in day hospital riabilitativo sono considerati inappropriati e pertanto l'erogazione delle prestazioni assistenziali andrà trasferita, in funzione delle caratteristiche delle prestazioni da erogare e della complessità del quesito diagnostico, o verso il tradizionale modello assistenziale della specialistica ambulatoriale o verso il modello assistenziale di day service riabilitativo (DSR).

Day service riabilitativo

Percorso riabilitativo ambulatoriale complesso (PRAC)

Il day service riabilitativo (DSR) è un modello di attività specialistica riabilitativa e terapeutica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi riabilitativi a diversa complessità, articolati e interdisciplinari, erogati sia in ambito ospedaliero che territoriale nei presidi extra-ospedalieri residenziali (ex art. 26 legge n. 833/1978) ai fini di:

- a) assicurare un omogeneo livello assistenziale con una diminuzione dei ricoveri in regime diurno;
- b) prendere in carico il paziente in regime ambulatoriale, coordinandone la gestione come se fosse ricoverato in day hospital;
- c) definire profili di cura riabilitativi e fisioterapici e percorsi clinico-diagnostici e di valutazione funzionale specifici per patologia nell'ottica della continuità terapeutica O-T). Il day service riabilitativo (DSR) è una nuova modalità assistenziale che consente all'utente, che deve sottoporsi a trattamenti di fisioterapia e riabilitazione ed a contestuali accertamenti clinico-valutativi e funzionali diversi per patologie disabilitanti complesse (PRAC), di eseguire tutto ciò di cui ha bisogno, senza essere ricoverato né in day hospital né in degenza ordinaria. Il day service riabilitativo è una modalità assistenziale innovativa e funzionale che risponde alla necessità di gestire con efficacia ed efficienza le menomazioni e disabilità difficili e complesse, le alterazioni della deambulazione e del passo, le turbe della deglutizione e del linguaggio, e alcune condizioni cliniche complesse ad alto impatto sociale, per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in day hospital, risulta inappropriato, ma tali da richiedere, comunque, una presa in carico globale del paziente da parte del medico specialista ai fini dell'inquadramento clinico/riabilitativo funzionale della disabilità, la stesura del PRI, l'attuazione del programma riabilitativo e la valutazione dell'out come.

In questo nuovo modello organizzativo, non è più l'utente che ricerca all'interno del sistema organizzativo ospedaliero/extraospedaliero territoriale, le modalità per soddisfare la sua domanda di prestazioni riabilitative, diagnostiche e terapeutiche, adattandosi quindi al sistema organizzativo esistente, bensì è la struttura sanitaria ospedaliera/extraospedaliera territoriale che identifica percorsi di fornitura di prestazioni di terapia fisica e riabilitazione, finalizzate alla soluzione, non della singola prestazione, ma alla conclusione della globalità delle prestazioni necessarie per raggiungere l'obiettivo di risposta al bisogno di salute, in tempi rapidi, razionalizzando l'uso delle risorse nei diversi percorsi, semplificandone l'accesso. I percorsi in regime assistenziale di DSR sono individuati ed attivati per patologie invalidanti spesso multiple, con possibili esiti permanenti, di elevato/medio grado di disabilità nelle ADL, ad alto impatto sociale, e rilevanza clinica-riabilitativa e quali-quantitativa, (caso complesso), che richiedono un team multiprofessionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel medio/lungo periodo e la stesura del PRI e di uno o più programmi terapeutici la cui gestione assistenziale prevede l'utilizzo integrato di risorse di alta tecnologia terapeutico-riabilitativa, valutativa funzionale, diagnostico-strumentali, rientranti nelle seguenti tipologie cliniche:

- patologie disabilitanti a carattere di cronicità e ad alto impatto sociale che richiedono frequenti o periodici monitoraggi e valutazioni cliniche, funzionali e/o riabilitative per mantenere equili-

bri di compenso e stabilità, prevenendo episodi critici/di acuzie della stessa patologia cronica e le complicazioni secondarie e terziarie;

- quadri clinici complessi sul piano dell'inquadramento funzionale e diagnostico, in soggetti con patologie associate invalidanti e/o per i quali sia necessario escludere danni secondari importanti e un trattamento riabilitativo specifico;

- patologie osteo-mioarticolari/osteometaboliche e del SNP invalidanti o post-traumatiche che necessitano di periodici monitoraggi e terapia fisica di alta tecnologia e riabilitativa non erogabili in regime ambulatoriale.

Per ogni percorso diagnostico-valutativo e terapeutico/riabilitativo (PRAC) devono essere definiti:

- 1) il medico specialista responsabile del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo;

- 2) criteri clinici per l'ammissione allo specifico regime assistenziale riabilitativo;

- 3) la tipologia di prestazioni ambulatoriali complesse relative alla patologia (codificate come da nomenclatore tariffario ospedaliero);

- 4) le modalità organizzative, per la realizzazione delle attività assistenziali relative allo specifico percorso terapeutico-riabilitativo, valutativo, diagnostico-strumentale e laboratoristico;

- 5) il case manager - di riferimento;

- 6) i referenti, dei punti di erogazione delle prestazioni programmate, necessari al case manager per la fase di pianificazione del percorso clinico-diagnostico e fisioterapico-riabilitativo.

Con provvedimento separato l'Assessorato regionale alla salute adotterà specifici PRAC per le patologie disabilitanti rientranti nelle tipologie cliniche sopracitate.

Osservatorio regionale sulla disabilità

Allo scopo di promuovere la piena integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legge 3 marzo 2009, n. 18 che recepisce la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (New York il 13 dicembre 2006), del decreto interministeriale n. 167/2010 attuativo, e dei principi indicati nella legge 5 febbraio 1992, n. 104, è istituito, presso l'Assessorato della salute, l'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità.

L'Osservatorio regionale è un organismo consultivo e di supporto tecnico-scientifico per la elaborazione delle politiche regionali in materia di disabilità.

L'Osservatorio regionale ha i seguenti compiti:

- a) predisporre un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità;

- b) promuovere la raccolta di dati statistici che illustrino la condizione delle persone con disabilità, anche con riferimento alle diverse situazioni territoriali regionali;

- c) predisporre la relazione sullo stato di attuazione delle politiche regionali sulla disabilità, di cui all'art. 41, comma 8, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modifiche e integrazioni;

- d) promuovere la realizzazione di studi e ricerche che possano contribuire ad individuare aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione dei diritti delle persone con disabilità.

La ricerca in riabilitazione

La ricerca in riabilitazione, avvalendosi dei contributi metodologici della "evidence based medicine", ha compiuto grandi progressi negli ultimi anni. Recentemente è stato condotto un numero crescente di trials prospettici in cui è stata valutata l'efficacia della riabilitazione nelle disabilità derivanti da varie patologie. Per alcune condizioni sono già disponibili meta analisi di trials controllati, dai quali derivano importanti indicazioni per lo sviluppo della ricerca quali l'utilizzo di nuove tecnologie in riabilitazione come ad esempio la robotica, la realtà virtuale e la teleriabilitazione, che costituiscono uno dei campi più importanti e promettenti dell'informatica applicata alle neuroscienze oggi e per il futuro. L'ingegneria tissutale e altre tecnologie moderne stanno contribuendo in questo campo. La ricerca in riabilitazione ha delle peculiarità che la differenziano dalle altre discipline. Gli outcomes della riabilitazione, ad esempio, sono difficili da misurare in quanto volti a valutare i comportamenti e non un singolo parametro biologico. In questo senso la ricerca in riabilitazione si focalizza non solo sul danno di organo, ma sul recupero della disabilità e sulla partecipazione intesa come gestione della funzione, delle possibilità di reinserimento e di relazione con il contesto ponendo la persona al centro del suo agire. I costi dell'assistenza sanitaria e della riabilitazione, con l'innalzamento della vita media, il miglioramento continuo della qualità della assistenza medica e dei livelli assistenziali, sono destinati ad aumentare, per cui diventa imperativo contenere i costi e rendere il sistema sempre più efficiente ed efficace. Dimostrare l'impatto di un singolo intervento riabilitativo non è "vita reale", e benché fondamentale per identificare le procedure efficaci individualmente in un programma, non può valutare da sé efficacemente il programma nel suo complesso.

È auspicabile l'implementazione di una attività di ricerca multidisciplinare che si prefigga l'obiettivo di contribuire a:

- 1) definire strumenti di misurazione secondo la "International classification of functioning (ICF);

- 2) dell'OMS" essenziali alla costruzione di indicatori specifici per la riabilitazione;

- 3) identificare validati protocolli di inserimento/reinserimento nel proprio ambito familiare e sociale e lavorativo;

- 4) elaborare nuovi modelli organizzativi per l'integrazione delle diverse risorse (interne ed esterne al sistema sanitario, pubbliche e private), per garantire l'efficienza dell'intero sistema;

- 5) identificare e validare criteri di appropriatezza nei percorsi riabilitativi ed indicatori di efficacia ed efficienza del processo;

- 6) sviluppare una metodologia di analisi e di controllo di gestione capaci di definire, nel percorso riabilitativo unico, i diversi centri di costo, monitorare la spesa e rendere il sistema più efficiente ed efficace;

- 7) sviluppare nuove tecnologie nel campo della robotica, della teleriabilitazione, della realtà virtuale adattate all'uso per persone disabili, nonché sviluppare la ricerca nel campo delle neuroscienze e della intelligenza artificiale applicata alla riabilitazione.

Infine, per quanto attiene la ricerca in ambito gestionale e della intelligenza artificiale applicata alle neuroscienze in campo riabilitativo, appare indispensabile sviluppare un nuovo modello regionale di ricerca, capace di valorizzare le eccellenze e teso a sviluppare una sinergia operativa tra le aziende sanitarie e le facoltà di ingegneria gestionale e informatica per sistemi intelligenti delle università siciliane su progetti di ricerca avanzati di interesse comune, attingendo alle risorse disponibili e a specifici fondi europei.

Allegato B

I PERCORSI IN RIABILITAZIONE

Percorsi di riabilitazione intensiva

Unità operativa di medicina fisica e riabilitazione intensiva - HUB O/S - (cod. 56 con integrazione cod. 75 e 28)

Struttura

Le strutture che erogano attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero sono dimensionate per U.O. di almeno 24 p.l. sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione ed operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, con le strutture di alta specialità riabilitativa, e con le strutture territoriali extra-ospedaliere e residenziali ai fini della definizione e collocazione in un percorso assistenziale appropriato dei pazienti in carico. La degenza è contraddistinta dal codice di disciplina 56 se relativo ad interventi di riabilitazione intensiva, e da diverso codice (28 e 75) nei casi di ammissione al ricovero dei pazienti con postumi di gravi cerebrolesioni e mielolesioni stabilizzate. L'attività di riabilitazione intensiva comprende anche le attività di riabilitazione cardiovascolare e respiratoria (cod. 56). All'uopo, nel rispetto della programmazione regionale e di specifiche esigenze assistenziali possono essere attivate, quali articolazioni interne, unità di riabilitazione integrate a orientamento cardiologico, pneumologico e gravi neurolesi, che per la loro peculiarità necessitano di una specifica organizzazione, e di risorse specialistiche, tecnologiche e riabilitative dedicate.

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

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

Articolazioni interne dell'U.O. di riabilitazione intensiva

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

Percorsi di riabilitazione estensiva*Unità operativa di riabilitazione estensiva - SPOKE /O - (cod. 56 e 56.08)*

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

Percorsi riabilitativi intensivi di alta specialità (cod. 75, cod. 28)

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

<p>Le alte specialità sono deputate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> al trattamento degli esiti delle mielolesioni; <input type="checkbox"/> al trattamento di pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite, post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità; <input type="checkbox"/> al trattamento delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva; <input type="checkbox"/> al trattamento dei soggetti in stato di coma vegetativo e di minima coscienza; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> al trattamento neuro-traumatologico dei politraumatizzati; <input type="checkbox"/> al trattamento dei pazienti trapiantati multiorgano; <input type="checkbox"/> al trattamento riabilitativo dei pazienti con insufficienza respiratoria e dopo intervento cardiocirurgico; <input type="checkbox"/> al trattamento riabilitativo dei soggetti con malattie neuromotorie rare; <input type="checkbox"/> al trattamento dei pazienti con spina bifida, SM e SLA.
--	--

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

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

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

Unità spinale (cod. 28)

Mandato	<p>Svolge attività finalizzata al recupero della massima autonomia e indipendenza della persona mielolesa, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali in pazienti con stato di coscienza compatibile con la realizzazione di un progetto riabilitativo partecipato.</p> <p>Il percorso assistenziale-riabilitativo inizia con la fase di emergenza e si protrae all'interno della U.S. sino alla fase di dimissione e trasferimento dei pazienti stabilizzati presso le U.O.C. di medicina riabilitativa (Hub) più vicine al luogo di residenza.</p> <p>L'ulteriore fase di reinserimento socio-familiare e recupero può prevedere la presa in carico del soggetto da parte degli altri nodi della rete riabilitativa, appropriati in riferimento ai bisogni sanitari, assistenziali e/o sociali. La degenza in U.S.U. è contraddistinta dal codice disciplina 28.</p>		
Processo	<p><i>Fase dell'emergenza</i> (solo per lesioni midollari traumatiche)</p> <p>Si intende la fase relativa al periodo immediatamente successivo all'evento lesivo, di norma entro le prime 12 ore dopo il trauma.</p> <p>Finalità dell'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire la sopravvivenza delle persone traumatizzate, assicurando la migliore omeostasi possibile al fine di limitare i danni conseguenti alle condizioni di criticità che caratterizzano questa fase; • tutelare la colonna vertebrale, che deve essere considerata sempre come potenzialmente lesa; • trattare il danno vertebro-midollare in maniera da evitare il peggioramento neurologico o da creare le migliori condizioni per un recupero neurologico. <p><i>Fase acuta</i></p> <p>Per fase acuta si deve intendere il periodo immediatamente successivo alla fase di emergenza che dura fino alla stabilizzazione delle condizioni generali (alcune settimane dopo il trauma, salvo complicazioni intercorrenti). Obiettivo della presa in carico in questa fase è quello di stabilizzare le condizioni cliniche generali, prevenire e curare le complicanze secondarie e iniziare le procedure riabilitative precoci.</p> <p><i>Fase di stabilizzazione</i></p> <p>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.</p> <p>La durata media di questa fase è di 4-6 mesi per i paraplegici e di 8-12 mesi e oltre per i tetraplegici.</p> <p>Per i pazienti con lesione incompleta i tempi possono subire consistenti variazioni.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rieducazione delle funzioni respiratorie; • rieducazione delle funzioni motorie; • rieducazione delle funzioni intestinali; • rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche; • terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale; </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> • sostegno psicologico e sociale; • terapia occupazionale; • ergoterapia; • preparazione alla dimissione; • preparazione al reinserimento sociale e familiare; • individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili. </td> </tr> </table>	<p>In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rieducazione delle funzioni respiratorie; • rieducazione delle funzioni motorie; • rieducazione delle funzioni intestinali; • rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche; • terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale; 	<ul style="list-style-type: none"> • sostegno psicologico e sociale; • terapia occupazionale; • ergoterapia; • preparazione alla dimissione; • preparazione al reinserimento sociale e familiare; • individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili.
<p>In questa fase devono essere garantiti programmi coordinati di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rieducazione delle funzioni respiratorie; • rieducazione delle funzioni motorie; • rieducazione delle funzioni intestinali; • rieducazione delle funzioni vescico-sfinteriche; • terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale; 	<ul style="list-style-type: none"> • sostegno psicologico e sociale; • terapia occupazionale; • ergoterapia; • preparazione alla dimissione; • preparazione al reinserimento sociale e familiare; • individuazione, prescrizione e collaudo degli ausili. 		
	<p><i>Fase degli esiti</i></p> <p>L'unità spinale deve garantire un'attività ambulatoriale per la prevenzione e la cura delle complicanze che possono verificarsi dopo la dimissione. I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute oltre che dello stato neurologico della persona mielolesa.</p>		

	<p>Eventuali successivi ricoveri, in regime ordinario o DH in funzione delle condizioni cliniche generali e della necessità o meno di assistenza medica nelle 24 ore, possono essere effettuati per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • follow up periodici; • terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione; • riabilitazione funzionale e chirurgia funzionale con obiettivi specifici; • studio e trattamento delle POAN; 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnostica e trattamento neuro-urologico (vedi fase di stabilizzazione); • chirurgia vertebrale e midollare; • chirurgia ortopedica e traumatologica; rieducazione delle funzioni respiratorie; • trattamento del dolore; • trattamento della spasticità; • aspetti legati alla sessualità e alla fecondazione; • diagnostica neuro-fisiologica; • controllo e verifica dell'efficacia e adeguatezza degli ausili.
	<p>L'Unità spinale deve avere la possibilità di seguire definiti protocolli curativi e assistenziali, nonché assicurare la globale rivalutazione dei pazienti che accedono per la prima volta alla struttura in regime ambulatoriale ed essere sempre disponibile per ulteriori ricoveri per le diverse necessità che dovessero intervenire nel corso della vita. A livello dei servizi territoriali devono essere garantiti tutti gli strumenti di reinserimento sociale, compreso il collegamento con la rete del sociale. A tal fine i distretti devono prevedere, nella loro programmazione (Piano delle attività territoriali), anche le attività specifiche per garantire l'assistenza continuativa della persona mielolesa. A livello periferico devono essere utilmente coinvolte le strutture di riabilitazione ospedaliere (codice 56), extraospedaliere (ex articolo 26), ambulatoriali e i medici di medicina generale. Allo scopo di garantire la continuità assistenziale è necessario che gli operatori del distretto socio-sanitario, appositamente individuati, il medico di famiglia e gli operatori dell'Unità spinale definiscano, insieme al paziente e ai suoi familiari, il percorso riabilitativo e le modalità di reinserimento sociale. Tale procedura deve essere definita, attraverso appositi protocolli di collaborazione, tra l'Unità spinale e i servizi territoriali. Un responsabile del distretto, unitamente al medico di medicina generale, parteciperà a una o più riunioni per definire il programma di assistenza e cura da eseguire sul territorio, oltre che tutte le misure per il reinserimento sociale (abbattimento di barriere architettoniche, speciali ausili, sussidi, eccetera). Il raccordo precoce è indispensabile per attuare in tempo le misure necessarie per il corretto reinserimento.</p>	
Rientri	<p>I controlli devono essere regolari e saranno orientati a valutare le condizioni generali dello stato di salute, dello stato neurologico, della prevenzione e cura delle complicanze.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Follow-up periodici. — Terapia conservativa e chirurgica delle lesioni cutanee da pressione. — Riabilitazione neuromotoria. — Trattamento delle POAN. — Rieducazione respiratoria. — Trattamento del dolore. — Trattamento della spasticità. — Sostegno psicologico e sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> — Supporto alla problematiche legate alla sessualità e fecondazione. — Diagnostica neurofisiologica. — Chirurgia vertebrale e midollare. — Chirurgia ortopedica e traumatologica. — Terapia occupazionale ed ergoterapia. — Attività sportiva e fitness per mielolesi. — Individuazione, prescrizione, collaudo e verifica dell'efficacia ed adeguatezza degli ausili. — Preparazione alla dimissione. — Preparazione al reinserimento familiare, sociale e lavorativo.
Caregiver	<p>Il team della U.S. dovrà garantire un'adeguata informazione ed un addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettuerà l'assistenza domiciliare relativamente alle seguenti problematiche del mieloleso: gestione vescicole, gestione intestinale, funzione sessuale e procreazione, cura della cute, nutrizione, assistenza respiratoria, manutenzione osteo-mio-articolare e postura, igiene personale, posizionamento a letto e trasferimenti, problematiche psicologiche, assistenza ortesica e presidi, superamento delle barriere architettoniche, necessità di controlli (dove effettuarli e come accedervi).</p>	
Requisiti minimi strutturali	<p>L'U.S. è collocata all'interno di Aziende ospedaliere sede di DEA, Policlinici universitari, IRCCS, o in Aziende o presidi ospedalieri di alta specialità riabilitativa, dotati di posti letto per cure intensive e posti letto di degenza non intensiva secondo con un'organizzazione dipartimentale, da servizi specialistici di diagnosi e cura annessi nel cui contesto viene accolto e ricoverato il paziente medulloleso immediatamente dopo l'evento lesivo.</p>	
Dotazione minima ambienti	<ul style="list-style-type: none"> — Area degenza con monitoraggio clinico del p.l. — Area destinata alla valutazione clinica e funzionale. — Area destinata alle attività specifiche di riabilitazione. 	<ul style="list-style-type: none"> — Area di socializzazione — Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative).
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per degenza riabilitativa intensiva. • Attrezzatura per la valutazione clinica, diagnostica e funzionale. • Attrezzatura per l'emergenza clinica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vasca per idrokinoterapia e attrezzature a corredo. • Attrezzature per il trattamento FKT e terapia fisica. • Attrezzature per terapia occupazionale. • Attrezzature aree di socializzazione e tempo libero. • Attrezzature per aree generali di supporto.
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> • Essendo le U.S. strutture riabilitative di alta specialità scarsamente presenti nel territorio nazionale, si ritiene che ai fini della definizione della dotazione di personale medico e sanitario, si debba fare riferimento agli standard medi nazionali. Le U.S. dovranno essere dotate di personale specificatamente addestrato, qualificato e numericamente adeguato comprendente un team fisso costituito da: medici fisiatristi, neurologi, infermieri specializzati, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi clinici, operatori tecnici d'assistenza, animatori, assistenti sociali; il nucleo operativo può essere integrato da specialisti di altre discipline quali: urologia, neurologia, neurofisiopatologia, neurochirurgia, ortopedia, ginecologia, chirurgia, medicina interna. 	<p>Standard medi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 520 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva infermieristica; • 180 minuti/paz./die di riabilitazione intensiva (compresa terapia occupazionale); • 8 ore/settimanali di assistente sociale; • 1/2 ora/die di idrokinesiterapia (ove presente la piscina riabilitativa), in questo caso va ulteriormente potenziato il personale sanitario della riabilitazione e OSS.

Competenze necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini (RNM e TAC). • Neurochirurgia e neurotrammatologia. • Urologia e urodinamica. • Patologia clinica. • Medicina interna. • Dietetica o nutrizione clinica. • Cardiologia e UTIC/Emodinamica. • Pneumologia. • Neurologia e neurofisiologia clinica. • Ortopedia e traumatologia. • Chirurgia generale e chirurgia plastica. • Dietetica o nutrizione clinica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia e diagnostica vascolare. • Pneumologia. • Fisiatria. • Neurologia e neurofisiologia clinica. • Ginecologia. • Andrologia. • Ematologia. • Oculistica. • Otorinolaringoiatria. • Gastroenterologia ed endoscopia digestiva. • Psichiatria, psicologia clinica e servizio sociale.
--------------------------------	---	--

Unità di riabilitazione intensiva gravi cerebrolesioni acquisite (UGC) (cod. 75)

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

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

Mandato	<p>Presa in carico globale per il trattamento degli stati di coma protratto al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> — eseguire un'attenta valutazione delle lesioni, delle menomazioni e della disabilità conseguenti al danno cerebrale, al fine di contenere la disabilità; — individuare gli obiettivi teoricamente e realisticamente raggiungibili nel trattamento riabilitativo; — gli obiettivi prioritari, anche in funzione delle esigenze del paziente e dei suoi familiari; — programmare ed attuare gli interventi terapeutici necessari; — favorire il reiserimento sociale; — garantire il rapporto operativo con gli altri nodi della rete riabilitativa e/o del sistema socio-assistenziale; 	<p>Compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma multidisciplinare (PRI); — osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa compreso il monitoraggio delle funzioni vitali; — nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie; — attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo); — progettare ed operare a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.
Criteri di accesso	<p>I pazienti vengono trasferiti dall'area intensiva quando non necessitano più di monitoraggio intensivo tipico di queste aree. Tali pz. critici in ogni caso necessitano di un monitoraggio continuo adeguato allo scopo di prevenire complicanze cliniche gravi quali l'insufficienza multipla di organo (MOF). La sorveglianza clinica tradizionale deve essere integrata e supportata da una continuità e periodicità di monitoraggio dei sistemi e delle funzioni secondo una check-list preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo e tenderanno a coinvolgere attivamente il paziente nel recupero progressivo della sua autonomia e la famiglia.</p>	
Processo	<p>In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali e strutturali in grado di effettuare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) valutazione e monitoraggio clinico; 2) valutazione funzionale multidimensionale; 3) valutazione dei bisogni assistenziali; 4) interventi terapeutici clinici; 5) interventi di nursing riabilitativo; 	<ol style="list-style-type: none"> 6) interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di: <ul style="list-style-type: none"> — funzioni motorie; — funzioni cognitive comportamentali; — funzioni viscerali (respirazione, deglutizione, controllo sfinteri, ecc.); 7) assistenza protesica; 8) educazione ed assistenza dei caregivers; 9) gestione della continuità assistenziale nei nodi successivi della rete.
Dimissione	<p>La fase di dimissione è preceduta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> — addestramento di assistenza o parente trainer; — contatto con il medico di base; — contatto con il medico e lo specialista del DSB; — valutazione domiciliare e prescrizione ausili; — prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo; — attivazione assistenza sociale; <p>formulazione precoce del piano riabilitativo individuale in accordo con l'equipe distrettuale ospedaliera che prende in carico il paziente.</p>	<p>I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica e riabilitativa previsti per l'accesso alle altre strutture della rete o del domicilio:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) con disabilità stabilizzata verso: <ul style="list-style-type: none"> — domicilio; — RSD; b) con prognosi riabilitativa non definita: <ul style="list-style-type: none"> — strutture residenziali, semiresidenziali; — centri ambulatoriali; — domicilio; c) dimissioni difficili: <ul style="list-style-type: none"> — SUAP.

Caregiver	Il team della U.G.C. dovrà garantire un'adeguata informazione ed un addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettuerà l'assistenza domiciliare relativamente alle seguenti problematiche del cerebroleso: gestione della tracheotomia e assistenza respiratoria, nutrizione, gestione PEG e SNG, o digiunostomia, gestione intestinale e vescicale, cura della cute, manutenzione osteo-mio-articolare per la prevenzione delle POA, posizionamento a letto, mobilizzazione e trasferimenti, igiene personale, problematiche psicologiche, assistenza ortesica e presidi sanitari, superamento delle barriere architettoniche, necessità di controlli (dove effettuarli e come accedervi).	
Requisiti minimi strutturali	L'Unità di riabilitazione gravi cerebro lesioni acquisite (UGCA) è dimensionata per U.O. di 24 p.l., è collocata all'interno delle A.O. con DEA di 3° livello, Policlinici universitari, IRCCS, o in A.S.P. con P.O. sedi di U.O. di riabilitazione intensiva, dotati di posti letto per cure intensive e posti letto di degenza non intensiva secondo un'organizzazione dipartimentale, da servizi specialistici di diagnosi e cura annessi, nel cui contesto viene accolto e ricoverato il paziente grave cerebroleso immediatamente dopo l'evento lesivo. Le UGC devono altresì avere una area sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa per i pazienti in SV e SMC (vedi tabella).	
Dotazione minima ambienti	<ul style="list-style-type: none"> • Area degenza critica con almeno 8 p.l. dedicati ai dotati di sistemi di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti stabilizzati, recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento improvviso. • Area destinata alla valutazione clinica e funzionale. • Area destinata alle attività specifiche di riabilitazione. • Area destinata alla valutazione posturale, della deambulazione e del passo. • Area destinata alle attività specifiche di riabilitazione. • Area di socializzazione. • Aree generali e di supporto (sanitarie e amministrative). 	
Requisiti minimi tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzatura dedicata per degenza riabilitativa intensiva. • Attrezzatura per la valutazione clinica, diagnostica e funzionale. • Attrezzatura per l'emergenza clinica. • Vasca per idrokinoterapia e attrezzature a corredo. • Attrezzature per il trattamento FKT e terapia fisica. • Attrezzature per terapia occupazionale. • Attrezzature aree di socializzazione e tempo libero. • Attrezzature per aree generali di supporto. 	
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> • Essendo le UGC strutture riabilitative di alta specialità, si ritiene che ai fini della definizione della dotazione di personale medico e sanitario, si debba fare riferimento agli standard medi nazionali. Devono essere dotate di personale specificatamente addestrato, qualificato e numericamente adeguato, comprendente un team fisso costituito da: medici fisiatri, neurologi, infermieri specializzati, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi clinici, operatori tecnici d'assistenza, animatori, assistenti sociali; il nucleo operativo può essere integrato da specialisti di altre discipline quali: neurologia, neurofisiopatologia, rianimazione, medicina interna. 	<p>Standard medi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 480 minuti/paz./die di assistenza omnicomprensiva infermieristica; • 240 minuti/paz./die di riabilitazione intensiva (compresa terapia occupazionale e l'idrokinesiterapia) 50 minuti/die di logopedia; • 8 ore/settimanali di assistente sociale; • 1/2 ora/die idrokinesiterapia (ove presente la piscina riabilitativa), in questo caso va ulteriormente potenziato il personale tecnico della riabilitazione e OSS.
Competenze necessarie del P.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica per immagini (RNM e TAC). • Medicina fisica e riabilitativa. • Neurochirurgia. • Neurotraumatologia. • Urologia e urodinamica. • Medicina interna. • Cardiologia e UTIC/Emodinamica. • Pneumologia. • Neurologia e neurofisiologia clinica. • Ortopedia e traumatologia. • Patologia clinica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia generale e chirurgia plastica. • Dietetica o nutrizione clinica. • Ginecologia. • Andrologia. • Ematologia. • Oculistica. • Otorinolaringoiatria. • Gastroenterologia ed endoscopia digestiva. • Psichiatria. • Servizio sociale.

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

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

Mandato	<p>Presenza in carico globale dei pazienti in SV e SMC trasferiti dalle UU.OO. di rianimazione e/o di neurochirurgia che non necessitano più di cure intensive, per iniziare il percorso riabilitativo intensivo, propedeutico al trasferimento, dopo la fase di stabilizzazione clinica, nelle UGC o nelle U.O. di medicina fisica e riabilitativa. In tali unità subintensive debbono essere garantite competenze, organizzazione e spazi in grado di agevolare il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli. Il percorso assistenziale e riabilitativo non deve superare comunque i 12 mesi per i traumatici ed i 3-6 mesi per i non traumatici.</p> <p>I pazienti che dopo congrui periodi di cura e riabilitazione, permangono in SV o SMC possono essere trasferiti in reparti di riabilitazione estensiva (cod. 56) o LPA riabilitativa (cod. 60) quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico definito, il quadro clinico sia stabilizzato e vi sia un'indimissibilità clinica che necessiti ulteriori passaggi ospedalieri di minor intensità riabilitativa, o nella fase di cronicità, nelle SUAP o a domicilio per il trattamento assistenziale e riabilitativo di mantenimento. Tali unità debbono prendersi carico del nucleo familiare con programmi educativi e di sostegno.</p>	<p>Compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma multidisciplinare; — osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa compreso il monitoraggio delle funzioni vitali; — nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie; — attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo); — progettare ed operare a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.
Criteri di accesso	<p><i>Fase dell'acuzie:</i> I pazienti vengono trasferiti dall'area intensiva (rianimazione o neurochirurgia) quando non necessitano più di monitoraggio intensivo tipico di queste aree. Tali pz. critici in ogni caso necessitano di un monitoraggio continuo adeguato allo scopo di prevenire complicanze cliniche gravi quali l'insufficienza multipla di organo (MOF). La sorveglianza clinica tradizionale deve essere integrata e supportata da una continuità e periodicità di monitoraggio dei sistemi e delle funzioni vitali secondo una checklist preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo e tenderanno a coinvolgere attivamente la famiglia/caregiver.</p>	
Percorso riabilitativo	<p><i>Fase riabilitativa:</i> <i>Percorso di tipo 1: pazienti diretti alle UGC (cod. 75)</i> Tale percorso è proponibile per la maggior parte delle persone in SV e SMC all'uscita dalla rianimazione o dalle unità subintensive di neurochirurgia in continuità con il percorso riabilitativo previsto all'interno delle UGC.</p> <p><i>Percorso riabilitativo di tipo 2: pazienti diretti verso reparti di riabilitazione estensiva (cod. 56) e/o LPA riabilitativa (cod. 60)</i> È consigliato per i pazienti di età superiore a 70 anni che abbiano uno SV o SMC di origine non traumatica e che presentino una stabilità clinica sufficiente da consentire la loro permanenza in strutture di minore intensità medico/riabilitativa anche se, comunque, i criteri di età, eziologia e pluripatologia non precludono in assoluto il trasferimento verso le UGC. È necessario attuare una speciale attenzione nei confronti del recupero dello stato di coscienza con un costante monitoraggio dei pazienti ed una pari attenzione ai familiari ed al loro percorso di elaborazione. La permanenza in tali strutture mediamente non dovrebbe superare i 3 mesi per consentire la scelta ai familiari del percorso successivo (domicilio o istituzionalizzazione - SUAP).</p> <p><i>Fase della cronicità</i> Tale fase, che subentra solitamente dopo 3-6 mesi per i pazienti non traumatici e 12 mesi per i traumatici, è caratterizzata da una immutabilità e da una modificabilità molto limitata del quadro neurologico e della coscienza. In questi casi, data la ridotta potenzialità di recupero e la cronicizzazione del quadro clinico, tali persone vengono dimesse e inviate presso le strutture di accoglienza definitiva (SUAP) e, solo nei casi in cui le famiglie siano in grado e desiderose di farlo, verso il domicilio, previa attivazione della rete di supporti organizzativi e logistici necessari.</p>	
Processo	<p>In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali e strutturali in grado di effettuare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) valutazione e monitoraggio clinico subintensivo; 2) valutazione funzionale multidimensionale; 3) valutazione dei bisogni assistenziali; 4) interventi terapeutici clinici; 5) interventi di nursing riabilitativo; 	<ol style="list-style-type: none"> 6) interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di: <ul style="list-style-type: none"> — funzioni motorie; — funzioni cognitive comportamentali; — funzioni viscerali (respirazione, deglutizione, controllo sfinteri, ecc.); 7) assistenza protesica; 8) educazione ed assistenza dei caregivers; 9) gestione della continuità assistenziale nei nodi successivi della rete.
Dimissione	<p>La fase di dimissione è preceduta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> — addestramento di assistenza o parente trainer; — contatto con il medico di base; — contatto con il medico e lo specialista del DSB/case manager; — valutazione domiciliare e prescrizione ausili; — prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo; — attivazione assistenza sociale; — formulazione precoce del piano riabilitativo individuale in accordo con l'equipe distrettuale ospedaliera che prende in carico il paziente. 	<p>I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica e riabilitativa previsti per l'accesso alle altre strutture della rete riabilitativa estensiva, SUAP o domicilio:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) con disabilità stabilizzata verso: <ul style="list-style-type: none"> — domicilio; — RSD; b) dimissioni difficili: <ul style="list-style-type: none"> — SUAP.

Speciali unità accoglienza permanente per pazienti in SV e SMC prolungato (SUAP)

Sono unità di assistenza permanente estensive dedicate a soggetti in SV e SMC cronici, e stabilizzati clinicamente provenienti dalle UGC, LCTR, dai reparti di riabilitazione intensiva estensiva (cod. 56) e di LPA riabilitativa (cod. 60) o dalle rianimazioni. In base ai dati epidemiologici nazionali che prevedono 5 p.l./100.000 abitanti, e considerato che la permanenza di tali pazienti nelle aree subintensive ad alta valenza riabilitativa per SV e SMC delle UGC, non può superare 3-6 mesi per i pazienti non traumatici e 12 mesi per i traumatici, e nelle aree di riabilitazione estensiva non più di 3 mesi, il modulo standard operativo per unità SUAP è fissato in n. 20 p.l. di cui il 10% riservato ai ricoveri "sollevio" programmati. Le SUAP devono essere inserite in un sistema di rete regionale integrato con le UGC, i reparti ospedalieri e le strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva del dipartimento di riabilitazione dell'A.S.P., anche per garantire una distribuzione geografica equilibrata.

Mandato	<p>Presenza in carico globale permanente dei pazienti in SV e SMC prolungato che dopo congrui periodi di cura e riabilitazione (12 mesi per i traumatici ed i 3-6 mesi per i non traumatici) permangono in uno stato di immobilità clinica o con un quadro di modificabilità neurologica e della coscienza limitata. In tali strutture di assistenza permanente debbono essere garantite competenze, organizzazione e spazi in grado di garantire il più alto grado di nursing assistenziale e agevolare (ove possibile) il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli.</p> <p>Tali unità debbono prendersi carico del nucleo familiare con programmi educativi e di sostegno. Le SUAP devono possedere per ogni modulo non meno di 10 3 non più di 20 p.l. di cui almeno il 10% riservato ai ricoveri "sollevio" programmati.</p>	<p>Compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — definizione della diagnosi e prognosi riabilitativa tramite il progetto/programma multidisciplinare; — osservazione e rilevazione diagnostica intensiva riabilitativa compreso il monitoraggio delle funzioni vitali; — nursing infermieristico dedicato e specializzato idoneo alla corretta prevenzione delle complicanze secondarie e terziarie; — attività sanitarie specifiche di recupero funzionale (adeguate ai bisogni della persona e agli obiettivi del progetto riabilitativo); — progettare ed operare a livello di team in coerenza col progetto di struttura e di processo.
Criteri di accesso	<p>L'accesso può essere effettuato o direttamente dai reparti di riabilitazione intensiva/estensiva (cod. 56) o da strutture riabilitative intensive cod. 75 (UGC - LCTR, rianimazione o ancora dalle LPA, o dal domicilio per "periodi di sollevio". I pazienti stabilizzati clinicamente nelle aree cliniche vengono trasferiti dall'area intensiva (rianimazione o neurochirurgia) alle SUAP quando non necessitano più di monitoraggio intensivo tipico di queste aree.</p> <p>Il nursing assistenziale deve essere integrato e supportato da un continuo e periodico monitoraggio dei sistemi e delle funzioni vitali secondo una check-list preordinata. Le attività di assistenza saranno coerenti con il progetto riabilitativo individuale e tenderanno a coinvolgere attivamente la famiglia/caregiver.</p>	
Processo	<p>In relazione alle condizioni cliniche, alla polipatologia e agli aspetti socio-familiari, devono essere garantite le competenze professionali (infermieristiche per almeno 312 minuti/ospite e riabilitative 40 minuti/ospite) e strutturali in grado di effettuare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) adozione di un piano di assistenza individualizzato previa una valutazione funzionale multidimensionale e supervisione del medico fisiatra; 2) controlli medici di monitoraggio clinici cadenzati effettuati da medici specialisti secondo una checklist preordinata con reperibilità medica al bisogno; 3) interventi di nursing assistenziale di alta professionalità: gestione della tracheotomia e assistenza respiratoria, nutrizione, gestione PEG e SNG o della digiunostomia, gestione intestinale e vescicale, cura della cute, manutenzione osteo-mio-articolare per la prevenzione delle POA, posizionamento a letto, mobilitazione e trasferimenti, igiene personale; 	<ol style="list-style-type: none"> 4) programma di sostegno psicologico ai famigliari; 5) interventi di riabilitazione funzionale mirati al recupero di: <ul style="list-style-type: none"> — funzioni motorie; — funzioni cognitive comportamentali; — funzioni viscerali (respirazione, deglutizione, controllo sfinteri, ecc.); 7) assistenza protesica, ortesica e presidi sanitari; 8) educazione ed assistenza dei caregivers; 9) adozione di indicatori di qualità; 10) assistente sociale.
Dimissione per trasferimento a domicilio	<p>Ove richiesto dai famigliari, il rientro domiciliare, deve essere incentivato per i soggetti giovani. Prima di avviare la procedura di dimissione è opportuno che il team riabilitativo del dipartimento di riabilitazione valuti la possibilità reale da parte della famiglia di potere gestire la persona in SV o SMC sia sotto il profilo organizzativo necessario che logistico, programmando ove necessario tutti gli interventi necessari prima del trasferimento. Pertanto, preso atto delle condizioni cliniche, il team deve concordare con l'unità di valutazione multiprofessionale del distretto sanitario competente, il percorso socio-assistenziale più idoneo per organizzare il rientro domiciliare protetto. I criteri di dimissione dei pazienti debbono soddisfare i requisiti di stabilità clinica e riabilitativa previsti per l'accesso all'ADI.</p> <p>La fase di dimissione è preceduta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> — contatto con la UVM del DSB; — addestramento all'assistenza dei famigliari e/o del caregiver secondo una check list preordinata; — contatto con il MMG; — prescrizione ausili secondo il progetto riabilitativo; — attivazione assistenza sociale; 	<p>Compiti della UVM dell'A.S.P.:</p> <ul style="list-style-type: none"> — valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare; — valutazione del domicilio e supporto agli adattamenti necessari; — definizione del programma di dimissione protetta verso il domicilio; — coinvolgimento del MMG che fa parte dell'UVM e diviene responsabile sanitario del paziente dopo la dimissione verso il territorio; — informazione dei famigliari sui servizi territoriali dell'A.S.P. di appartenenza; — informazione sulla esistenza di gruppi di volontariato e di associazioni famigliari nel territorio di residenza; — fornitura di ausili e sussidi indispensabili anche extra nomenclatore tariffario se necessari; — abbattimento barriere architettoniche; — identificazione del case manager; — formazione dei famigliari e del caregiver; — stabilire una alleanza terapeutica con famiglia/amministratore di sostegno/caregiver.

Livelli minimi assistenziali	<p>Il DSB devono garantire attraverso l'ADI:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 2h al giorno di nursing assistenziale domiciliare; — riabilitazione domiciliare di mantenimento secondo il piano assistenziale individualizzato predisposto dall'unità valutativa multidimensionale del DSB; — interventi di sostegno psicologico alla famiglia; — interventi di sostegno socio-assistenziale; 	<ul style="list-style-type: none"> — programmazione di eventuali ricoveri "sollevio" presso la SUAP più vicina; — eventuale inserimento 1-2 volte la settimana in strutture riabilitative socio-assistenziali; — programmazione di periodici controlli o rientri in ordine ad eventuali interventi di chirurgia funzionale, trattamenti della spasticità con tossina botulinica, rivalutazione clinica e funzionale, prescrizioni di ausili, comunicatori, ecc., con riprogrammazione del piano assistenziale.
------------------------------	--	---

Percorsi di riabilitazione estensiva

Unità operativa di lungodegenza post-acuzie riabilitativa (cod. 60)

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

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

Percorsi di riabilitazione estensiva

Riabilitazione estensiva oncologica (cod. 56)

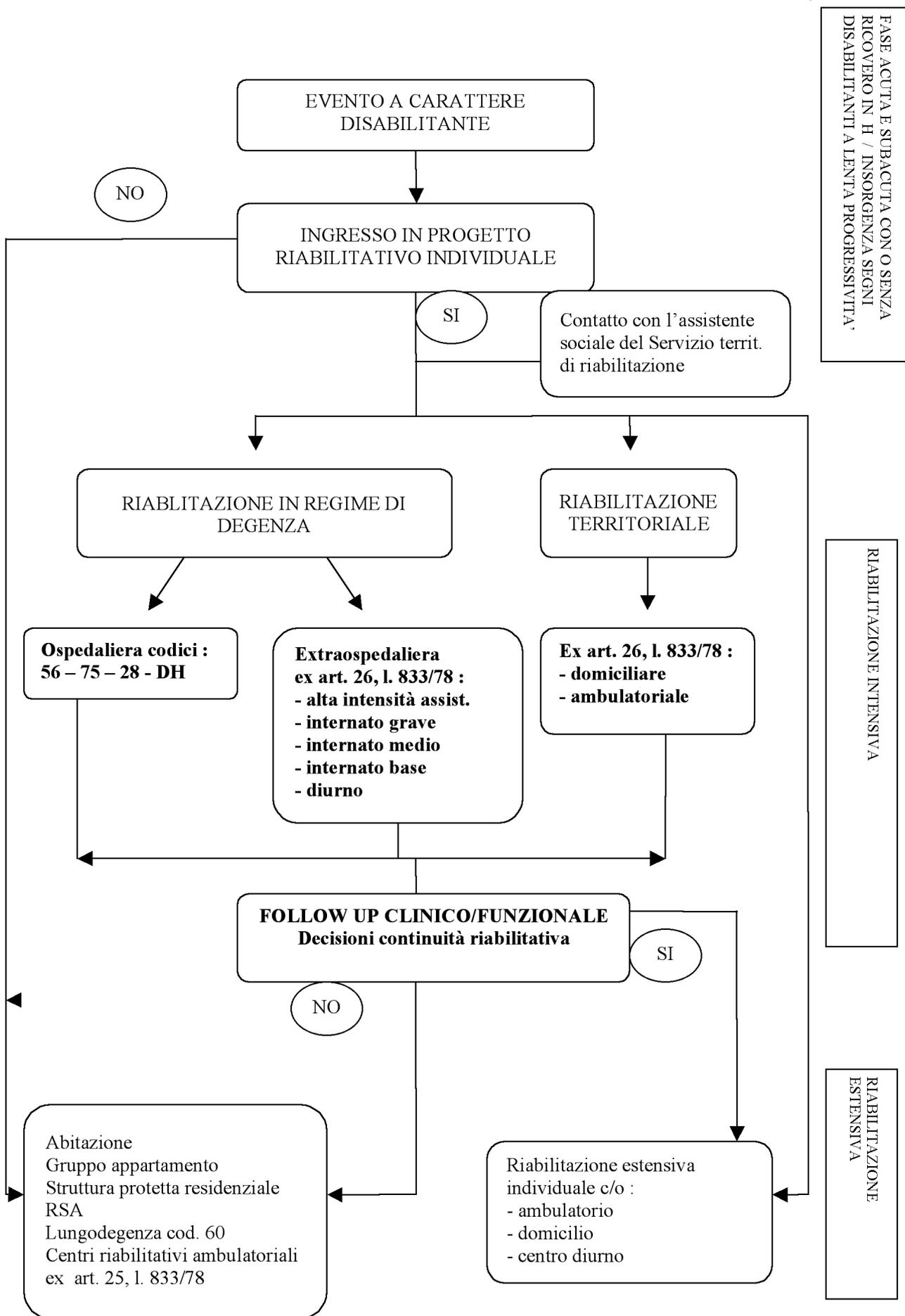
Struttura	Le strutture che erogano attività di riabilitazione oncologica sono inserite nella rete dei servizi di riabilitazione estensiva e operano in stretta integrazione con le UU.OO. per acuti, con le strutture di alta specialità riabilitativa e le strutture territoriali extraospedaliere e residenziali ai fini della definizione e collocazione in un percorso assistenziale appropriato dei pazienti in carico. La degenza è contraddistinta dal codice disciplina 56.
-----------	---

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

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

Percorsi riabilitativi per disabilità neuropsichiche

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



Allegato C

DOCUMENTO DI CONSENSO

IL PIANO DELLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA IN SICILIA

Gruppo di lavoro

Coordinamento:

- dott. Maria Grazia Furnari - dir. resp. Area interdipartimentale 2 "Ufficio del Piano di rientro e del Piano sanitario" dipartimento pianificazione strategica;
- dott. Giovanni De Luca - dir. U.O. "Qualità e Governo clinico" dipartimento attività sanitarie osservatorio epidemiologico.

Componenti:

- dott. Michele Gabriele - delegato regionale GICR - IACPR;
- dott. Maurizio G. Abrignani - ANMCO, GICR - IACPR;
- dott. Nicola Cascio Ingurgio - ANMCO, GICR - IACPR;
- dott. Vincenzo Cirrincione - ANMCO;
- dott. Fabrizio Geraci - Assessorato alla salute;
- dott. Salvatore Gibbino - ARCA;
- dott. Giuseppe Greco - SICOA;
- dott. Fausto Marchetta - Ospedale S. Orsola, Bologna (esperto);
- prof. Salvatore Novo - Presidente nazionale SIC;
- dott.ssa Biagia Maria Rita Spampinato - A.S.P. Agrigento;
- dott. Paolo Zarcone SIC, GICR - IACPR.

PARTE PRIMA

Il contesto clinico-epidemiologico-organizzativo*Ia. Premessa*

Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, dove rappresentano il 38% della mortalità totale maschile e il 47% di quella femminile e sono la prima causa di ospedalizzazione (16,9%, con una degenza media di 6,8 giorni), di disabilità e di riduzione delle qualità di vita. L'assorbimento di risorse economico-sanitarie da esse indotte (in particolare legato ai ricoveri ospedalieri, alla spesa farmaceutica e al ricorso alle prestazioni ambulatoriali) ne fa la principale fonte di spesa sanitaria nel nostro Paese, senza peraltro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in età lavorativa. Negli ultimi anni, il trattamento interventistico e farmacologico e l'organizzazione di reti integrate per la fase acuta di queste patologie, in particolare dell'infarto miocardico acuto (IMA) hanno registrato progressi molto significativi, che si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti. La mortalità intraospedaliera in Sicilia per IMA (rilevata unicamente da fonti SDO) è, ad esempio, pari attualmente a 3,7%. Tuttavia dati sempre più preoccupanti richiamano l'attenzione sulla immediata fase extraospedaliera. La mortalità a 30 giorni dal ricovero rilevata dai dati ReNCaM regionali, infatti, si attesta al 7,8%. Pertanto la mortalità nel primo mese dopo un IMA è all'incirca la stessa di quella osservata durante il ricovero in fase acuta. Anche a livello nazionale, tra i dimessi dopo IMA nel 2001, la percentuale di nuovi ricoveri a 60 giorni era del 32,2% (2,6% per nuovo IMA, 2,6% per scompenso cardiaco, 6,4% per angioplastica coronarica, 4,3% per bypass aortocoronarico e 18,9% per manifestazioni di cardiopatia ischemica) (1). È però ancor più rilevante osservare come nel sottogruppo degli infarti complicati, stando alle schede di dimissione ospedaliera del 2004, l'incidenza a 60 giorni di mortalità e nuovi ricoveri per IMA o scompenso sia globalmente del 15,3% (5,7% e 9,6% rispettivamente) (1). Questi dati confermano quelli della letteratura internazionale più recente e in particolare quelli dello studio statunitense MEDPAR (Medicare Provider Analysis and Review) relativi a una popolazione di quasi 3 milioni di pazienti con IMA [2], dove si osservava tra il 1995 e il 2006 una riduzione della mortalità intraospedaliera dal 14,6% al 10,1% e di quella globale a 30 giorni dal 18,9% al 16,1%; conseguentemente, nello stesso periodo di tempo si è quindi osservato un incremento della mortalità dalla dimissione al trentesimo giorno dal 4,3% al 6%. Le motivazioni di questo fenomeno, confermato anche da altri studi epidemiologici [3], stanno nell'interazione tra il progressivo miglioramento dei trattamenti in fase acuta e il progressivo peggioramento nel tempo delle caratteristiche di base dei pazienti, sempre più anziani e con maggiori comorbidità. Per effetto di quest'interazione la mortalità viene compressa in ospedale malgrado il rischio di base sia più alto, ma la maggiore incidenza di altre complicanze, in particolare dello scompenso cardiaco, determina poi un peggioramento della

prognosi a breve e medio termine. Dopo le notevoli risorse investite nel trattamento della fase acuta dell'IMA, l'attuale sfida per il mondo cardiologico e gli enti regolatori sanitari risiede quindi nell'immediato postinfarto.

Ib. La cardiologia riabilitativa (CR). Una risposta alla sfida

La Carta europea del cuore (European Heart Health Charter, art. 7), promossa dal Parlamento e dalla Commissione europea e sottoscritta anche dal Governo italiano nel 2007, definisce che l'impatto delle malattie cardiovascolari può essere ridotto attraverso la diagnosi precoce, la gestione corretta della malattia, la riabilitazione e la prevenzione con interventi strutturati diretti all'adozione di stili di vita adeguati. La CR è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, migliorare la qualità della vita e incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza (4).

Il ruolo della CR si è molto evoluto negli ultimi anni. I primi programmi di CR sono stati sviluppati negli anni '60-'70 a seguito della documentazione dei benefici della mobilitazione precoce durante l'ospedalizzazione prolungata dopo un evento coronarico non complicato. In seguito la sicurezza e i benefici di programmi di training fisico di moderata intensità, supervisionati con l'ausilio di monitoraggio elettrocardiografico, sono stati largamente studiati e confermati. Inoltre, gli effetti favorevoli dell'esercizio fisico sono stati dimostrati anche in pazienti con infarto miocardico esteso, disfunzione ventricolare e scompenso cardiaco. L'esercizio aerobico è però attualmente solo uno dei componenti della CR. Nel frattempo, infatti, anche lo scenario cardiologico di riferimento si è fortemente modificato: con la progressiva riduzione della durata dell'ospedalizzazione il decondizionamento fisico è oggi di solito minimo, ma la degenza molto breve e orientata alla soluzione esclusiva del problema acuto non consente un adeguato intervento di stratificazione del rischio residuo, la valutazione funzionale e globale, l'ottimizzazione terapeutica, l'educazione-informazione sanitaria, la ripresa di un'adeguata attività fisica in regime di sicurezza e l'impostazione di significative modificazioni dello stile di vita (4). Attualmente si riconosce che la combinazione di un adeguato monitoraggio e intervento clinico, di un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati, educazionali e psico-comportamentali rappresenta la forma più efficace di CR. Essa è ora riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase postacuta o cronica e, in particolare, costituisce il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata e a lungo termine (4). In Italia nel 2006, proprio sulla base della rilevanza epidemiologica e del livello di evidenze scientifiche, sono state elaborate e pubblicate le linee guida nazionali sulla CR e sulla prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, nell'ambito del Sistema nazionale linee guida, con il patrocinio dell'Istituto superiore della sanità e dell'agenzia dei servizi sanitari regionali (4). Le tabelle 1 e 2 riportano rispettivamente le componenti essenziali e gli obiettivi della CR secondo le linee guida nazionali (1,4).

Varie metanalisi hanno dimostrato con forte evidenza che la partecipazione ai programmi di CR è in grado di ridurre la morbilità e la mortalità nei pazienti coronaropatici e di migliorarne il pattern di rischio cardiovascolare e la qualità di vita (5-9). I benefici della CR sono risultati evidenti anche in trial più recenti, condotti su pazienti per lo più rivascularizzati e sottoposti alle misure di prevenzione secondaria oggi raccomandate (10). Le analisi economiche disponibili sull'argomento suggeriscono che gli interventi di CR hanno inoltre un rapporto costo/efficacia molto favorevole, sia dopo un evento coronarico [7] che dopo un episodio di scompenso cardiaco [11], in quanto in grado di ridurre le riospedalizzazioni e quindi le spese per l'assistenza; i relativi costi per anno di vita salvato, specie con le analisi di costo-utilità che considerano anche la qualità della vita (quality-adjusted life years, QALY) sono paragonabili, se non superiori, ad altri interventi preventivi e terapeutici, quali i farmaci ipocolesterolemizzanti, la trombolisi, l'angioplastica coronarica, la chirurgia coronarica o l'impianto di device (1).

Negli ultimi 10 anni le indicazioni alla CR hanno subito importanti variazioni in rapporto all'evoluzione demografica e alle caratteristiche dei pazienti. La CR è stata quindi raccomandata con il più alto livello di evidenza scientifica (classe IA) dalle linee guida dell'European society of cardiology (ESC) (12-15) e dell'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) (16-18)

per il trattamento dei pazienti con cardiopatia ischemica. Analogamente essa viene raccomandata da specifiche linee guida anche dopo un episodio di scompenso cardiaco [19] o dopo un intervento cardiocirurgico [20-22] e addirittura nei pazienti con angina stabile (21,22). Infine, l'implementazione della CR è risultata particolarmente utile nei pazienti portatori di stimolatori cardiaci (pacemaker, stimolatori per la resincronizzazione ventricolare, defibrillatori impiantabili) (1). Queste indicazioni sono state riprese dalle linee guida nazionali in tema di CR (4).

1c. Tipologia di strutture di CR e loro correlazioni nell'ambito della rete della riabilitazione

L'OMS classifica i livelli dell'intervento riabilitativo in tre categorie in base alla qualifica del personale, alle dotazioni strumentali, alla complessità e alla specializzazione dell'intervento (4):

1) livello avanzato, in un ospedale a indirizzo riabilitativo, dove sono disponibili servizi e prestazioni di alta specialità, riservati ai pazienti nella fase post-acuta della malattia e a pazienti a rischio elevato;

2) livello intermedio, che si sviluppa all'interno di un ospedale per acuti, riservato a pazienti in fase post-acuta e a rischio intermedio;

3) livello base, di tipo ambulatoriale, riservato a pazienti a basso rischio, cronici, stabili.

I livelli di assistenza previsti dall'OMS corrispondono, di fatto, a tre differenti livelli di CR e a differenti strutture di CR che, nella realtà italiana, si sono sviluppate in coerenza con il D.M. 7 maggio 1998 (Linee guida nazionali per la riabilitazione) e con il supporto delle linee guida elaborate dalle società scientifiche nazionali e internazionali di settore (1, 4, 12-22):

1) CR "intensiva" in regime di degenza (riabilitazione degenziale o residenziale). Eroga assistenza attraverso due livelli di cura, il ricovero ordinario e il Day Hospital (DH) per pazienti a medio-alto rischio, disabili e più complessi. Essa è in grado di assicurare tutela medica specialistica cardiologica e riabilitativa e nursing dedicato, interventi e prestazioni ad elevata intensità riabilitativa e media/elevata intensità assistenziale clinica a pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia indice ma che permangono a medio/alto rischio potenziale di instabilità clinica a riposo o durante attività di recupero sotto sforzo. La durata dell'intervento intensivo è, di norma, compresa tra le 2 e le 6 settimane per il ricovero ordinario e 4-8 settimane per l'accesso in DH, in base al grado di complessità assistenziale del paziente.

2) CR "intensiva" in regime ambulatoriale per pazienti a basso rischio, comunque clinicamente stabili e che non richiedono speciale supervisione. Si realizza attraverso unità di riabilitazione ambulatoriale che erogano interventi rivolti a pazienti che hanno superato la fase acuta della patologia cardiovascolare, che sono a basso rischio di instabilità clinica a riposo o in attività di recupero sotto sforzo e che non hanno necessità di tutela medica e infermieristica per le 24 ore. Erogano pertanto a questi pazienti prestazioni a elevata intensità riabilitativa e bassa intensità assistenziale clinica. La durata dell'intervento è, di norma, compresa tra le 8 e le 12 settimane. Tali ambulatori sono in genere funzionalmente collegati, oltre che con le cardiologie, UTIC o cardiocirurgie di riferimento, anche con le unità di riabilitazione intensiva ospedaliera degenziali. Al termine del periodo di intervento, tutte le strutture si rapportano con la medicina di base mediante protocolli condivisi per un'adeguata presa in carico del paziente dimesso. In questo modo esse assicurano non solo la trasmissione dei dati clinico-riabilitativi e degli obiettivi di prevenzione da perseguire nel lungo termine, ma anche le modalità di follow-up specialistico e di supporto per rendere ancora fruibili interventi specifici e know-how riabilitativo (in particolare educazione sanitaria, counselling e training fisico) da erogare a cura della struttura, quando indicato.

3) CR "estensiva". A completamento del programma iniziale di riabilitazione intensiva, i pazienti dovrebbero essere orientati verso programmi più semplici di mantenimento a lungo termine nel territorio, con il supporto di iniziative e servizi nella comunità.

La Federazione italiana di cardiologia (FIC) nel documento struttura e organizzazione funzionale della cardiologia (23), prevede invece due tipi di unità operative (U.O.):

— un'U.O. semplice di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare: nell'ambito dell'U.O.C. di cardiologia (U.O.S.), del dipartimento di malattie dell'apparato cardiovascolare (U.O.S.D.), interdipartimentale (U.O.S.I.D.) e l'ambulatorio cardiologico per la prevenzione cardiovascolare;

— un'U.O. complessa di cardiologia riabilitativa/preventiva (collegata da un punto di vista funzionale a un dipartimento di malattie dell'apparato cardiovascolare o, preferibilmente, nel suo ambito).

Secondo la FIC, queste strutture devono interagire in una rete, risultato di un processo di programmazione dei servizi sanitari basato su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive indipendentemente dalla loro collocazione fisica. La rete compone due esigenze tra loro apparentemente contrastanti (la necessità di concentrazione dei servizi per garantire la qualità tecnica e quella di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso), spostando l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale che può essere seguito, seppure in servizi diversi, in modo unitario, basandosi sull'attivazione di percorsi assistenziali centrati sull'individuo e non sulla malattia, seguendo il modello Hub&Spoke (mozzo e raggi di una ruota), dove gli Hub sono centri di riferimento (con attività di elevato grado di complessità) e gli Spoke i centri collegati (con attività di selezione dei pazienti, di invio ai centri di riferimento e di "ripresa in carico").

Il documento "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare" del Ministero della salute (24) riprende i modelli organizzativi del documento FIC. Di seguito vengono riassunti i contenuti del documento per quanto riguarda le singole strutture e il loro collegamento in rete.

U.O.S. o U.O.S.D. o U.O.S.I.D. o ambulatorio di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare

Possono essere inserite in un contesto ospedaliero (di diversa complessità assistenziale) o nel territorio. Tali unità necessitano di un organico dedicato, anche se di piccole dimensioni, ma non richiedono duplicazione di strumentazione, a eccezione delle cyclette. Queste strutture, in aggiunta alla gestione in cronico dei pazienti ischemici, devono essere in grado di individuare i soggetti su cui implementare la prevenzione cardiovascolare e indirizzare in maniera conseguente gli interventi su individui ad alto rischio, selezionati attraverso un uso ragionato degli algoritmi diagnostici e delle tecniche strumentali nella fascia dei pazienti ad alto rischio.

U.O. Complessa di CR

Le unità operative di CR hanno collocazioni diversificate all'interno delle strutture cardiologiche ospedaliere. In ogni unità di rete interospedaliera cardiologica per acuti è da prevedere, infatti, anche la presenza di un centro di riferimento di cardiologia riabilitativa, che è preferibilmente un'U.O.C. allocata in contiguità o in collegamento funzionale con le strutture cardiologiche per acuti dei centri Hub. Essa completa il ciclo dell'assistenza alle cardiopatie secondo i criteri dell'appropriatezza e della qualità, operando secondo le tre modalità organizzative:

— intensiva: caratterizzata da un approccio valutativo e assistenziale di alta intensità e complessità per pazienti ad alto rischio, affetti da cardiopatia ischemica post-acuta, trattati o meno con procedura interventistica coronarica, o affetti da scompenso cardiaco in una fase successiva alla riacutizzazione o in pazienti operati di rivascolarizzazione miocardica o sottoposti a interventi cardiocirurgici per valvulopatia o per chirurgia vascolare in presenza di cardiopatia;

— intermedia: per pazienti a rischio medio-basso nella fase post-acuta della malattia cardiaca, nonché per la periodica rivalutazione nell'ambito dell'intervento riabilitativo a medio termine nei pazienti a medio e alto rischio;

— estensiva: prevede interventi finalizzati alla prevenzione secondaria, al rinforzo del counseling educativo e del training fisico, rivolgendosi a pazienti a rischio cardiovascolare medio-basso in fase cronica.

La scelta fra le tre modalità di assistenza sarà in funzione del grado di stabilità clinica del paziente e della fase della malattia e del suo bisogno riabilitativo. La durata della riabilitazione intensiva in regime di ricovero è di 1-3 settimane a seconda della severità clinica della cardiopatia. La durata della riabilitazione in day hospital o in ambulatorio è di 4-8 settimane. Dopo la fase di riabilitazione e prevenzione secondaria precoce, si passa alla prevenzione secondaria a lungo termine.

Nelle tabelle 3 e 4 sono elencati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle diverse tipologie di U.O. di riabilitazione/prevenzione secondaria secondo i quaderni (24).

Id. Struttura generale della rete di prevenzione secondaria/CR

Secondo i quaderni (24) le strutture complesse di CR (UOC-CR) potranno seguire l'intero percorso della riabilitazione e della preven-

zione secondaria integrandosi con ambulatori di riabilitazione e/o prevenzione cardiovascolare per il follow-up a medio-lungo termine. Le unità operative semplici e gli ambulatori di prevenzione saranno preferenzialmente organizzati presso i dipartimenti cardiologico collegati funzionalmente a essi, presso le singole strutture specialistiche delle Aziende o presso i Dipartimenti di cure primarie, in relazione alla disponibilità locale e alle richieste dei singoli territori. Ove non siano disponibili strutture complesse di CR, è comunque auspicabile che siano presenti strutture di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare. È utile che le singole strutture dedicate alla riabilitazione cardiovascolare siano integrate in una rete riabilitativa e assistenziale, che abbia come snodi centrali strutture di livello e complessità superiori (centri Hub), collocate preferibilmente in dipartimenti cardiologici (ospedalieri, interaziendali o ospedale-territorio) o collegate funzionalmente ad essi, per i pazienti in prevenzione secondaria e in riabilitazione. I centri Hub potranno fornire supporto agli ambulatori dei presidi periferici (centri Spoke), favorendo una positiva osmosi assistenziale. La complessità dell'attività delle strutture di CR e di prevenzione cardiovascolare non deve necessariamente coincidere con quella dell'ospedale in cui è inserita; tuttavia, secondo il criterio delle reti integrate, le Aziende ospedaliere con servizi di più elevata complessità dovrebbero essere dotate anche di strutture di cardiologia riabilitativa o di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare, esercitando la funzione di collettori di pazienti a rischio particolarmente elevato e per tale motivo rivestendo il ruolo di Hub in casi selezionati, per la medicina del territorio. I presidi ospedalieri, sede di ambulatori dedicati di cardiologia riabilitativa e preventiva e di prevenzione cardiovascolare, dovrebbero essere a loro volta Hub delle strutture ambulatoriali del territorio.

Ie. Il Piano di indirizzo per la riabilitazione

Ancora più recentemente, è stato presentato il 7 ottobre 2010 e approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011 il piano di indirizzo per la riabilitazione (25), un documento di carattere generale che sottolinea la necessità di promuovere 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 e garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo unico integrato all'interno della rete riabilitativa. I trattamenti sono erogati, secondo il Piano, nelle fasi di riabilitazione intensiva, intensiva ad alta specializzazione ed estensiva, e in regime di assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital), Day Service, assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Un'ulteriore caratterizzazione del grado di necessità dei bisogni riabilitativi, secondo il Piano, deve basarsi anche sulle caratteristiche di presentazione ed evoluzione della patologia che può essere caratterizzata da:

- frequenti riacutizzazioni e ospedalizzazioni (persona ad alto rischio);
- persistenza di un elevato grado di complessità clinico assistenziale con elevato assorbimento di risorse e richiesta di approccio personalizzato e multidisciplinare (persona ad alta complessità);
- quadri di cronicità della malattia associata a cattivi stili di vita (tabagismo, inattività, ipercolesterolemia, sovrappeso) dove l'intervento si concentra soprattutto su un monitoraggio dell'evoluzione e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia cronica (persona con patologia cronica o gravi fattori di rischio).

Per quanto riguarda le strutture, il piano prevede anche, nei limiti delle norme vigenti l'unità per gravi patologie cardiologiche disabilitanti, destinata all'assistenza di pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per il perdurare di problematiche complesse post acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, ma con potenzialità di recupero clinico funzionale. Gli interventi per pazienti dell'unità sono focalizzati alla definitiva stabilizzazione interna, al ripristino dell'autonomia delle funzioni vitali di base e al trattamento iniziale delle principali menomazioni. È collocata in strutture ospedaliere dotate o funzionalmente collegate con cardiocirurgia e cardiologia. I pazienti provengono:

- dalle unità di terapia intensiva cardiologica per evento acuto recente (sindrome coronarica acuta entro i primi 5 giorni), con un programma di dimissione precoce;
- dalle unità di terapia intensiva chirurgica, precocemente (post intervento - entro i primi 5 giorni) o, perché gravati da compli-

canze, in fase successiva (fase di cronicizzazione a elevata necessità assistenziale).

Vi afferiscono inoltre i pazienti affetti da insufficienza ventricolare severa e/o scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, necessitanti di supporto infusivo e monitoraggio continuo dei parametri emodinamici, che rendono impossibile in quel momento la dimissione del paziente e la gestione domiciliare dello stesso.

I contenuti del Piano sono stati poi ripresi nei Quaderni del Ministero della salute "La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali" (26), in cui si sottolinea che per l'area della riabilitazione l'attuazione di un modello di rete Hub&Spoke prevede una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado di offrire continuità di cura (Tab. 5). Pertanto, si può fornire una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità attraverso la disponibilità di un setting riabilitativo completo di tutte le fasi ospedaliere e territoriali per la realizzazione del PRI. I quaderni fanno esplicito riferimento alla riabilitazione delle persone con malattie cardiovascolari.

Secondo i quaderni (26) la presenza di un evento indice appare l'elemento caratterizzante l'accesso a un programma di CR. La riduzione della capacità funzionale legata all'evento acuto e l'esigenza di avviare un programma strutturato di stratificazione prognostica, di valutazione funzionale e di prevenzione secondaria, finalizzati alla prevenzione di ulteriori eventi cardiovascolari, sono elementi indiscutibili e consolidati. Dal momento che la CR è universalmente riconosciuta come il setting privilegiato per la gestione di questi processi, ne deriva che, per definizione, ogni paziente con recente evento cardiovascolare acuto è portatore di un'appropriate indicazione per avviare un percorso specialistico intensivo di CR. Nelle situazioni in cui è identificabile l'evento indice, è ragionevole garantire una continuità assistenziale che preveda dei limiti temporali per le diverse situazioni cliniche:

- infarto del miocardio e angioplastica coronarica: 30 giorni;
- scompenso cardiaco: 30 giorni;
- disturbi funzionali a intervento di cardiocirurgia: 45 giorni;
- arteriopatia periferica: 30 giorni.

La presa in carico del paziente da parte della struttura riabilitativa cardiologica si configura per lo più come trasferimento diretto nei casi ove è presente un evento indice. Nei casi in cui l'accesso non avvenga attraverso trasferimento diretto, per ragioni di tipo logistiche, o perché l'indicazione alla riabilitazione è stata posta dopo l'effettiva dimissione dalla struttura che ha gestito l'evento indice nella sua fase di acuzie, si ritiene opportuno che la presa in carico da parte della struttura riabilitativa avvenga entro 14 giorni dalla dimissione. Talora nei pazienti con malattie cardiovascolari l'evento indice non è databile con precisione, perché affonda nella storia clinica remota dei pazienti (pur influenzando lo status presente, come nel caso di sequele di pregressi eventi coronarici o interventi cardiocirurgici).

La definizione dei setting più appropriati di intervento riabilitativo cardiologico (in degenza ordinaria, DH, ambulatoriale o domiciliare) risulta derivare dall'analisi combinata del rischio clinico, della complessità clinico-assistenziale e del grado di disabilità. Per rischio clinico si intende non solo il rischio di incorrere in uno dei convenzionali eventi cardiovascolari maggiori (morte cardiovascolare, sindromi coronariche acute, accidenti cerebrovascolari acuti, ischemie acute periferiche, necessità di interventi di rivascularizzazione coronarica o periferica), ma anche il rischio di progressione (anche silente) della condizione patologica cardiovascolare verso l'insufficienza cardiaca, lo sviluppo di comorbidità correlate e l'aggravamento dello stato attuale verso stadi caratterizzati da maggiore disabilità e frequenti reospedalizzazioni.

Da queste esigenze si sono sviluppati modelli organizzativi e percorsi per pazienti a elevata complessità, con importanti comorbidità, con necessità di monitoraggio multiparametrico centralizzato e al letto del paziente (ECG, pressione arteriosa non invasiva, saturazione ossiemoglobinica, frequenza respiratoria), di ventilazione assistita invasiva o non invasiva, in presenza di:

- complicanze neurologiche;
- complicanze renali con necessità di terapie infusive/ultrafiltrazione/emodialisi;
- recente trapianto cardiaco (sorveglianza immunologica e infettologica, eventuali trattamenti antivirali, biopsie endomiocardiche e indagini emodinamiche);
- valutazione pre-trapiantologica (valutazione strumentale dei principali apparati extracardiaci, emodinamica destra, parametri cardiorespiratori);

- scompenso cardiaco refrattario/end-stage privi di prospettive trapiantologiche o con scarse prospettive di svezzamento da terapie infusionali;

- infarto miocardico recente complicato da severa disfunzione ventricolare sinistra o scompenso cardiaco.

In tali contesti devono essere disponibili competenze interne o esterne multi-specialistiche (es. pneumologo, neurologo, fisioterapista, internista, geriatra, nefrologo, infettivologo, cardiocirurgo, medico del lavoro, psicologo, dietista) e collegamenti funzionali con Unità operative di cardiologia per acuti e cardiocirurgia finalizzati a rapidi trasferimenti in caso di emergenza.

Secondo i quaderni (26) premettendo che l'esercizio fisico è una componente irrinunciabile del programma riabilitativo cardiologico, la sua combinazione con un adeguato monitoraggio e intervento clinico, con programmi strutturati educazionali e con interventi psico-comportamentali è l'intervento più efficace di CR. Pertanto, i programmi di CR includono le seguenti specifiche componenti:

- stabilizzazione clinica con risoluzione delle complicanze post-acute;

- definizione e ottimizzazione della terapia medica più appropriata secondo i suggerimenti delle più recenti linee guida proposte dalle società scientifiche;

- stratificazione prognostica per eventi cardiovascolari con valutazione del rischio cardiovascolare globale;

- identificazione di obiettivi specifici per la riduzione di ciascun fattore di rischio

- inquadramento da un punto di vista ergonomico, con valutazione funzionale, in particolare nel caso di attività lavorative e ricreative a elevato impegno cardiovascolare;

- formulazione di un piano di trattamento individuale coinvolgente il paziente e la sua famiglia (o caregiver) che include:

- prescrizione di un programma di attività fisica finalizzato a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo,

- programmi educazionali strutturati dedicati e finalizzati a un effettivo cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso, dell'ansia e della depressione),

- interventi di mantenimento allo scopo di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine, garantendo la continuità assistenziale.

Queste componenti si integrano nel PRI che, con gli strumenti a disposizione e nell'intervallo di tempo in cui si prevede di effettuare l'intervento, identifica gli obiettivi sopracitati a cui si associano quelli di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e diminuire morbilità e mortalità.

I quaderni (26) ribadiscono i criteri di inclusione/indicazioni per l'accesso alla CR. In coerenza con l'attuale stato di evidenze scientifiche, un programma specialistico, integrato e multidisciplinare di CR è indicato nelle persone:

- con cardiopatia ischemica;
- con infarto del miocardio;
- con angina pectoris stabile da sforzo;
- sottoposte a interventi di cardiocirurgia e/o chirurgia vascolare;

- sottoposte a rivascolarizzazione meccanica (angioplastica coronarica e stent);

- sottoposte a procedure di correzione per via percutanea di vizi cardiaci congeniti o acquisiti;

- con arteriopatia cronica periferica;

- con scompenso cardiaco cronico;

- con trapianto cardiaco;

- con esiti di impianto di device, per esempio defibrillatori impiantabili, pacemaker biventricolari, assistenza meccanica del ventricolo sinistro;

- ad alto rischio di primo evento cardiovascolare (> 20% secondo le carte del rischio del Progetto Cuore - ISS).

Indipendentemente dalla specifica indicazione al programma di CR, i protocolli riabilitativi si articolano in componenti comuni a tutte le condizioni e in componenti specifiche per le singole patologie, per diversi sottogruppi di popolazione quali gli anziani, le donne, i diabetici e i pazienti con comorbilità. Le componenti comuni dei protocolli riabilitativi cardiologici prevedono la stratificazione del rischio attraverso visita specialistica, esami ematochimici, strumentali e ottimizzazione della terapia (cardiologo, infermiere), l'attività educazionale e di supporto psicologico (medico specialista, infermiere, tecnico, fisioterapista, dietologo/dietista, psicologo). La definizione del programma individuale include:

- il training fisico, che prevede un programma fisioterapico di ricondizionamento monitorato con telemetria di esercizi fisici flessibile e individualizzato, di adeguate caratteristiche di intensità, durata, frequenza e progressione, in grado di migliorare la capacità funzionale e, inoltre, l'istruzione all'esecuzione autonoma dell'attività fisica che dovrà essere prescritta anche in fase domiciliare;

- l'intervento psicologico che si esplica, dopo valutazione psico-comportamentale, attraverso colloqui individuali modulati secondo il profilo dei rischi modificabili;

- infine, il counseling e le riunioni individuali o di gruppo tra il team riabilitativo e i familiari/caregiver;

Secondo i quaderni (26), all'inizio del percorso riabilitativo è essenziale definire la condizione clinica e funzionale del paziente al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente (degenziale o ambulatoriale). Le condizioni ad alto rischio clinico che configurano la necessità di percorsi di cura complessi e articolati gestibili prioritariamente in ambito degenziale sono le seguenti:

- dopo cardiocirurgia: pazienti ad alto rischio di nuovi eventi cardiovascolari e/o di instabilità clinica, definibili come tali per presenza di scompenso cardiaco (classe NYHA superiore alla II o frazione di eiezione (FE) < 35%) o per aritmie iper-ipocinetiche severe, o per necessità di terapia infusiva o per recidive ischemiche precoci o per altri fattori instabilizzanti; dimessi tardivamente dopo prolungata degenza in rianimazione o terapia intensiva, con complicanze evento-correlate, con presenza o riacutizzazioni di comorbilità severe, con difficoltà logistiche, ambientali e socioassistenziali;

- dopo infarto miocardico: scompenso o disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione inferiore al 40%); ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o con comorbilità; infarto miocardico acuto in soggetti che svolgono vita estremamente sedentaria o anziani;

- dopo scompenso cardiaco: classe NYHA III-IV alla dimissione, persistente necessità di terapia infusiva con difficoltà allo svezzamento; instabilità elettrica; indicazione a ottimizzare la terapia farmacologica in presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato; esigenza di riabilitazione intensiva; in valutazione per indicazione o mantenimento indicazione a trapianto cardiaco; pazienti sottoposti a impianto di device con labilità clinica e/o elettrica o problemi relati a complicanze chirurgiche.

Anche secondo i quaderni (26) le attività di CR possono svolgersi sia in regime di ricovero in degenza ordinaria o in day-hospital, sia in modalità ambulatoriale o domiciliare.

Le attività di riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico-specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multiprofessionali e che implicino un elevato livello di tutela medico-infermieristica e/o la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate.

I programmi di cardiologia riabilitativa in degenza ordinaria sono dedicati:

- ai pazienti ad alta complessità per gravi esiti dell'evento acuto e/o multipatologia, condizionante instabilità clinica o disabilità di grado severo, con necessità di monitoraggio strumentale persistente o utilizzo di trattamenti terapeutici non abituali, per esempio presenza di device a elevata complessità gestionale. In tali pazienti vi è un elevato bisogno di tecnologie, di assistenza medica, di nursing dedicato, di prestazioni a elevata intensità riabilitativa e assistenziale clinica, per la presenza di un elevato grado di dipendenza e di rischio clinico.

- ai pazienti a rischio medio-alto, per precocità del trasferimento dall'evento indice o per esiti severi della patologia acuta, con un grado medio- elevato di disabilità e/o di complessità, con persistente rischio d'instabilità clinica a riposo o durante attività di recupero sotto sforzo, che necessitano prestazioni a elevata intensità riabilitativa e a intensità assistenziale clinica media/elevata, alta necessità di tutela medica e di nursing 24h, anche senza necessità di tecnologie complesse.

I programmi di CR erogati in regime di degenza diurna in DH devono assicurare prestazioni a elevata intensità riabilitativa e a intensità assistenziale clinica medio-bassa a pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia con sufficiente grado di autonomia funzionale, ma che, pur avendo un basso rischio di potenziale instabilità a riposo, permangono a rischio di instabilità clinica durante attività e necessitano di tutela medica e nursing dedicato per la complessità della condizione di patologia. Eleggibili per un programma/progetto riabilitativo in regime di day-hospital sono i cardiopatici nei quali non siano necessarie l'osservazione clinica e l'assistenza "full-time", ma per i quali l'articolazione e la multidisciplinarietà dell'intervento riabilitativo non consentono la gestione del programma

riabilitativo in regime ambulatoriale. Le condizioni cliniche dell'assistito e la compromissione funzionale possono essere anche gravi, purché in fase di relativa stabilità clinica. La tipologia degli interventi in DH è quella intensiva (elevato impegno diagnostico medico-specialistico e riabilitativo-terapeutico e a elevata complessità e/o durata degli interventi multidisciplinari) con almeno 3 ore di terapia riabilitativa specifica, intesa come interventi multiprofessionali. L'intervento si articola in una serie di accessi programmati di durata variabile, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche. I programmi sono personalizzati e comprendono interventi sia individuali sia collettivi, preceduti da una valutazione specifica per formulare i tempi e la durata del trattamento riabilitativo. Il progetto riabilitativo individuale, formulato sotto la responsabilità del medico specialista, si articolerà in accessi giornalieri di norma compresi tra 3 e 5 volte/settimana per una durata complessiva dell'intervento di 4-8 settimane. In alcune specifiche condizioni nelle quali gli obiettivi riabilitativi sono perseguibili in una prospettiva cronologica di medio termine e la progressione del programma necessita aggiornamenti valutativi, di monitoraggio e di terapia non gestibili in contesto ambulatoriale, è possibile un prolungamento della durata complessiva del programma fino a 6 mesi, associato a una contestuale riduzione della frequenza degli accessi settimanali (es. pazienti con scompenso cardiaco cronico, arteriopatici cronici periferici).

Il trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale è appropriato nei pazienti a basso rischio di potenziale instabilità a riposo o durante attività fisica e con bassa necessità di tutela medica e assistenza infermieristica dedicata, nei quali si eseguono prestazioni anche a elevata intensità riabilitativa ma a bassa intensità assistenziale clinica, per la relativa stabilità, e non coesistono necessità logistico-sociali.

Anche i quaderni (26) riprendono il concetto di rete della CR. Le reti integrate di servizi sono il risultato di un processo di programmazione dei servizi sanitari basati su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive. Ciò risulta utile per garantire la continuità assistenziale, per evitare duplicazioni di servizi e per favorire i momenti di comunicazione tra le diverse figure professionali (medici, infermieri, altri operatori) o tra questi e i pazienti, come importante strumento di gestione del processo di cura. Per le reti che comprendono servizi di alta specialità ci si ispira al modello Hub&Spoke, che esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità; pertanto, quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità periferiche a unità centrali di riferimento. Le strutture riabilitative, con impiego di minori risorse umane ed economiche, permettono una gestione migliore dei reparti cardiologici e cardiocirurgici per acuti, consentendo loro una precoce dimissione con caratteristiche adeguate di sicurezza e, quindi, un maggiore turnover di pazienti. I quaderni prevedono centri di riabilitazione cardiologica con funzione di Hub per le strutture cardiocirurgiche e per le strutture cardiologiche ospedaliere dotate di UTIC. Inoltre, la continuità assistenziale e la gestione a medio e lungo termine della persona con cardiopatia potrà essere garantita in ambito di strutture dedicate integrate con il territorio (Spoke).

I quaderni (26), infine, affrontano il problema della formazione di professionisti (es. cardiologi riabilitatori, fisioterapisti, infermieri) con cultura specifica nei contenuti della CR. I differenti bisogni in ambito formativo sono riassumibili nella conoscenza delle finalità, dei contenuti, dei risultati e dell'appropriatezza delle indicazioni dell'intervento riabilitativo. La formazione specialistica, così come previsto dal riassetto delle scuole di specializzazione in area sanitaria (*Gazzetta Ufficiale* n. 258 del 5 novembre 2005, Ordinanze didattiche), prevede che tra gli specifici ambiti di competenze dello specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare vi siano anche quelle riabilitative. Pertanto, la formazione nei contenuti disciplinari della CR dovrebbe includere un numero maggiore di crediti formativi specifici articolati in corsi universitari delle discipline sanitarie.

Si ritiene opportuno inoltre:

- promuovere la diffusione delle linee guida e dei documenti di consenso tra le società scientifiche di settore e l'aggiornamento di tutti gli operatori coinvolti, con particolare attenzione:

- ai medici di medicina generale (MMG), per una maggiore consapevolezza degli effetti favorevoli di un intervento altamente costo efficace come la CR;

- ai cardiologi dedicati alla cura del malato acuto, per un'indicazione appropriata della CR, anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi quali nurse di collegamento, casemanager, referral elettronico;

- ai pazienti, per un maggiore coinvolgimento e motivazione nella scelta delle opzioni di cura più efficaci con strumenti quali il

colloquio motivazionale, il commitment formale e il coinvolgimento dei familiari.

If. Il quadro di riferimento epidemiologico

Secondo gli ultimi dati disponibili (Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2010) (27) si stima che in Italia vengono dimessi vivi circa 55.000 pazienti l'anno dopo un IMA, mentre quelli sottoposti ad interventi di bypass aortocoronarico sono circa 22.000, cui vanno aggiunti i circa 24.000 interventi sulle valvole cardiache e i circa 200.000 pazienti con scompenso cardiaco. A fronte di ciò, i ricoveri in strutture riabilitative sono stati circa 48.000, con una durata media della degenza di 18,5 giorni, mentre i DH di CR sono stati circa 7800 (27).

Allo scopo di quantificare il fabbisogno di strutture di CR nella nostra regione, si sono analizzati i ricoveri ospedalieri effettuati in Sicilia dal 2006 al 2010. Si è fatto riferimento al numero medio annuale dei ricoveri per evitare di prendere in considerazione ricoveri ripetuti dello stesso paziente.

Per le sindromi coronariche acute i codici ICD IX-CM utilizzati (analogamente a quanto effettuato nella realizzazione dell'Atlante sanitario regionale) sono stati il 410 e il 411 in diagnosi principale o 414.1; 423.0; 427.1; 427.4-5; 428.1; 429.5-8; 518.4; 780.2; 785.5 nelle diagnosi principali associate al 410 in diagnosi secondaria. Il numero medio annuale di ricoveri per sindromi coronariche acute è stato di 16.278 (10.920 uomini e 5.358 donne) (Tabb. 6-7). Limitatamente all'IMA i codici ICD IX-CM utilizzati sono stati il 410 in diagnosi principale o 414.1; 423.0; 427.1; 427.4-5; 428.1; 429.5-8; 518.4; 780.2; 785.5 nelle diagnosi principali associate al 410 in diagnosi secondaria. Il numero medio annuale di ricoveri per IMA è stato di 9.743 (6.468 uomini e 3.275 donne) (Tabb. 8-9).

Per lo scompenso cardiaco i codici utilizzati sono stati (analogamente a quanto effettuato nella realizzazione dell'Atlante sanitario regionale) i 428; 402; 416; 425.4-5; 425.9. Il numero medio annuale di ricoveri è stato di 42.270 (20.716 uomini e 21.554 donne) (tabelle 10-11). Utilizzando invece il solo codice 127, il numero medio annuale di ricoveri è stato di 14.698 (7.069 uomini e 7.629 donne) (Tabb. 12-13).

Per gli interventi di cardiocirurgia i codici ICD IX-CM utilizzati sono stati i seguenti: 104, 109, 125, 124, 105, 110, 111, 108, 107, 137. Il numero medio annuale di ricoveri per interventi di cardiocirurgia è stato di 3.652 (2.438 uomini e 1.214 donne) (Tabb. 14-15).

Ig. Il gap tra linee guida e mondo reale

È stato detto come la CR abbia costituito un progresso sostanziale per la cura e per la presa in carico dei cardiopatici post-acuti e la prevenzione secondaria a lungo termine dei pazienti cronici, ma il suo trasferimento nella pratica clinica risulta ancora largamente inadeguato. Studi come l'Euroaspire (28) e lo Shape 2 (29) hanno dimostrato come, dopo un episodio acuto, la prescrizione di uno stile di vita corretto e di raccomandazioni volte al controllo dei fattori di rischio non viene fatta sistematicamente. Lo studio Isyde 2, una survey sullo stato della CR in Italia effettuata nel 2001, ha stimato che i pazienti sottoposti a CR in quell'anno sono stati solamente 61.809: 54,7% dei casi in seguito ad un intervento cardiocirurgico, 26% dei casi dopo infarto miocardico, 9,6% dei casi dopo un episodio di scompenso cardiaco, nell'8% per altre indicazioni (30). Se da una parte un programma riabilitativo è quindi assicurato a una vasta maggioranza dei pazienti cardio-operati (più del 75%), solo il 16% dei pazienti che in Italia hanno avuto un IMA o una sindrome coronarica acuta e il 4% dei pazienti che hanno eseguito un'angioplastica coronarica possono beneficiare di tale intervento. Inoltre, a livello nazionale il counseling infermieristico alla dimissione, i percorsi di prevenzione e l'invio del paziente alla CR si attuano solo in una piccola parte dei casi, come mostrano i dati della tabella 15, ricavata dallo studio BLITZ 4 - Qualità dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO), che ha voluto indagare l'aderenza alle linee guida nella gestione delle sindromi coronariche acute. In particolare, secondo il BLITZ 4 - Qualità, in Sicilia vengono inviati ai programmi riabilitativi solo il 12% dei pazienti STEMI e il 14% di quelli NSTEMI, mentre un counseling infermieristico predimissione viene effettuato nel 30% degli STEMI e nel 23% dei NSTEMI (dati non pubblicati).

L'ampiezza della popolazione eleggibile a programmi di CR da un lato e la constatazione che solo una piccola parte di questa vi accede e che le strutture di CR in Italia non sono ancora distribuite in maniera omogenea dall'altro sottolineano la necessità di elaborare ed implementare uno strumento che possa facilitare l'erogazione di interventi in grado di assicurare a tutti i pazienti i benefici già evidenziati dalla ricerca clinica (1). L'elemento più paradossale è comunque

rappresentato dalla contraddizione tra l'esistenza di indicazioni generalizzate alla CR, contenute nelle linee guida sopra citate (4, 24-26), e la realtà di un ricorso episodico a questo percorso assistenziale nel contesto della nostra assistenza sanitaria (1). Purtroppo il percorso di implementazione delle linee guida ha trovato numerosi ostacoli nella loro declinazione attuativa. Vi sono ostacoli culturali, che derivano da una prospettiva di programmazione sanitaria ancora prevalentemente orientata alla gestione delle fasi di acuzie delle malattie cardiovascolari, non considerando adeguatamente l'importanza di una corretta prevenzione e gestione della cronicità, vera emergenza sanitaria attuale e futura; ostacoli organizzativi, rappresentati dalla mancanza di strutture dedicate alla CR, in relazione agli elevati fabbisogni, e dalle difficoltà dell'organizzazione multidisciplinare; e ostacoli economici, principalmente rappresentati dal sistema di remunerazione a prestazione per pazienti complessi, che privilegia gli interventi ad alta intensità assistenziale nel paziente acuto. Non vanno sottovalutati una serie di "equivoci" in relazione ai contenuti e alle specificità di obiettivi, di strumenti, di mezzi e di valutazione dei risultati della CR rispetto a quelli propri della medicina fisica e riabilitativa, che per anni e segnatamente in Italia ha rappresentato un contenitore generico di tutte le discipline riabilitative. Questa criticità trova la sua espressione più concreta nell'attuale impossibilità da parte dei pubblici decisori di poter quantificare in modo sufficientemente accurato le strutture, il numero di posti letto, i flussi di attività della CR in Italia, in quanto tutti i dati di rilevazione statistica confluiscono, nel modello vigente di rilevazione del Sistema informatico sanitario del Ministero della salute, nel codice di disciplina 56 - Recupero e rieducazione funzionale.

È evidente che la potenzialità attuale delle strutture degenziali nella nostra regione non consente affatto di accogliere un numero così elevato di pazienti (oltre 60.000), è quindi ovvia la necessità di riformulare i percorsi assistenziali. Le stesse strutture riabilitative dovranno specializzare la loro attività per rispondere a esigenze fortemente differenziate ed alcune di esse dovranno non solo essere inserite nella rete del cardiopatico cronico ma avere rapporti anche con la rete interospedaliera per la cardiopatia ischemica acuta (1). È necessario in particolare introdurre, accanto a quello dell'indicazione alla CR, il concetto di "priorità" dell'accesso alle strutture (1). Occorre cioè definire con sufficiente precisione quali sono le categorie di pazienti per i quali l'intervento cardiologico riabilitativo non è solo utile ma irrinunciabile e prioritario e ai quali va assicurato l'accesso alle strutture dedicate (1). Per identificare tali categorie occorre riferirsi al livello di rischio, garantendo che le prestazioni riabilitative siano fornite innanzitutto ai pazienti a rischio clinico più alto, nella convinzione che l'intervento su essi sia più efficace in termini di outcome (1). Vi è infine la necessità di ridefinire le modalità con cui si svolge l'attività di CR poiché, anche indicando la priorità dell'intervento riabilitativo per le minoranze di pazienti a più alto rischio, ragionevolmente si eccedono le potenzialità organizzative degenziali attuali della riabilitazione (1). È quindi necessario riformulare l'offerta riabilitativa attraverso una qualificazione del ricorso alla riabilitazione degenziale, sia in termini di selezione dei pazienti che di durata della degenza, e attraverso l'aumento dell'offerta di riabilitazione ambulatoriale o anche domiciliare per i soggetti a rischio più basso.

Il recente documento di consenso dell'ANMCO e del Gruppo italiano di cardiologia riabilitativa (GICR) (1) suggerisce che occorre modularne l'intervento riabilitativo-preventivo secondo livelli progressivi:

- 1) assicurare a tutti una corretta informazione/educazione sulla propria malattia e sulle abitudini di vita da seguire;
- 2) pazienti selezionati devono essere avviati a percorsi di riabilitazione-prevenzione secondaria da effettuare a livello ambulatoriale, agili e poco costosi;
- 3) pazienti a rischio più alto per complessità o comorbidità devono accedere a un programma di CR inizialmente degenziale e poi ambulatoriale, di tipo omnicomprensivo.

Nelle tabelle 16-18 sono indicati i criteri prioritari per l'invio alle strutture riabilitative degenziali rispettivamente dopo un IMA, un ricovero per scompenso cardiaco e un intervento cardiocirurgico (1).

PARTE SECONDA

Le proposte del gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro, tenuto conto delle indicazioni delle linee guida nazionali e internazionali (1, 4, 12-20, 23, 24) e delle normative nazionali (4, 24-27), formula i seguenti suggerimenti per l'istituzione di una rete della CR in Sicilia:

Ia. Individuazione del fabbisogno annuale di ricoveri in cardiologia riabilitativa degenziale

Hanno indicazione a un invio ai centri di CR degenziali i pazienti con le seguenti caratteristiche:

- 1) i pazienti post-IMA con Score GRACE > 140 e/o EF < 35% e/o co-morbilità; stime derivanti da studi clinici (31-34), integrati coi recentissimi dati dello studio BLITZ IV - Qualità, che riportano in Sicilia una FE < 35% nell'8,2% dei pazienti con NSTEMI e nell'8,9% dei pazienti STEMI, fanno ritenere che questo sottogruppo rappresenti il 25% circa dei pazienti infartuati. Poiché il numero dei dimessi per IMA in Sicilia è di circa 10.000/anno, ne deriva che circa 2.500 pazienti abbiano necessità di ricovero in CR degenziale intensiva ogni anno;
- 2) tutti i cardio-operati (sia pure con diversa durata della degenza a seconda della gravità del caso); poiché il numero dei pazienti dimessi dopo un intervento cardiocirurgico è di circa 3.500, tutti costoro avrebbero necessità di ricovero in CR degenziale intensiva ogni anno;
- 3) i pazienti ricoverati per scompenso cardiaco con classe NYHA III-IV alla dimissione, con comorbidità associate o complicanze o con difficoltà logistiche/ambientali/socio-assistenziali. Tale dato può essere stimato con approssimazione sulla base della popolazione dell'INCHF (Italian Network on Congestive Heart Failure), che rappresenta un database di dati clinici ed epidemiologici dei pazienti con scompenso cardiaco cronico seguiti dalle strutture cardiologiche italiane, in cui la quota di pazienti in classe funzionale NYHA III-IV è pari al 25,8% (35). Dati più recenti dello stesso studio indicano che questa quota è scesa al 16,9% (36). Poiché il numero dei dimessi per scompenso cardiaco in Sicilia è di circa 15.000/anno (relativamente al solo DRG 127), ne deriva che circa 2.000 pazienti abbiano necessità di ricovero in CR degenziale intensiva ogni anno.

Iib. La proposta di rete per la cardiologia riabilitativa

Visto il Piano sanitario regionale 2011/2013, nel quale è specificato che la costruzione della rete si basa sul principio della continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata attraverso percorsi specifici nonché realizzando un sistema fortemente integrato tra i vari livelli istituzionali sia in ambito sanitario sia sociosanitario e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le diverse strutture che operano in ospedale, nel distretto sanitario/sociosanitario e negli altri servizi attivi nell'ambito dell'area riabilitativa, la rete dovrebbe essere articolata su tre livelli, tutti caratterizzati dalla precisa specificità cardiologica. Infatti, come riportato nel recente documento sulla rete integrata della riabilitazione, la sede del trattamento riabilitativo deve essere quella più appropriata ai bisogni clinico-assistenziali del soggetto, in particolare in quelle condizioni morbide per le quali sia stata riconosciuta una specificità di grado significativo, come sono le gravi disabilità cardiologiche. Nel documento sulla rete integrata della riabilitazione è, infatti, prevista una rete extraospedaliera ed ospedaliera di riabilitazione intensiva per il trattamento delle disabilità cardiovascolari, allo scopo di assicurare un'omogeneità di offerta assistenziale a tutti gli utenti della regione necessitanti di CR di tipo intensivo/estensivo, garantendo interventi di cardiologia riabilitativa ai post-infartuati in fase post-acuta e ai soggetti sottoposti ad intervento cardiocirurgico in fase acuta e post-acuta.

I livello: centri di CR estensiva ambulatoriale. Corrispondono ai centri di livello base dell'OMS, a quelli di CR "estensiva" delle linee guida (4) e alle UOS o UOSD o UOSID o ambulatori di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare dei quaderni del Ministero della salute (24) e sono analoghi ai centri Spoke T (Spoke territoriale), strutture di ambito aziendale del documento assessoriale sulla rete integrata della riabilitazione, secondo il quale il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione: l'ambito territoriale diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali. È opinione del gruppo di lavoro che una struttura ambulatoriale di base possa essere utile per diffondere capillarmente nel territorio una corretta prevenzione secondaria in modo estensivo, continuando nel tempo l'azione delle strutture più specialistiche. Gli ambulatori estensivi saranno organizzati presso i dipartimenti cardiovascolari, presso le singole strutture specialistiche delle aziende, presso i dipartimenti di cure primarie o presso strutture private in relazione alla disponibilità locale e alle richieste dei singoli territori. La diffusione di questi centri dovrebbe essere la più capillare possibile (almeno uno per ogni ospedale con cardiologia e possibilmente

più centri nel territorio di ogni singola A.S.P.). Il trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale è appropriato nei pazienti a basso rischio di potenziale instabilità a riposo o durante attività fisica e con bassa necessità di tutela medica e assistenza infermieristica dedicata, nei quali si eseguono prestazioni anche a elevata intensità riabilitativa ma a bassa intensità assistenziale clinica, e non coesistono necessità logistico-sociali. Dovrebbero occuparsi dei pazienti post-acute stabili e del follow-up dei pazienti cardiopatici cronici al termine del loro percorso nei centri di livello superiore a completamento del programma iniziale di riabilitazione intensiva, con programmi più semplici di mantenimento a lungo termine, con il supporto di iniziative e servizi nella comunità (palestre, Club coronarici, telecardiologia). Allo stesso modo dovrebbero però anche individuare, attraverso un uso ragionato degli algoritmi diagnostici e delle tecniche strumentali, i pazienti ad alto rischio in prevenzione primaria e indirizzarli in maniera conseguente agli interventi di prevenzione cardiovascolare.

II livello: centri di CR intensiva ambulatoriale. Corrispondono ai centri di livello intermedio dell'OMS, a quelli di CR "intensiva" in regime ambulatoriale delle linee guida (4) e all'U.O. semplice di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare del documento FIC (23) e sono analoghi ai centri Spoke O (Spoke ospedalieri) di I livello, strutture di ambito aziendale del documento assessoriale sulla rete integrata della riabilitazione. Possono anche essere allocati nel territorio, ma dovrebbero essere anche presenti possibilmente in ogni ospedale con UTIC e almeno in ogni ospedale con UTIC ed emodinamica, in quanto dovrebbero seguire tutti i pazienti a rischio intermedio dimessi dalle cardiologie per acuti e quelli ad alto rischio dimessi dai centri di III livello dopo il primo ciclo di riabilitazione degenziale, comunque a basso rischio di instabilità clinica e che non richiedono speciale supervisione medica e infermieristica per le 24 ore ma per i quali l'articolazione e la multidisciplinarietà dell'intervento riabilitativo non consentono la gestione del programma riabilitativo in regime ambulatoriale. Erogano pertanto a questi pazienti prestazioni a elevata intensità riabilitativa e bassa intensità assistenziale clinica. La modalità della gestione assistenziale dovrebbe essere quella del Day Hospital o del Day Service, dove il DH è riservato ai pazienti subacuti e il DS a quelli cronici. La tipologia degli interventi è quella intensiva (elevato impegno diagnostico con elevata complessità e/o durata degli interventi). L'intervento si articola in una serie di accessi programmati di durata variabile, con almeno 3 ore di terapia riabilitativa specifica con erogazione di prestazioni multi-professionali e plurispecialistiche. I programmi sono personalizzati e comprendono interventi sia individuali sia collettivi, preceduti da una valutazione specifica per formulare i tempi e la durata del trattamento riabilitativo. Il PRI, formulato sotto la responsabilità del medico specialista cardiologo e in condivisione con il team multidisciplinare coinvolto, si articolerà in accessi giornalieri di norma compresi tra 3 e 5 volte/settimana per una durata complessiva di 4-8 settimane. In alcune specifiche condizioni es. pazienti con scompenso cardiaco cronico, nelle quali necessitano aggiornamenti valutativi, di monitoraggio e di terapia non gestibili in contesto ambulatoriale, è possibile un prolungamento della durata complessiva del programma fino a 6 mesi, associato a una contestuale riduzione della frequenza degli accessi settimanali. Tra i compiti di questi centri vi dovrebbe essere anche la periodica rivalutazione nell'ambito dell'intervento riabilitativo a medio termine nei pazienti a medio e alto rischio. Tali centri dovrebbero essere funzionalmente collegati, oltre che con le cardiologie, UTIC o cardiocirurgie di riferimento, anche con le unità di riabilitazione intensiva ospedaliere degenziali. Al termine del periodo di intervento, tutte le strutture si dovrebbero rapportare con la medicina di base e i centri di primo livello mediante protocolli condivisi per un'adeguata presa in carico del paziente dimesso assicurandogli un adeguato follow-up specialistico per rendere ancora fruibili interventi specifici e know-how riabilitativo (in particolare educazione sanitaria, counselling e training fisico) da erogare quando indicato. In accordo al recente documento sulla rete integrata della riabilitazione, l'accesso al trattamento in DH di CR deve essere preceduto da una delle seguenti condizioni:

- un precedente ricovero ospedaliero in un reparto per acuti;
- un periodo di riabilitazione ospedaliera immediatamente precedente l'ammissione;
- la presenza di una riacutizzazione o recidiva dello stesso primitivo evento invalidante;
- l'insorgere di una patologia acuta invalidante che necessita di una valutazione funzionale complessa e di trattamento riabilitativo.

Il documento, sulla rete integrata della riabilitazione prevede un Day service con un percorso riabilitativo ambulatoriale complesso

(PRAC) per le strutture non degenziali in ambito ospedaliero e ambulatoriale. Il Day service cardiologico riabilitativo (DSR) è un modello di attività specialistica riabilitativa e terapeutica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi a diversa complessità, articolati e interdisciplinari, erogati sia in ambito ospedaliero che territoriale, ai fini di:

- assicurare un omogeneo livello assistenziale con una diminuzione dei ricoveri in regime diurno;
- prendere in carico il paziente in regime ambulatoriale, coordinandone la gestione come se fosse ricoverato in day hospital;
- definire profili di cura riabilitativi e fisioterapici e percorsi clinico-diagnostici e di valutazione funzionale specifici per la patologia cardiologica nell'ottica della continuità terapeutica. È una nuova modalità assistenziale che consente all'utente, che deve sottoporsi a trattamenti di CR ed a contestuali accertamenti clinico-valutativi e funzionali diversi per patologie disabilitanti complesse di eseguire tutto ciò di cui ha bisogno, senza essere ricoverato né in day hospital né in degenza ordinaria. Sarebbe utile adottare specifici PRAC per le patologie cardiovascolari. In accordo al recente documento sulla rete integrata della riabilitazione, le attività assistenziali somministrate ai pazienti devono essere registrate in una cartella clinica riabilitativa possibilmente informatizzata, dove registrare le variazioni rilevate nel compimento dei diversi programmi riabilitativi.

III livello: centri di CR intensiva degenziale. Corrispondono ai centri di livello avanzato dell'OMS, alla CR "intensiva" in regime di degenza delle linee guida nazionali (4), alle U.O. complesse di cardiologia riabilitativa/preventiva del documento FIC (23) (preferibilmente nell'ambito di un dipartimento di malattie dell'apparato cardiovascolare), alle U.O. complesse di CR dei quaderni (24) e alle unità per gravi patologie cardiologiche disabilitanti del Piano e dei quaderni (25,26) e sono analoghi ai centri H/S (Hub e Spoke) di II livello, U.O. ospedaliere a valenza provinciale di riabilitazione intensiva del documento assessoriale sulla rete integrata della riabilitazione. È opportuno ribadire che, per le caratteristiche dei pazienti e dei loro percorsi assistenziali, la CR degenziale non è assimilabile a una lungodegenza.

Le unità operative di CR possono avere collocazioni diversificate all'interno delle strutture cardiologiche ospedaliere. In ogni unità Hub di rete interspedaliera cardiologica per acuti è da prevedere, infatti, la presenza di un centro di riferimento di CR.

In alternativa, possono essere collocate strutturalmente in un ospedale a indirizzo riabilitativo, dove sono disponibili servizi e prestazioni di alta specialità. Erogano assistenza attraverso due livelli di cura, il ricovero ordinario e il DH (per quest'ultimo si rimanda al precedente paragrafo).

I programmi di CR in degenza ordinaria sono dedicati:

— ai pazienti ad alta complessità per gravi esiti dell'evento acuto e/o multipatologia, condizionante instabilità clinica o disabilità di grado severo, con necessità di monitoraggio strumentale multiparametrico centralizzato e al letto del paziente (ECG, pressione arteriosa non invasiva, saturazione ossiemoglobinica, frequenza respiratoria), di ventilazione non invasiva, persistente o utilizzo di trattamenti terapeutici non abituali, per esempio presenza di device a elevata complessità gestionale. In tali pazienti vi è un elevato bisogno di tecnologie, di assistenza medica, di nursing dedicato, di prestazioni a elevata intensità riabilitativa e assistenziale clinica, per la presenza di un elevato grado di dipendenza e di rischio clinico;

— ai pazienti a rischio medio-alto, per precocità del trasferimento dall'evento indice o per esiti severi della patologia acuta, con un grado medio-elevato di disabilità e/o di complessità, con persistente rischio di instabilità clinica a riposo o durante attività di recupero sotto sforzo, che necessitano prestazioni a elevata intensità riabilitativa e a intensità assistenziale clinica media/elevata, alta necessità di tutela medica e di nursing 24h, anche senza necessità di tecnologie complesse.

Di conseguenza, i pazienti candidati alla CR in degenza ordinaria sono quelli dimessi dopo ricovero per:

- intervento di rivascularizzazione miocardica, valvulopatia, trapianto cardiaco o chirurgia vascolare: tutti i pazienti ad alto rischio di nuovi eventi cardiovascolari e/o di instabilità clinica, definibili come tali per presenza di scompenso cardiaco (classe NYHA superiore alla II o frazione di eiezione (FE) < 35%) o per aritmie iperipocinetiche severe, o per necessità di terapia infusiva o per recidive ischemiche precoci o per altri fattori instabilizzanti; dimessi tardivamente dopo prolungata degenza in rianimazione o terapia intensiva, con complicanze evento-correlate, con presenza o riacutizzazioni di comorbilità severe (neurologiche, renali, ematologiche, pneumologiche), o con difficoltà logistiche, ambientali e socioassistenziali sono candidati a un ciclo di degenza ordinaria, mentre i rimanenti pos-

sono essere sottoposti ad un breve ricovero (della durata di circa 3 giorni);

- infarto miocardico, trattati o meno con procedura interventistica coronarica, con GRACE Score superiore a 160 o complicati da scompenso o disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione inferiore al 35%); con ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o con comorbidità (diabete, insufficienza renale, anemia, broncopatia cronica);

- dopo scompenso cardiaco: classe NYHA III-IV alla dimissione, refrattari alla terapia convenzionale; con persistente necessità di terapia infusiva con difficoltà allo svezzamento; con instabilità elettrica; con indicazione a ottimizzare la terapia farmacologica in presenza di labilità clinica; dopo ricovero prolungato o complicato; in valutazione per indicazione a trapianto cardiaco; sottoposti a impianto di device; con potenzialità di recupero clinico funzionale.

In conclusione, tali pazienti afferenti alla CR possono essere considerati come i PAC (paziente ad alta complessità clinica) del piano di indirizzo della riabilitazione.

Nelle figure 1-3 sono sintetizzate le indicazioni ai diversi interventi riabilitativi.

La presa in carico del paziente da parte della struttura riabilitativa cardiologica si configura per lo più come trasferimento diretto. Nei casi in cui l'accesso non avvenga attraverso trasferimento diretto, si ritiene opportuno che la presa in carico da parte della struttura riabilitativa avvenga entro 14 giorni dalla dimissione. La durata dell'intervento intensivo è, di norma, compresa tra 1-3 settimane per il ricovero ordinario, in base al grado di complessità assistenziale del paziente e della severità clinica della cardiopatia. In accordo al recente documento sulla rete integrata della riabilitazione, le attività assistenziali somministrate ai pazienti devono essere registrate in una cartella clinica riabilitativa possibilmente informatizzata, dove registrare le variazioni rilevate nel compimento dei diversi programmi riabilitativi.

Per i ricoveri in CR degenziale si prevederà un codice ICD- IX CM specifico (56.08).

Le strutture complesse di cardiologia riabilitativa degenziale possono essere autonome, allocate in Presidi ospedalieri dotati di o strettamente collegati con U.O. di cardiocirurgia e cardiologia, o inserite strutturalmente all'interno del dipartimento di riabilitazione e cure intermedie, che secondo il recente documento sulla rete integrata della riabilitazione è una struttura aziendale che aggrega servizi e blocchi funzionali che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo intensivo/estensivo e di mantenimento, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa, finanziaria ed il governo clinico, che si integra, nell'ottica della continuità assistenziale, con le attività di altri dipartimenti ospedalieri. L'area di raccordo è quella rappresentata dall'area post-acuta e delle cure intermedie e di mantenimento, ove si collocano tradizionalmente una serie di funzioni intermedie omogenee di diversa intensità, che per continuità assistenziale, opportunità tecnica, organizzativa, gestionale, ed economica, vengono aggregate all'interno di questo dipartimento.

Organizzazione della rete

È utile che le singole strutture dedicate alla riabilitazione cardiovascolare siano integrate in una rete assistenziale, che abbia come snodi centrali le strutture di I, II e III livello, che dovranno seguire l'intero percorso della riabilitazione e della prevenzione secondaria integrandosi dall'immediata fase postacuta al follow-up a medio-lungo termine. La complessità dell'attività delle strutture di CR non deve necessariamente coincidere con quella dell'ospedale in cui è inserita; tuttavia, secondo il criterio delle reti integrate, le aziende ospedaliere con servizi di più elevata complessità dovrebbero essere dotate anche di strutture di CR per la gestione della fase intensiva, con caratteristiche di autonomia completa, collocata preferibilmente all'interno di dipartimenti cardiovascolari. Tale centro sarà Hub delle strutture cardiocirurgiche e delle strutture cardiologiche ospedaliere dotate di UTIC (centri spoke), esercitando la funzione di collettore di pazienti a rischio particolarmente elevato. Gli ambulatori di CR intensiva dovrebbero essere a loro volta Hub sia delle strutture cardiocirurgiche e delle strutture cardiologiche ospedaliere dotate di UTIC (per i pazienti a rischio intermedio) sia dei centri degenziali, che trasferiranno loro i pazienti al termine del ricovero, divenendo in questa fase a loro volta centri Spoke. Infine le strutture ambulatoriali estensive del territorio e ospedaliere saranno hub dei centri di II e III livello, divenuti in questa fase a loro volta centri spoke, per il follow-up a lungo termine, ma potranno seguire anche i pazienti a basso rischio dimessi dalle strutture per acuti.

Nella figura 4 sono evidenziati i percorsi previsti per le varie tipologie di pazienti.

Iic. Requisiti strutturali-tecnologici-organizzativi

Il gruppo di lavoro, tenuto conto delle indicazioni delle linee guida nazionali (1, 4, 24-26), propone infine i seguenti requisiti per le diverse strutture di CR:

Strutture ambulatoriali estensive:

Requisiti strutturali

- Locale per valutazione clinica (visita ed ECG).

- Locale per diagnostica ultrasonografica (ecocardiogramma color doppler) o collegamento funzionale con laboratorio di ecocardiografia.

Requisiti tecnologici

- Elettrocardiografo.

- Ecocardiografo bidimensionale Color Doppler.

- Eventuali ausili audiovisivi.

Requisiti organizzativi

- Unità di cardiologi e di infermieri formati in counseling in proporzione al n. di pazienti afferenti.

Strutture ambulatoriali intensive:

Requisiti strutturali

- Un locale per la valutazione clinica attrezzato per la raccolta dati computerizzata.

- Un locale per le procedure infermieristiche come il colloquio preliminare, la raccolta delle misure antropometriche e il counseling motivazionale breve (a opera dell'infermiere specificamente formato o dello psicologo), con raccolta standardizzata dei dati.

- Un locale per la diagnostica ultrasonografica ovvero un collegamento funzionale con il laboratorio di ecocardiografia e di ecografia vascolare.

- Un locale per i test provocativi non invasivi (ECG da sforzo, eco-stress), dotato di sistema di monitoraggio ECG e gestione dell'emergenza, ovvero collegamento funzionale con il servizio di diagnostica non invasiva.

- Una palestra dimensionata all'utenza (4-5 mq. a paziente per la ginnastica calistenica, con un massimo di 8-10 pazienti) anche con ambiente separato per la ginnastica e per le attrezzature, con pavimentazione antisdrucciolo, aerazione diretta o indiretta, spogliatoi anche adiacenti, con cyclette e/o tapis-roulant, il cui ingombro è calcolato in 4 mq. ad apparecchiatura e apparecchiature di controllo quali telemetria, monitor, ecc. il cui ingombro è pari a 6 mq. nel suo insieme.

Requisiti tecnologici

- Elettrocardiografo.

- Ecocardiografo bidimensionale color Doppler, preferibilmente ECO 3-4D, con funzione eco-vascolare e sonda transesofagea.

- Attrezzatura per ECG da sforzo (cyclette, letto ergometro, tapis-roulant) ed eco-stress da sforzo o farmacologico (da eseguire esclusivamente in ambiente ospedaliero).

- Apparecchiatura per monitoraggio ECG in telemetria.

- Possibilmente registratori e lettore per ECG dinamico Holter e prova da sforzo cardio-respiratoria o almeno possibilità di eseguire un Six minute walking test.

- Attrezzature per l'emergenza.

- Ergometri, tapis-roulant, spalliere, specchi e altro materiale per palestra.

- Eventuali ausili audiovisivi.

(La strumentazione necessaria per le attività diagnostiche potrà essere in comune con la struttura di cardiologia).

Requisiti organizzativi

- 1 medico cardiologo, responsabile della struttura.

- Medici cardiologi di supporto in numero proporzionale al numero dei pazienti afferenti alla struttura.

- Infermieri con specifica formazione per la prevenzione cardiovascolare e per il "counseling motivazionale breve", con funzioni di case manager e gestione della ricerca clinica e per l'esecuzione di esami strumentali e di test provocativi, in numero proporzionale al numero dei pazienti afferenti alla struttura (in media 1 infermiere ogni 50-100 pazienti in carico). Le unità infermieristiche possono essere sostituite da unità mediche secondo deroga prevista dalla D.A. n. 890/2002, parte 2, punto 2.1.

— Disponibilità di consulenti (anche part-time) per il lavoro in team:

- a) diabetologo, per il percorso del paziente diabetico;
 - b) dietologo, per l'educazione alimentare, con programmazione di interventi specifici per gli obesi, i diabetici e i pazienti con grave dislipidemia o insufficienza renale;
 - c) psicologo e/o suoi collaboratori per il counseling motivazionale breve mirato alla modifica degli stili di vita, per gli interventi di gestione dello stress, per il programma antibagismo e per l'identificazione dei pazienti con ansia/depressione;
 - d) pneumologo o meglio un centro antifumo;
 - e) biostatistico per la valutazione degli indicatori.
- Fisioterapisti con impegno proporzionale al numero dei pazienti assistiti.

Possibilmente nel centro dovrebbero essere realizzati ambulatori dedicati per la cura dell'ipertensione, delle dislipidemie, delle aritmie e dello scompenso cardiaco.

Strutture degenziali intensive:

Requisiti strutturali

— I posti letto saranno definiti anche in relazione al bacino di utenza.

— Ambulatori per attività diagnostico-valutativa.

— Una palestra multifunzionale dimensionata all'utenza, anche con ambiente separato per la ginnastica e per le attrezzature, con pavimentazione antisdrucciolo, aerazione diretta o indiretta, spogliatoi anche adiacenti, con cyclette e/o tapis-roulant, il cui ingombro è calcolato in 4 mq. ad apparecchiatura e apparecchiature di controllo quali telemetria, monitor, ecc. il cui ingombro è pari a 6 mq. nel suo insieme.

— Spazi attrezzati per attività individuali in rapporto alla tipologia di intervento.

— Aree per riunioni di gruppo (si può utilizzare la palestra).

Requisiti tecnologici

— Elettrocardiografo.

— Ecocardiografo bidimensionale color Doppler (possibilmente con trasduttore per eco transesofageo).

— Attrezzatura per ECG da sforzo.

— Ergospirometria.

— Registratore e lettore per ECG dinamico.

— Apparecchiatura per monitoraggio ECG in telemetria.

— Ergometri, tapis roulant, spalliere, specchi e altro materiale per palestra.

— Lettini o materassini per fisiokinesiterapia.

— Ausili audiovisivi.

— Attrezzature per l'emergenza.

Possibilmente registratori e lettore monitoraggio pressione arteriosa e analizzatore emogas.

(La strumentazione necessaria per le attività diagnostiche potrà essere in comune con la struttura di cardiologia).

Devono essere disponibili in loco o collegati funzionalmente laboratori diagnostici di:

- diagnostica radiologica per immagini;
- analisi.

Requisiti organizzativi

In considerazione della complessità dell'intervento cardiologico di tipo riabilitativo, la responsabilità di tali strutture deve essere assegnata a uno specialista cardiologo. Infatti è da considerare che in ambito nazionale ed internazionale la CR è oggi universalmente considerata un processo sanitario basato su conoscenze, competenze disciplinari (Core Curriculum for General Cardiologist, European Society of Cardiology 2008) comprendenti aspetti fisiopatologici, clinici, organizzativi, gestionali e scientifici fortemente integrati e garanti del risultato medico che possono essere ricondotti esclusivamente all'area disciplinare della cardiologia e delle malattie cardiovascolari e quindi allo specialista in cardiologia o in malattie dell'apparato cardiovascolare e non riconducibili ad altre specialità mediche non operanti in cardiologia. E d'altra parte da rilevare che i pazienti che vi accedono sono affetti da recenti gravi patologie acute o croniche di tipo cardiovascolare, spesso instabili e quindi a rischio di gravi eventi pericolosi per la vita, in particolare per modelli organizzativi e tipi di percorso di "livello avanzato":

— unità mediche cardiologiche in numero adeguato a garantire il servizio di guardia (almeno 8);

— unità di fisioterapisti per attività in reparto e in palestra, sia di mattina sia di pomeriggio, in proporzione al carico di lavoro (indicativamente 1 ogni 6 pazienti);

— infermieri per la gestione del reparto, dell'unità di terapia sub-intensiva (24 ore/24) e dell'ambulatorio (n. 8);

— OSS/OSA con compiti di attività alberghiera, portantinaggio e pulizie di reparto (1 OSS/4 OSA);

— assistente sociale (part-time).

Team di consulenti (anche part-time) con impegno proporzionale al numero dei pazienti assistiti:

— diabetologo, per il percorso del paziente diabetico;

— dietologo, per l'educazione alimentare, con programmazione di interventi specifici per gli obesi, i diabetici e i pazienti con grave dislipidemia o insufficienza renale;

— psicologo e/o suoi collaboratori per il counseling motivazionale breve mirato alla modifica degli stili di vita, per gli interventi di gestione dello stress, per il programma antibagismo e per l'identificazione dei pazienti con ansia/depressione;

— biostatistico per la valutazione degli indicatori;

— pneumologo o meglio un centro antifumo.

Deve essere possibile l'esecuzione di consulenze interne o esterne multi-specialistiche (cardiochirurgica, neurologica, nefrologica, infettivologica, internistica, pneumologica, geriatria, di medicina del lavoro) e il collegamento funzionale con unità operative di cardiologia per acuti e cardiochirurgia finalizzati a rapidi trasferimenti in caso di emergenza.

IId. La formazione

È condizione indispensabile all'avvio della rete e dei singoli centri la formazione di professionisti (es. cardiologi riabilitatori, fisioterapisti, infermieri) con cultura specifica nei contenuti della CR, in particolare la conoscenza delle finalità, dei contenuti, dei risultati e dell'appropriatezza delle indicazioni dell'intervento riabilitativo. Tale formazione dovrebbe iniziare in sede universitaria presso le scuole di specializzazione in malattie dell'apparato cardiovascolare e continuare presso le aziende sanitarie e le strutture formative regionali (CEFPAS, CERISDI) con programmi di ECM sotto il coordinamento dell'Assessorato per la diffusione delle linee guida e dei documenti di consenso tra le società scientifiche di settore e l'aggiornamento di tutti gli operatori coinvolti, dai medici di medicina generale, ai cardiologi dedicati alla cura del malato acuto (per un'indicazione appropriata della CR), ai pazienti, per un maggiore coinvolgimento con strumenti quali il colloquio motivazionale o il coinvolgimento dei familiari.

IIE. La ricerca in cardiologia riabilitativa

La ricerca in CR, avvalendosi dei contributi metodologici della "evidencebased medicine", ha compiuto grandi progressi negli ultimi anni. Recentemente è stato condotto un numero crescente di trial prospettici in cui è stata valutata l'efficacia della riabilitazione (6-10). La ricerca in riabilitazione ha delle peculiarità che la differenziano dalle altre discipline. Alcuni outcome della riabilitazione, ad esempio sono difficili da misurare in quanto volti a valutare i comportamenti e non un singolo parametro biologico. In questo senso la ricerca in CR si focalizza non solo sul danno di organo, ma sul recupero della disabilità e sulla partecipazione intesi come gestione della funzione, delle possibilità di reinserimento e di relazione con il contesto ponendo la persona al centro del suo agire. I costi dell'assistenza sanitaria e della riabilitazione, con l'innalzamento della vita media, il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza medica e dei livelli assistenziali, sono destinati ad aumentare, per cui diventa imperativo contenerli rendendo il sistema sempre più efficiente ed efficace.

È auspicabile l'implementazione di un'attività di ricerca multidisciplinare che si prefigga l'obiettivo di contribuire a:

1) definire strumenti di misurazione secondo la "International classification of functioning (ICF) dell'OMS" essenziali alla costruzione di indicatori specifici per la CR

2) identificare validati protocolli di inserimento/reinserimento nel proprio ambito familiare e sociale e lavorativo;

3) elaborare nuovi modelli organizzativi per l'integrazione delle diverse risorse (interne ed esterne al sistema sanitario, pubbliche e private), per garantire l'efficienza dell'intero sistema;

4) identificare e validare criteri di appropriatezza nei percorsi di CR e indicatori di efficacia ed efficienza del processo.

5) sviluppare una metodologia di analisi e di controllo di gestione capaci di definire, nel percorso riabilitativo unico, i diversi centri di costo, monitorare la spesa e rendere il sistema più efficiente ed efficace.

Note bibliografiche

- 1) Greco C., Cacciatore G., Gulizia M. et al.: Criteri per la selezione dei pazienti da inviare ai centri di cardiologia riabilitativa. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 2011; 76: 1-12.
- 2) Krumholtz H.M., Wang Y., Cheu J., et al.: Reduction in acute myocardial infarction mortality in the United States: risk standardized mortality rates from 1995-2006. *JAMA* 2009; 302: 767-73.
- 3) Ezekowitz J.A., Kaul P., Bakal J.A., Armstrong P.W., Welsh R.C., McAlister F.A.: Declining in-hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2009; 53: 13-20.
- 4) Agenzia per i servizi sanitari regionali: Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 2006; 66: 81-116.
- 5) Oldridge N., Guyatt G., Fischer M., Rimm A.: Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomised clinical trials. *JAMA* 1988; 260: 945-950.
- 6) O'Connor G., Buring J., Yusuf S., et al.: An overview of randomised trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 8: 234-244.
- 7) Jolliffe J., Rees K., Taylor R., Thompson D., Oldridge N., Ebrahim S.: Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane review). In: the Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & sons, 2003, issue 4.
- 8) Taylor R., Brown A., Ebrahim S. et al.: Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Am. J. Med.* 2004; 116: 682-892.
- 9) Clark A., Hartling L., Vandermeer B., McAlister F.: Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary heart disease. *Ann. Intern. Med.* 2005; 143: 659-72.
- 10) Swaab B., Waldmann A., Katalinic A., Sheikhzadeh A., Raspe H.: In-patient cardiac rehabilitation versus medical care - a prospective multicentre controlled 12 months follow up in patients with coronary heart disease. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab.* 2011; 18: 581-86.
- 11) Piepoli M.F., Davos C., Francis D.P., Coats A.J.: ExTra-MATCH Collaborative. Exercise training metaanalysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTra- MATCH). *BMJ* 2004; 328: 189.
- 12) Giannuzzi P., Mezzani A., Saner H. et al.: Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology. European Society of Cardiology. Physical activity for primary and secondary prevention. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart. J.* 2003; 24: 1273-1278.
- 13) Van de Werf F., Bax J., Betriu A. et al.: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur. Heart. J.* 2008; 29: 2909-2945.
- 14) Wijns W., Kohl P., Danchin N., et al.: Guidelines on myocardial revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for CardioThoracic Surgery (EACTS). *Eur. Heart. J.* 2010; 31: 2501-55.
- 15) Hamm C.W., Bassand J.P., Agewall S.: ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart. J.* 2011; 32: 2999-3054.
- 16) Gibbons R.J., Abrams J., Chatterjee K., et al.: ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the management of patients with chronic stable angina). *Circulation* 2003; 107: 149-58.
- 17) Anderson J.L., Adams C.D., Antman E.M. et al.: ACC/AHA 2007 Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: Executive Summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 2002 Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction). *Circulation* 2007; 116: 803-877.
- 18) Antman E.M., Hand M., Armstrong P.W.: 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2008, 117: 296-329.
- 19) Jessup M., Abraham W.T., Casey D.E., et al.: Focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 2009; 119: 1977-2016.
- 20) Eagle K.A., Guyton R.A., Davidoff R., et al.: ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to update the 1999 guidelines for coronary artery bypass graft surgery). *Circulation* 2004; 110: e340-e437.
- 21) Wenger N.: Current status of cardiac rehabilitation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008; 51: 1619-1631.
- 22) Piepoli M., Corra U., Benzer W. et al.: Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab.* 2010 17: 1-17.
- 23) Chiarella F., Ciccone M.M., Boccanelli A. et al.: Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. *G. Ital. Cardiol.* 2009; 10 suppl. 3-6.
- 24) Quaderni del Ministero della salute: Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare, n. 1, gennaio-febbraio 2010.
- 25) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_291_documenti_itemDocumenti_0_fildocumento.pdf.
- 26) Quaderni del Ministero della salute: La centralità della persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali, n. 8, marzo-aprile 2011.
- 27) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1690_allegato.pdf.
- 28) Euroaspire III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2009 16: 121-137.
- 29) Remme W.J., McMurray J.J., Rauch B., et al.: Public awareness of heart failure in Europe: first results from Shape. *Eur. Heart. J.* 2005; 31.
- 30) Urbinati S., Fattiroli F., Chieffo C. et al.: The ISYDE Project. A survey on cardiac rehabilitation in Italy. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 2003; 60: 16-24.
- 31) Fox K.A.A., Steg P.G., Eagle K.A. et al.: For the GRACE Investigators. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999-2006. *JAMA.* 2007; 297: 1892-1900.
- 32) Pascale P., Taffe P., Regamey, Kappenberger L., Fromer M.: Reduced ejection fraction after myocardial infarction. Is it sufficient to justify implantation of a defibrillator? *Chest.* 2005; 128; 2626-2632.
- 33) Hlatky M.A.: Comorbidity and outcome in patients with coronary artery disease. *JACC* 2004; 43: 583-4.
- 34) Bloch Thomsen P.E., Jons C., Pekka Raatikainen M.J., et al.: For the Cardiac Arrhythmias and Risk Stratification After Acute Myocardial Infarction (CARISMA) Study Group. Long-term recording of cardiac arrhythmias with an implantable cardiac monitor in patients with reduced ejection fraction after acute myocardial infarction. The Cardiac Arrhythmias and Risk Stratification After Acute Myocardial Infarction (CARISMA) Study. *Circulation.* 2010; 122: 1258-1264.
- 35) Fabbri G., Gorini M., Maggioni A.P.: INCHF: il registro italiano dello scompenso cardiaco. Dieci anni di esperienza. *G. Ital. Cardiol.* 2006; 7: 689-94.
- 36) Cacciatore G.: Stato di Avanzamento Studio IN-HF outcome. Investigator Meeting dei Ricercatori IN-HF on line e IN-HF outcome. Firenze Fortezza da Basso, 4 giugno 2009. <http://www.anmco.it/inchf/online.html>.

Tab. 1 - Componenti essenziali dei programmi di CR

- Assistenza clinica volta alla stabilizzazione.
- Valutazione del rischio cardiovascolare globale e identificazione di eventuali fattori di rischio aggiuntivi per recidive (già presenti o di nuova comparsa).
- Identificazione di obiettivi specifici per la riduzione di ciascun fattore di rischio.
- Formulazione di un piano di trattamento individuale che includa:
 - a) interventi terapeutici finalizzati alla riduzione del rischio;
 - b) programmi educativi strutturati dedicati e finalizzati a un effettivo cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso, benessere psicologico);
 - c) prescrizione di un programma di attività fisica finalizzato a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo;
 - d) interventi di mantenimento allo scopo di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine, garantendo la continuità assistenziale.

Tab. 2 - I compiti della CR

Nel breve-medio termine:

- a) perseguire la stabilizzazione del quadro clinico;
- b) limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare;
- c) migliorare globalmente la capacità funzionale e incidere così favorevolmente sul grado di autonomia, indipendenza e partecipazione sociale, quindi sulla qualità della vita;
- d) iniziare un programma di prevenzione secondaria allo scopo di ridurre i fattori di rischio e limitare la progressione della malattia.

Nel lungo termine:

- a) rinforzo periodico degli interventi valutativi e terapeutici effettuati a breve-medio termine;
- b) ridurre il rischio di recidive;
- c) ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante e il deterioramento clinico;
- d) ridurre morbilità e mortalità.

Tab. 3 - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle UOS/ UOSD/UOSID di riabilitazione e di prevenzione

Requisiti strutturali

- Un locale per la valutazione clinica attrezzato alla raccolta dati computerizzata.
- Un locale per le procedure infermieristiche come il colloquio preliminare, la raccolta delle misure antropometriche e il counseling-motivazionale breve (a opera dell'infermiere specificamente formato o dello psicologo), con raccolta standardizzata dei dati.
- Un locale per la diagnostica ultrasonografica (ecocardiogramma color doppler, ecocolor-doppler vascolare), ovvero un collegamento funzionale con il laboratorio di ecocardiografia e di ecografia vascolare.
- Un locale per i test provocativi non invasivi (ECG da sforzo, eco-stress), dotato di sistema di monitoraggio ECG e gestione dell'emergenza, ovvero collegamento funzionale con il servizio di diagnostica non invasiva.

Sono auspicabili la disponibilità di piccole aule per gli incontri informativi e formativi rivolti ai pazienti e agli operatori del territorio, l'accesso diretto alla diagnostica strumentale cardiologica non invasiva, la competenza per la diagnostica ecocardiografica in collaborazione con altre strutture esistenti.

Requisiti tecnologici

- Elettrocardiografo.
- Ecocardiografo bidimensionale color Doppler con funzione eco-vascolare e sonda transesofagea.
- Attrezzatura per ECG da sforzo e/o eco-stress.
- Apparecchiatura per monitoraggio ECG in telemetria.
- Attrezzature per l'emergenza.

(La strumentazione necessaria per le attività diagnostiche potrà essere in comune con la struttura di cardiologia nel caso delle U.O.S. o dei servizi ambulatoriali di prevenzione).

(segue): Tab. 3 - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle UOS/UOSD/UOSID di riabilitazione e di prevenzione

Requisiti organizzativi

- 1 medico cardiologo, responsabile della struttura.
- Medici cardiologi di supporto in numero proporzionale al numero dei pazienti afferenti alla struttura.
- Infermieri con specifica formazione per la prevenzione cardiovascolare e per il "counselingmotivazionale breve", con funzioni di case manager e gestione della ricerca clinica, in numero proporzionale al numero dei pazienti afferenti alla struttura (in media 1 infermiere ogni 50-100 pazienti in carico alla struttura).
- 1 infermiere per l'esecuzione di esami strumentali e di test provocativi.
- Disponibilità di consulenti per il lavoro in team:
 - diabetologo (anche part-time), per il percorso del paziente diabetico;
 - dietologo (anche part-time), per l'educazione alimentare, con programmazione di interventi specifici per gli obesi, i diabetici e i pazienti con grave dislipidemia;
 - psicologo e/o suoi collaboratori per il counselingmotivazionale breve mirato alla modifica degli stili di vita, per gli interventi di gestione dello stress, per il programma antitabagismo e per l'identificazione dei pazienti con ansia/depressione;
 - biostatistico (anche part-time) per la valutazione degli indicatori.

Tab. 4 - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle U.O.C. e ambulatori di cardiologia riabilitativa (N.B.: Le valutazioni sul fabbisogno di risorse sono state effettuate per pazienti con intervento ambulatoriale o in day service o day hospital)

Requisiti strutturali

- Umbulatori per attività diagnostico-valutativa.
- Una palestra multifunzionale per attività dinamiche e di gruppo (~60 m²).
- Spazi attrezzati per attività individuali in rapporto alla tipologia di intervento.
- Aree per riunioni di gruppo.

Requisiti tecnologici

- Elettrocardiografo.
- Ecocardiografo bidimensionale color Doppler.
- Attrezzatura per ECG da sforzo.
- Ergospirometria.
- Registratore e lettore per ECG dinamico.
- Apparecchiatura per monitoraggio ECG in telemetria.
- Ergometri per palestra.
- Lettini per fisiokinesiterapia.
- Spalliere, specchi e altro materiale per palestra.
- Ausili audiovisivi.
- Attrezzature per l'emergenza.

Devono essere disponibili laboratori diagnostici di:

- diagnostica radiologica per immagini;
- di analisi.

(La strumentazione necessaria per le attività diagnostiche potrà essere in comune con la struttura di cardiologia nel caso di servizi ambulatoriali di riabilitazione).

Requisiti organizzativi

- 3 unità mediche cardiologiche.
- Team dei consulenti sopraindicati con impegno proporzionale al numero dei pazienti assistiti.
- 3-5 unità di fisioterapisti.
- Numero idoneo di unità infermieristiche.

Tab. 5 - La rete della riabilitazione

Tavola sinottica Rete delle Strutture di Riabilitazione			
Setting riabilitativo	Che cosa fa	Requisiti	Area di riferimento
Hub Struttura Complessa di Alta Specialità di Riabilitazione, dedicata alla specificità della patologia e alla complessità del caso	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico omnicomprensiva delle Persone con disabilità complessa • Attività di "secondo parere" su progetti riabilitativi svolti dalle strutture (dagli Spoke) della rete • Raccogliere, elaborare e mettere a disposizione dei centri della rete i dati del sistema informativo • Promuovere le attività di audit all'interno della rete • Promuovere attività di ricerca all'interno della rete • Mettere a disposizione delle altre strutture competenze utili alla formazione/training e aggiornamento degli operatori e dei caregiver 	Personale e attrezzature Dotazione di medici specialisti in riabilitazione, di professionisti dell'area infermieristica e riabilitazione secondo quanto indicato dagli accreditamenti regionali per le strutture ad alta specialità riabilitativa	Centro di riferimento a valenza sovraaziendale e/o regionale strettamente integrato funzionalmente con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione
Hub & Spoke Strutture Complesse di Riabilitazione dotate di degenza di riabilitazione intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • La presa in carico omnicomprensiva delle Persone con disabilità complesse, con articolazioni organizzative specificamente dedicate • Accogliere pazienti che presentano fabbisogno assistenziale complesso e non gestibile presso gli Spoke O 	Personale e attrezzature Dotazione di medici specialisti in riabilitazione, di professionisti dell'area infermieristica e riabilitazione secondo quanto indicato dagli accreditamenti regionali per le strutture ad alta specialità riabilitativa	Ambito territoriale sovraaziendale e/o provinciale, con possibilità di supporto agli altri Hub & Spoke o all'Hub per l'intera area regionale se necessario
Spoke A (ospedaliero) Strutture di Riabilitazione che svolgono funzione di Spoke per la gestione del paziente ricoverato nei reparti per acuti	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione e attuazione degli interventi riabilitativi • Cooperazione con i reparti della fase acuta • Definizione del bisogno riabilitativo possibile in fase post-acuta • Attivazione delle strutture della rete riabilitativa per una tempestiva presa in carico in fase post-acuta 	Personale <ul style="list-style-type: none"> • Referente medico specialista in riabilitazione di rete, professionisti dell'area riabilitativa • Competenze specialistiche nella gestione del percorso riabilitativo del paziente 	Ambito aziendale
SPOKE O (ospedaliero ed extraospedaliero) Strutture Complesse di Riabilitazione dotate di degenza intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico omnicomprensiva delle Persone con disabilità complessa provenienti dai reparti per acuti • Collabora con i centri Hub & Spoke o Hub per la gestione dei pazienti a più elevata complessità 	Personale e attrezzature Dotazione di medici specialisti in riabilitazione, di professionisti dell'area infermieristica e riabilitazione secondo quanto indicato dagli accreditamenti regionali	Ambito aziendale
	<ul style="list-style-type: none"> • Accolgono i pazienti residenti provenienti dal centro Hub & Spoke o Hub per completamento del progetto riabilitativo • Predisposizione del piano di domiciliazione attivando tempestivamente i referenti della fase territoriale Spoke T 		
SPOKE T (territoriale) Strutture di Riabilitazione ambulatoriali, domiciliari, extraospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione dei percorsi di deospedalizzazione e reinserimento delle Persone al domicilio o in strutture alternative al ricovero • Effettuazione di interventi riabilitativi erogabili con modalità ambulatoriale o domiciliare • Attivazione ed erogazione degli interventi finalizzati al reinserimento socio-lavorativo e scolastico 	Personale Medici specialisti in riabilitazione, medico di medicina generale, professionisti dell'area riabilitativa sanitaria, sociale e della formazione professionale-scolastica Strumento <ul style="list-style-type: none"> • UVR (Unità di Valutazione Riabilitativa): <ul style="list-style-type: none"> - medico specialista di riabilitazione (responsabile clinico) - professionista area di riabilitazione (responsabile tecnico) 	Ambito aziendale

Tab. 6 - SCA, Uomini. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	1.240	1,32	35,8	7,19	5,90	5,75	6,06	123,4	120,3	126,5
Agrigento	379	1,16	34,9	6,65	5,78	5,52	6,05	120,7	115,3	126,2
Bivona	55	1,22	37,6	7,03	4,92	4,32	5,61	104,1	92,1	117,1
Canicatti	234	1,55	29,9	7,15	5,99	5,64	6,36	123,8	116,8	131,1
Casteltermini	53	1,21	31,8	5,90	4,85	4,28	5,51	99,4	87,9	112,1
Licata	169	1,51	32,4	7,15	6,04	5,63	6,47	128,3	119,8	137,2
Ribera	111	1,31	45,6	8,25	6,36	5,82	6,94	131,5	120,7	142,9
Sciacca	242	1,23	43,3	8,36	6,32	5,95	6,70	133,8	126,3	141,5
ASP 2 Caltanissetta	540	1,48	27,3	5,27	4,43	4,26	4,61	92,1	88,6	95,6
Caltanissetta	191	1,48	31,4	5,59	4,57	4,28	4,88	94,3	88,5	100,5
Gela	247	1,51	26,0	5,46	4,82	4,55	5,11	101,5	95,9	107,3
Mussomeli	42	1,34	21,0	4,76	3,73	3,22	4,31	73,0	63,4	83,5
San Cataldo	62	1,44	26,3	4,34	3,61	3,21	4,05	74,2	66,2	83,0
ASP 3 Catania	2.104	1,26	29,2	5,14	4,47	4,38	4,55	94,8	93,0	96,6
Acireale	242	1,19	27,9	4,61	4,12	3,89	4,36	88,5	83,6	93,6
Adrano	121	1,32	25,6	4,96	4,44	4,09	4,82	93,2	86,0	101,0
Bronte	58	1,25	22,9	4,05	3,28	2,91	3,70	69,9	62,1	78,4
Caltagirone	185	1,31	35,0	5,70	4,59	4,29	4,91	95,2	89,2	101,6
Catania metropolitana	793	1,26	33,4	5,93	5,11	4,95	5,28	107,9	104,5	111,3
Giarre	131	1,20	23,1	3,89	3,24	3,00	3,51	68,9	63,7	74,4
Gravina	297	1,22	23,5	4,47	4,11	3,90	4,32	87,0	82,6	91,5
Palagonia	138	1,28	36,7	6,00	5,12	4,74	5,53	110,4	102,3	119,0
Paternò	150	1,26	27,2	5,18	4,82	4,48	5,18	101,0	93,9	108,5
ASP 4 Enna	331	1,38	31,5	4,89	3,93	3,74	4,13	81,7	77,8	85,8
Agira	62	1,29	27,1	4,27	3,67	3,27	4,11	75,2	67,0	84,0
Enna	118	1,36	38,4	5,32	4,19	3,85	4,55	88,6	81,5	96,0
Nicosia	52	1,41	21,4	3,84	3,02	2,65	3,44	61,1	53,9	69,0
Piazza Armerina	100	1,43	34,4	5,70	4,57	4,17	5,01	95,7	87,5	104,5
ASP 5 Messina	1.404	1,28	36,5	5,50	4,33	4,23	4,44	93,0	90,8	95,2
Barcellona Pozzo di Gotto	181	1,33	41,7	6,53	5,21	4,87	5,57	111,4	104,3	118,9
Lipari	23	1,21	33,5	4,12	3,41	2,83	4,11	74,6	61,5	89,6
Messina metropolitana	650	1,21	40,3	5,85	4,68	4,52	4,85	101,0	97,5	104,5
Milazzo	156	1,44	29,8	5,04	3,98	3,70	4,28	86,1	80,1	92,3
Mistretta	40	1,28	41,2	5,86	4,46	3,84	5,17	88,5	76,7	101,6
Patti	98	1,37	30,7	4,93	3,70	3,37	4,07	79,6	72,8	87,0
S. Agata Militello	178	1,35	38,4	6,01	4,62	4,32	4,95	98,6	92,3	105,3
Taormina	89	1,08	25,0	3,79	2,95	2,68	3,25	62,4	56,8	68,5
ASP 6 Palermo	2.583	1,22	36,5	5,46	4,70	4,62	4,78	98,5	96,9	100,3
Bagheria	151	1,31	33,0	4,27	3,89	3,62	4,19	82,3	76,5	88,4
Carini	138	1,20	27,3	4,73	4,41	4,09	4,76	93,0	86,2	100,2
Cefalù	100	1,13	40,0	5,57	4,22	3,85	4,63	87,5	80,0	95,6
Corleone	69	1,22	38,7	6,74	4,91	4,37	5,51	103,6	93,0	115,1
Lercara Friddi	66	1,23	34,9	5,32	3,77	3,35	4,25	79,0	70,7	88,0
Misilmeri	97	1,27	31,3	4,60	3,88	3,53	4,26	79,2	72,3	86,6
Palermo metropolitana	1.600	1,19	38,6	5,72	5,07	4,96	5,19	106,9	104,5	109,2
Partinico	173	1,38	35,8	6,14	5,17	4,83	5,54	107,9	100,8	115,3
Petralia Sottana	56	1,16	34,1	5,01	3,36	2,94	3,84	69,9	62,0	78,6
Termini Imerese	132	1,16	35,2	5,25	4,13	3,81	4,47	86,8	80,3	93,7
Lampedusa e Linosa	11	1,09	23,4	4,27	4,05	3,09	5,31	85,9	64,5	112,0
ASP 7 Ragusa	618	1,33	26,6	5,06	4,19	4,04	4,35	90,6	87,4	93,8
Modica	205	1,37	21,8	4,64	3,86	3,62	4,11	81,9	76,9	87,0
Ragusa	193	1,13	30,6	4,98	3,92	3,67	4,19	84,8	79,5	90,3
Vittoria	222	1,44	28,2	5,69	4,96	4,67	5,27	108,7	102,4	115,3
ASP 8 Siracusa	1.001	1,27	33,3	6,33	5,23	5,09	5,38	112,6	109,5	115,7
Augusta	153	1,42	40,0	8,14	6,81	6,34	7,32	147,1	136,8	157,9
Lentini	142	1,46	32,9	6,65	5,03	4,65	5,43	107,6	99,8	115,8
Noto	235	1,25	32,0	5,91	5,00	4,72	5,31	107,6	101,5	113,9
Siracusa	474	1,16	32,4	6,03	5,07	4,86	5,28	108,7	104,4	113,2
ASP 9 Trapani	1.106	1,36	38,1	6,55	5,25	5,11	5,39	110,7	107,8	113,6
Alcamo	140	1,58	31,3	5,36	4,23	3,91	4,57	89,3	82,8	96,2
Castelvetrano	187	1,39	42,2	7,88	6,13	5,74	6,56	127,6	119,5	136,0
Marsala	245	1,48	36,4	6,96	5,48	5,17	5,81	115,8	109,4	122,4
Mazara del Vallo	156	1,38	30,4	5,87	5,04	4,69	5,42	103,4	96,3	111,0
Pantelleria	11	1,21	28,4	3,41	2,86	2,17	3,78	57,3	42,9	75,0
Trapani	369	1,16	45,1	6,82	5,45	5,20	5,71	116,9	111,6	122,3
REGIONE SICILIA	10.920	1,29	33,4	5,66	4,73	4,68	4,77			

Tab. 7 - SCA, Donne. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tassogrezzo R.O. x 1.000	Tassostd R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	629	1,29	18,3	3,32	2,15	2,07	2,23	127,1	122,7	131,6
Agrigento	166	1,12	15,4	2,67	1,82	1,69	1,96	109,3	102,0	117,0
Bivona	28	1,27	19,1	3,22	1,87	1,54	2,26	100,6	84,6	118,8
Canicatti	129	1,45	16,5	3,48	2,22	2,04	2,42	130,3	120,4	140,8
Casteltermini	25	1,20	14,9	2,54	1,65	1,36	2,01	96,5	80,3	114,9
Licata	101	1,47	20,8	3,89	2,72	2,47	2,98	163,4	149,5	178,4
Ribera	68	1,30	26,7	4,62	2,75	2,45	3,09	162,8	146,0	181,1
Sciacca	114	1,17	21,6	3,64	2,22	2,03	2,44	130,4	119,9	141,6
ASP 2 Caltanissetta	278	1,43	13,5	2,43	1,57	1,48	1,66	96,8	91,8	102,0
Caltanissetta	94	1,40	14,3	2,37	1,45	1,31	1,60	87,7	79,9	96,0
Gela	131	1,48	14,4	2,70	1,96	1,81	2,12	123,6	114,3	133,4
Mussomeli	19	1,32	9,7	1,86	1,11	0,88	1,40	60,9	49,1	74,6
San Cataldo	35	1,34	11,7	2,20	1,25	1,06	1,48	80,7	69,2	93,5
ASP 3 Catania	1.008	1,24	16,4	2,23	1,47	1,42	1,51	93,8	91,3	96,5
Acireale	118	1,25	16,4	2,10	1,44	1,32	1,56	98,0	90,3	106,3
Adrano	54	1,26	16,0	2,01	1,29	1,13	1,47	86,3	76,3	97,3
Bronte	28	1,29	11,3	1,77	1,23	1,03	1,48	67,9	57,2	80,1
Caltagirone	96	1,22	20,4	2,69	1,63	1,48	1,80	99,1	90,4	108,3
Catania metropolitana	416	1,25	19,5	2,70	1,66	1,59	1,74	105,3	100,8	109,9
Giarre	70	1,17	12,9	1,91	1,12	1,00	1,26	76,6	68,8	85,1
Gravina	112	1,19	11,6	1,56	1,22	1,12	1,32	76,7	70,4	83,3
Palagonia	57	1,27	19,0	2,35	1,67	1,48	1,89	104,7	92,9	117,5
Paternò	60	1,27	12,4	1,96	1,51	1,34	1,70	90,8	80,8	101,7
ASP 4 Enna	159	1,29	16,8	2,11	1,32	1,22	1,43	78,8	73,4	84,4
Agira	35	1,25	17,7	2,24	1,49	1,27	1,74	88,3	75,8	102,3
Enna	50	1,27	17,9	2,01	1,25	1,09	1,43	74,7	65,7	84,6
Nicosia	21	1,30	10,1	1,40	0,82	0,67	1,02	50,3	41,1	61,0
Piazza Armerina	53	1,32	19,8	2,67	1,67	1,46	1,90	98,9	87,4	111,5
ASP 5 Messina	749	1,22	20,4	2,64	1,49	1,44	1,55	96,3	93,2	99,4
Barcellona Pozzo di Gotto	101	1,27	21,3	3,32	1,84	1,66	2,03	122,4	112,0	133,6
Lipari	16	1,19	25,9	2,79	1,86	1,46	2,36	117,5	92,9	146,6
Messina metropolitana	325	1,18	21,7	2,59	1,50	1,42	1,58	95,9	91,3	100,7
Milazzo	92	1,27	19,9	2,74	1,53	1,39	1,70	104,2	94,9	114,2
Mistretta	20	1,13	19,5	2,55	1,25	0,99	1,58	80,2	65,1	97,6
Patti	58	1,28	21,0	2,64	1,41	1,23	1,61	89,9	79,9	100,8
S. Agata Militello	97	1,27	20,2	2,89	1,62	1,47	1,80	103,8	94,7	113,5
Taormina	45	1,07	13,5	1,73	1,04	0,90	1,20	62,4	54,5	71,1
ASP 6 Palermo	1.207	1,21	18,2	2,30	1,52	1,48	1,57	93,4	91,1	95,8
Bagheria	75	1,33	16,7	1,96	1,45	1,30	1,61	91,9	82,8	101,7
Carini	66	1,20	13,8	2,18	1,71	1,53	1,91	105,0	94,0	116,9
Cefalù	40	1,10	17,8	2,06	1,19	1,02	1,40	69,7	60,4	80,0
Corleone	34	1,12	19,6	2,97	1,56	1,31	1,86	94,9	81,1	110,3
Lercara Friddi	41	1,17	24,8	2,99	1,52	1,30	1,78	97,4	84,6	111,7
Misilmeri	41	1,30	16,2	1,83	1,21	1,04	1,40	72,9	63,2	83,6
Palermo metropolitana	743	1,20	19,1	2,34	1,59	1,53	1,64	97,2	94,1	100,4
Partinico	102	1,25	22,7	3,37	2,21	2,02	2,43	137,1	125,5	149,5
Petralia Sottana	26	1,08	13,6	2,06	0,93	0,76	1,15	60,7	50,7	72,0
Termini Imerese	41	1,13	12,3	1,54	0,98	0,85	1,14	58,9	51,1	67,5
Lampedusa e Linosa	4	1,14	20,0	1,82	1,51	0,97	2,35	92,0	56,9	140,6
ASP 7 Ragusa	275	1,30	12,7	2,13	1,37	1,29	1,45	84,6	80,2	89,2
Modica	93	1,34	10,7	1,96	1,28	1,16	1,41	77,9	71,0	85,3
Ragusa	80	1,13	13,4	1,93	1,18	1,06	1,32	71,0	64,3	78,4
Vittoria	102	1,40	14,3	2,54	1,72	1,56	1,88	110,5	101,2	120,6
ASP 8 Siracusa	512	1,24	18,4	3,04	2,04	1,96	2,13	124,3	119,6	129,2
Augusta	81	1,35	22,5	4,16	3,02	2,72	3,34	182,6	165,3	201,3
Lentini	82	1,34	22,2	3,52	2,19	1,97	2,43	130,5	118,2	143,8
Noto	121	1,25	16,5	2,89	2,01	1,85	2,19	121,2	111,7	131,2
Siracusa	228	1,16	17,4	2,72	1,80	1,70	1,92	111,5	105,1	118,1
ASP 9 Trapani	546	1,27	19,1	2,96	1,79	1,71	1,86	110,9	106,8	115,2
Alcamo	79	1,37	17,5	2,75	1,53	1,37	1,71	99,9	90,3	110,3
Castelvetrano	87	1,33	20,0	3,29	2,00	1,80	2,22	116,9	106,2	128,4
Marsala	111	1,32	17,1	2,94	1,83	1,67	2,00	113,2	104,0	123,0
Mazara del Vallo	68	1,30	14,1	2,37	1,65	1,47	1,85	94,3	84,6	104,9
Pantelleria	4	1,30	8,7	1,26	1,03	0,64	1,64	43,9	26,8	67,8
Trapani	197	1,15	23,6	3,32	1,90	1,77	2,03	124,1	116,4	132,0
REGIONE SICILIA	5.358	1,26	17,6	2,52	1,61	1,59	1,63			

Tab. 8 - IMA, Uomini. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	618	1,25	21,7	3,58	2,90	2,80	3,01	103,6	100,0	107,3
Agrigento	162	1,09	19,7	2,84	2,48	2,32	2,67	87,2	81,3	93,4
Bivona	29	1,12	23,3	3,67	2,49	2,08	2,99	90,4	76,2	106,5
Canicatti	132	1,52	19,6	4,02	3,31	3,06	3,59	117,0	108,2	126,3
Casteltermini	26	1,13	18,0	2,88	2,31	1,92	2,77	81,8	68,4	97,2
Licata	88	1,42	20,9	3,72	3,09	2,80	3,40	113,0	102,6	124,0
Ribera	60	1,18	28,5	4,49	3,39	3,01	3,83	120,1	106,9	134,4
Sciacca	122	1,14	26,6	4,24	3,10	2,85	3,38	113,9	105,1	123,3
ASP 2 Caltanissetta	332	1,38	19,0	3,24	2,73	2,59	2,87	95,6	91,1	100,3
Caltanissetta	132	1,40	22,7	3,86	3,16	2,92	3,43	109,9	101,7	118,6
Gela	133	1,35	16,9	2,95	2,62	2,43	2,84	93,2	86,2	100,5
Mussomeli	23	1,40	13,3	2,60	1,88	1,54	2,30	67,0	55,3	80,5
San Cataldo	45	1,39	20,8	3,15	2,65	2,32	3,04	90,5	79,0	103,2
ASP 3 Catania	1.241	1,20	19,6	3,03	2,60	2,53	2,67	94,5	92,1	96,8
Acireale	151	1,12	20,0	2,88	2,54	2,36	2,73	93,7	87,1	100,6
Adrano	83	1,25	19,4	3,41	2,99	2,71	3,31	108,0	97,9	118,9
Bronte	39	1,22	17,3	2,69	2,12	1,83	2,47	77,8	67,2	89,6
Caltagirone	97	1,21	21,0	3,00	2,42	2,21	2,66	84,4	77,1	92,2
Catania metropolitana	447	1,20	22,2	3,35	2,83	2,71	2,95	102,6	98,4	107,0
Giarre	74	1,17	14,0	2,18	1,82	1,64	2,02	65,3	58,8	72,3
Gravina	169	1,15	15,6	2,55	2,34	2,19	2,51	84,3	78,7	90,2
Palagonia	94	1,26	25,6	4,11	3,47	3,16	3,80	127,7	116,5	139,8
Paternò	92	1,22	18,9	3,17	2,94	2,68	3,22	104,9	95,5	114,9
ASP 4 Enna	233	1,33	25,6	3,43	2,75	2,59	2,92	96,7	91,2	102,4
Agira	42	1,20	21,4	2,86	2,47	2,15	2,84	85,1	73,9	97,4
Enna	83	1,29	32,1	3,75	2,94	2,66	3,25	105,1	95,2	115,8
Nicosia	33	1,45	15,1	2,45	1,91	1,62	2,25	65,5	55,9	76,2
Piazza Armerina	75	1,38	29,2	4,30	3,41	3,06	3,79	121,4	109,5	134,4
ASP 5 Messina	964	1,27	26,9	3,78	2,94	2,86	3,03	107,5	104,5	110,6
Barcellona Pozzo di Gotto	143	1,34	35,6	5,16	4,02	3,72	4,34	148,5	137,8	159,7
Lipari	16	1,23	26,2	2,85	2,35	1,88	2,94	87,4	69,2	108,9
Messina metropolitana	441	1,18	29,3	3,97	3,17	3,04	3,31	115,5	110,7	120,4
Milazzo	121	1,42	23,1	3,91	3,07	2,82	3,33	113,0	104,2	122,4
Mistretta	25	1,26	32,0	3,61	2,65	2,19	3,21	91,4	76,0	109,0
Patti	72	1,34	24,5	3,61	2,71	2,43	3,02	97,7	87,9	108,3
S. Agata Militello	115	1,26	28,1	3,88	2,88	2,64	3,14	107,1	98,5	116,2
Taormina	41	1,09	12,0	1,73	1,33	1,15	1,54	47,9	41,5	54,9
ASP 6 Palermo	1.505	1,17	23,3	3,18	2,74	2,67	2,80	97,0	94,8	99,2
Bagheria	104	1,28	24,1	2,93	2,67	2,45	2,92	96,1	88,0	104,7
Carini	78	1,14	16,4	2,69	2,50	2,26	2,76	89,4	80,8	98,7
Cefalù	57	1,06	24,3	3,20	2,44	2,16	2,76	84,3	74,8	94,6
Corleone	34	1,12	21,6	3,30	2,31	1,95	2,73	84,5	72,3	98,2
Lercara Friddi	38	1,15	22,0	3,05	2,14	1,83	2,50	76,0	65,5	87,6
Misilmeri	65	1,26	23,7	3,10	2,56	2,29	2,87	89,7	80,2	99,9
Palermo metropolitana	933	1,16	24,6	3,34	2,97	2,88	3,05	105,5	102,5	108,6
Partinico	88	1,32	19,5	3,13	2,61	2,37	2,87	92,8	84,3	101,9
Petralia Sottana	36	1,11	21,6	3,16	2,03	1,71	2,40	73,6	63,2	85,2
Termini Imerese	73	1,09	22,4	2,90	2,29	2,06	2,55	80,9	72,8	89,7
Lampedusa e Linosa	5	1,08	13,1	2,06	1,99	1,35	2,94	70,1	45,8	102,7
ASP 7 Ragusa	368	1,18	20,0	3,02	2,50	2,39	2,63	90,9	86,8	95,2
Modica	129	1,22	18,1	2,92	2,42	2,23	2,62	86,9	80,3	93,9
Ragusa	118	1,05	22,4	3,04	2,42	2,22	2,63	87,3	80,3	94,6
Vittoria	122	1,25	19,8	3,12	2,73	2,51	2,96	100,6	92,8	108,9
ASP 8 Siracusa	534	1,21	20,2	3,38	2,81	2,70	2,92	101,8	98,0	105,7
Augusta	74	1,38	21,6	3,95	3,33	3,00	3,70	121,2	109,2	134,2
Lentini	92	1,40	24,3	4,34	3,27	2,97	3,60	118,9	108,3	130,2
Noto	140	1,20	22,4	3,52	2,95	2,74	3,19	108,2	100,4	116,6
Siracusa	228	1,09	17,6	2,91	2,47	2,33	2,62	88,8	83,8	94,2
ASP 9 Trapani	678	1,29	25,1	4,01	3,18	3,07	3,29	114,4	110,6	118,3
Alcamo	80	1,48	18,6	3,08	2,39	2,16	2,65	86,0	77,8	94,8
Castelvetrano	101	1,39	26,3	4,24	3,25	2,97	3,57	115,4	105,5	125,9
Marsala	154	1,44	24,2	4,38	3,51	3,26	3,78	123,5	115,0	132,5
Mazara del Vallo	89	1,29	17,1	3,33	2,81	2,56	3,09	99,1	90,1	108,8
Pantelleria	7	1,09	21,0	2,19	1,87	1,32	2,65	62,2	43,0	86,9
Trapani	247	1,09	32,4	4,57	3,59	3,39	3,81	132,6	125,3	140,2
REGIONE SICILIA	6.468	1,23	22,4	3,35	2,78	2,75	2,81			

Tab. 9 - IMA, Donne. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
A SP 1 Agrigento	323	1,23	11,5	1,70	1,01	0,96	1,06	106,9	101,7	112,2
Agrigento	71	1,08	8,5	1,14	0,73	0,65	0,81	77,1	69,3	85,6
Bivona	15	1,13	12,7	1,76	0,85	0,65	1,10	88,4	69,6	110,6
Canicatti	77	1,37	10,9	2,09	1,22	1,10	1,37	127,4	115,0	140,7
Casteltermeni	12	1,15	8,8	1,22	0,69	0,52	0,92	76,0	58,0	97,9
Licata	50	1,42	12,9	1,92	1,26	1,11	1,44	133,2	117,2	150,9
Ribera	37	1,22	17,8	2,49	1,37	1,17	1,61	143,6	123,6	166,0
Sciacca	62	1,13	14,9	1,99	1,07	0,95	1,22	115,4	102,9	128,9
A SP 2 Caltanissetta	160	1,33	8,6	1,40	0,84	0,78	0,91	91,9	85,7	98,5
Caltanissetta	60	1,38	9,5	1,51	0,88	0,78	1,00	91,6	81,6	102,6
Gela	65	1,30	8,1	1,34	0,93	0,83	1,04	103,0	92,1	114,8
Mussomeli	12	1,31	7,1	1,24	0,70	0,53	0,93	65,6	50,3	84,1
San Cataldo	23	1,28	8,6	1,46	0,71	0,58	0,87	87,2	72,0	104,6
A SP 3 Catania	634	1,18	11,3	1,40	0,87	0,84	0,91	97,1	93,7	100,5
Acireale	86	1,16	12,8	1,54	1,00	0,91	1,11	118,9	108,0	130,7
Adrano	40	1,25	13,6	1,49	0,91	0,78	1,05	106,0	91,8	121,8
Bronte	18	1,21	7,6	1,12	0,74	0,59	0,93	69,2	55,6	85,2
Caltagirone	48	1,18	10,9	1,34	0,76	0,66	0,88	80,2	70,4	91,0
Catania metropolitana	253	1,17	13,2	1,64	0,94	0,89	1,00	104,3	98,6	110,2
Giarre	43	1,15	8,4	1,18	0,66	0,57	0,77	77,6	67,6	88,7
Gravina	70	1,13	8,3	0,97	0,73	0,66	0,82	79,8	71,6	88,6
Palagonia	39	1,18	12,7	1,60	1,10	0,94	1,27	118,5	102,4	136,3
Paternò	40	1,23	8,8	1,30	0,96	0,83	1,11	100,2	86,7	115,1
A SP 4 Enna	112	1,26	13,1	1,48	0,91	0,83	1,00	90,3	82,9	98,1
Agira	21	1,23	10,7	1,33	0,87	0,71	1,07	86,1	70,4	104,2
Enna	36	1,24	15,5	1,47	0,89	0,76	1,05	88,6	76,2	102,5
Nicosia	15	1,25	7,6	1,02	0,58	0,45	0,75	59,7	47,0	74,7
Piazza Armerina	39	1,31	16,1	1,96	1,21	1,03	1,41	119,1	103,0	137,1
A SP 5 Messina	542	1,20	15,5	1,90	1,03	0,99	1,07	112,5	108,3	116,8
Barcellona Pozzo di Gotto	85	1,27	18,8	2,82	1,48	1,33	1,65	167,2	151,7	183,9
Lipari	12	1,18	23,4	2,22	1,37	1,05	1,80	153,2	117,4	196,3
Messina metropolitana	225	1,14	15,7	1,79	0,99	0,93	1,06	107,3	101,1	113,7
Milazzo	76	1,24	17,5	2,24	1,20	1,07	1,34	138,7	125,0	153,4
Mistretta	12	1,13	10,8	1,57	0,74	0,55	1,00	79,1	60,5	101,6
Patti	45	1,24	16,4	2,02	1,04	0,90	1,21	110,1	96,1	125,5
S. Agata Militello	68	1,22	15,8	2,03	1,07	0,95	1,21	118,0	105,8	131,2
Taormina	22	1,04	7,1	0,86	0,51	0,42	0,63	50,1	41,2	60,2
A SP 6 Palermo	721	1,17	11,6	1,37	0,87	0,84	0,90	91,4	88,4	94,4
Bagheria	54	1,31	12,8	1,41	1,02	0,90	1,16	110,3	97,5	124,3
Carini	38	1,13	8,0	1,25	0,95	0,82	1,10	100,2	86,5	115,5
Cefalù	23	1,09	11,0	1,19	0,62	0,51	0,77	64,2	53,0	77,0
Corleone	19	1,07	11,6	1,68	0,81	0,64	1,03	85,9	69,6	104,9
Lercara Friddi	26	1,13	17,2	1,90	0,92	0,76	1,12	100,4	83,9	119,1
Misilmeri	29	1,29	12,9	1,31	0,80	0,67	0,95	85,0	71,8	100,0
Palermo metropolitana	438	1,16	12,1	1,38	0,91	0,87	0,95	94,2	90,3	98,2
Partinico	50	1,27	11,5	1,64	0,95	0,83	1,09	110,0	96,8	124,5
Petralia Sottana	18	1,03	9,8	1,39	0,56	0,43	0,72	65,1	52,2	80,2
Termini Imerese	26	1,07	7,9	0,97	0,56	0,47	0,68	60,9	50,9	72,3
Lampedusa e Linosa	2	1,08	6,6	1,04	0,83	0,46	1,50	88,6	45,7	154,8
A SP 7 Ragusa	164	1,17	9,4	1,27	0,77	0,72	0,83	82,5	77,0	88,4
Modica	56	1,21	8,5	1,17	0,72	0,63	0,82	75,7	67,0	85,1
Ragusa	52	1,05	9,6	1,25	0,70	0,61	0,81	75,1	66,2	84,8
Vittoria	57	1,25	10,2	1,41	0,92	0,82	1,05	100,9	89,5	113,4
A SP 8 Siracusa	274	1,21	11,0	1,63	1,04	0,98	1,10	109,7	104,0	115,7
Augusta	44	1,31	13,0	2,27	1,52	1,33	1,75	165,2	144,1	188,4
Lentini	50	1,29	14,6	2,13	1,24	1,09	1,42	130,1	114,4	147,4
Noto	69	1,25	11,2	1,66	1,09	0,97	1,22	114,8	103,0	127,5
Siracusa	111	1,12	9,5	1,32	0,85	0,78	0,93	89,1	81,8	96,8
A SP 9 Trapani	348	1,20	13,0	1,89	1,05	1,00	1,11	115,0	109,7	120,5
Alcamo	45	1,29	10,9	1,55	0,83	0,71	0,96	91,0	79,4	103,7
Castelvetrano	51	1,31	12,9	1,91	1,01	0,88	1,16	109,8	96,7	124,2
Marsala	64	1,28	10,4	1,69	0,97	0,86	1,10	106,8	95,4	119,2
Mazara del Vallo	42	1,22	9,4	1,48	0,94	0,81	1,09	96,1	83,6	109,9
Pantelleria	2	1,30	3,7	0,63	0,47	0,24	0,93	35,9	17,2	66,0
Trapani	144	1,08	18,0	2,43	1,32	1,22	1,43	147,9	137,3	159,0
REGIONE SICILIA	3.275	1,20	11,9	1,54	0,93	0,91	0,94			

Tab. 10 - Scempenso cardiaco, Uomini. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	2.004	1,30	72,6	11,62	8,09	7,92	8,26	101,8	99,8	103,8
Agrigento	540	1,30	56,4	9,48	7,42	7,13	7,71	92,9	89,4	96,5
Bivona	153	1,23	105,5	19,57	10,32	9,52	11,19	133,0	123,8	142,8
Canicatti	320	1,26	66,2	9,79	6,71	6,37	7,07	85,0	80,9	89,2
Casteltermini	80	1,23	55,1	8,89	5,95	5,36	6,60	75,8	68,5	83,6
Licata	272	1,37	74,6	11,52	8,67	8,21	9,17	107,8	102,1	113,7
Ribera	196	1,29	89,7	14,64	9,06	8,47	9,70	114,3	107,3	121,7
Sciacca	444	1,31	98,9	15,35	9,62	9,21	10,06	121,1	116,1	126,3
ASP 2 Caltanissetta	1.102	1,31	80,7	10,76	7,72	7,51	7,93	97,8	95,3	100,4
Caltanissetta	374	1,25	92,9	10,91	7,54	7,19	7,91	94,4	90,2	98,8
Gela	456	1,41	63,5	10,10	7,88	7,55	8,22	102,0	97,9	106,3
Mussomeli	98	1,22	76,6	11,05	6,55	5,94	7,22	81,0	74,0	88,6
San Cataldo	176	1,21	109,0	12,39	8,98	8,38	9,63	107,8	100,8	115,1
ASP 3 Catania	3.883	1,27	79,4	9,48	7,33	7,22	7,43	94,5	93,2	95,9
Acireale	466	1,24	72,6	8,88	7,39	7,09	7,71	96,1	92,3	100,1
Adrano	267	1,23	80,1	10,94	8,35	7,89	8,84	107,9	102,2	113,9
Bronte	133	1,32	87,0	9,27	5,95	5,45	6,41	79,7	73,7	86,0
Caltagirone	307	1,30	83,6	9,49	6,11	5,79	6,44	79,9	75,9	84,0
Catania metropolitana	1.412	1,27	91,0	10,56	8,00	7,81	8,19	102,0	99,6	104,4
Giarre	353	1,20	84,9	10,47	7,69	7,33	8,07	99,6	95,0	104,4
Gravina	484	1,28	60,1	7,29	6,44	6,19	6,71	82,8	79,6	86,2
Palagonia	245	1,28	84,9	10,70	8,18	7,72	8,67	106,1	100,2	112,2
Paternò	227	1,24	67,0	7,86	6,66	6,27	7,08	85,0	80,1	90,1
ASP 4 Enna	889	1,28	109,1	13,12	8,70	8,43	8,98	111,1	107,8	114,4
Agira	154	1,27	93,2	10,52	7,55	7,01	8,13	97,6	90,8	104,7
Enna	253	1,26	111,5	11,46	7,52	7,10	7,97	98,0	92,7	103,5
Nicosia	281	1,30	140,6	20,65	12,57	11,87	13,32	158,0	149,8	166,5
Piazza Armerina	203	1,28	95,5	11,59	7,96	7,45	8,49	97,9	92,0	104,1
ASP 5 Messina	3.850	1,29	124,4	15,09	10,42	10,26	10,57	132,1	130,2	134,0
Barcellona Pozzo di Gotto	392	1,27	95,3	14,12	9,85	9,41	10,32	123,9	118,4	129,5
Lipari	98	1,34	113,9	17,77	14,02	12,81	15,34	179,6	164,1	196,2
Messina metropolitana	1.699	1,30	141,7	15,30	10,95	10,71	11,19	139,7	136,7	142,7
Milazzo	449	1,26	104,1	14,53	10,26	9,82	10,70	130,6	125,2	136,1
Mistretta	106	1,31	138,4	15,47	8,41	7,66	9,23	111,2	102,0	121,1
Patti	360	1,29	151,4	18,07	11,26	10,72	11,83	144,5	137,9	151,4
S. Agata Militello	528	1,27	125,2	17,83	11,88	11,41	12,37	147,5	141,9	153,2
Taormina	228	1,23	83,5	9,72	6,60	6,21	7,01	81,3	76,6	86,1
ASP 6 Palermo	4.497	1,29	90,2	9,51	7,16	7,07	7,26	91,6	90,4	92,8
Bagheria	239	1,26	64,8	6,75	5,73	5,41	6,07	72,9	68,9	77,2
Carini	212	1,31	67,4	7,28	6,24	5,87	6,63	80,0	75,3	85,0
Cefalù	147	1,26	102,8	8,18	5,02	4,64	5,43	62,7	58,3	67,4
Corleone	182	1,32	183,8	17,69	9,67	8,99	10,40	125,2	117,2	133,6
Lercara Friddi	156	1,25	113,4	12,54	6,97	6,45	7,54	88,2	82,2	94,7
Misilmeri	168	1,23	78,4	8,00	5,45	5,07	5,86	68,9	64,4	73,7
Palermo metropolitana	2.782	1,30	95,0	9,95	8,00	7,87	8,14	102,8	101,1	104,5
Partinico	287	1,23	83,4	10,18	7,41	7,02	7,82	92,6	87,8	97,5
Petralia Sottana	143	1,26	93,8	12,74	6,25	5,74	6,80	80,3	74,5	86,4
Termini Imerese	176	1,29	65,4	7,02	4,67	4,35	5,01	59,1	55,3	63,1
Lampedusa e Linosa	18	1,10	59,8	7,05	6,60	5,35	8,15	82,2	66,0	101,2
ASP 7 Ragusa	1.259	1,28	76,2	10,32	7,36	7,17	7,55	96,1	93,7	98,5
Modica	400	1,24	69,5	9,05	6,32	6,03	6,61	82,7	79,1	86,4
Ragusa	448	1,30	94,9	11,58	7,72	7,39	8,07	101,1	97,0	105,4
Vittoria	412	1,29	65,9	10,54	8,28	7,91	8,65	107,4	102,8	112,1
ASP 8 Siracusa	1.630	1,33	72,9	10,30	7,63	7,46	7,80	99,0	96,8	101,1
Augusta	148	1,32	50,5	7,92	6,11	5,68	6,58	79,0	73,4	84,9
Lentini	265	1,36	84,4	12,45	8,00	7,56	8,46	102,8	97,4	108,5
Noto	517	1,36	94,3	13,00	9,67	9,29	10,06	127,5	122,6	132,5
Siracusa	703	1,30	64,7	8,96	6,89	6,66	7,13	88,4	85,5	91,3
ASP 9 Trapani	1.620	1,30	65,5	9,60	6,58	6,43	6,73	83,9	82,0	85,7
Alcamo	242	1,31	65,8	9,27	5,92	5,57	6,29	76,9	72,6	81,3
Castelvetrano	281	1,26	82,7	11,83	7,96	7,53	8,41	95,6	90,7	100,8
Marsala	276	1,28	52,9	7,83	5,28	5,00	5,57	67,7	64,2	71,4
Mazara del Vallo	234	1,31	63,2	8,81	6,46	6,09	6,86	81,7	77,1	86,5
Pantelleria	48	1,28	100,6	15,44	10,09	8,84	11,52	134,0	117,6	152,1
Trapani	540	1,32	65,2	9,98	7,03	6,77	7,31	90,9	87,5	94,4
REGIONE SICILIA	20.716	1,29	86,5	10,74	7,81	7,76	7,86			

Tab. 11 - Scompenso cardiaco, Donne. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
A SP 1 Agrigento	1.946	1,25	69,1	10,26	5,56	5,44	5,68	97,4	95,5	99,3
Agrigento	517	1,26	53,2	8,30	4,80	4,61	5,01	85,9	82,6	89,3
Bivona	163	1,23	118,5	18,92	8,15	7,53	8,83	140,5	131,0	150,4
Canicatti	340	1,26	66,4	9,19	4,87	4,62	5,14	84,3	80,3	88,4
Casteltermini	86	1,21	59,8	8,75	4,58	4,13	5,08	82,4	74,8	90,6
Licata	253	1,31	66,0	9,78	5,96	5,62	6,32	104,1	98,4	110,0
Ribera	218	1,27	108,7	14,84	7,45	6,97	7,96	128,7	121,2	136,6
Sciacca	371	1,20	78,5	11,85	6,08	5,78	6,40	103,3	98,6	108,1
A SP 2 Caltanissetta	1.074	1,28	70,0	9,42	5,36	5,20	5,51	93,8	91,3	96,4
Caltanissetta	330	1,29	70,5	8,32	4,40	4,17	4,64	76,0	72,4	79,8
Gela	502	1,32	67,1	10,34	6,87	6,59	7,15	123,0	118,3	127,9
Mussomeli	104	1,14	74,0	10,43	4,80	4,34	5,30	82,3	75,4	89,7
San Cataldo	140	1,19	75,6	8,78	4,57	4,22	4,96	79,0	73,2	85,1
A SP 3 Catania	4.168	1,22	86,3	9,22	5,41	5,33	5,48	97,6	96,3	98,9
Acireale	465	1,26	72,5	8,29	5,41	5,19	5,65	99,2	95,2	103,3
Adrano	281	1,22	79,2	10,53	6,32	5,97	6,68	114,5	108,6	120,7
Bronte	143	1,20	85,5	9,01	4,75	4,37	5,16	83,7	77,7	90,0
Caltagirone	319	1,25	85,8	8,93	4,48	4,25	4,74	80,8	76,9	84,8
Catania metropolitana	1.701	1,21	109,2	11,04	5,89	5,75	6,03	106,4	104,1	108,7
Giarre	367	1,17	86,9	10,04	5,60	5,33	5,89	100,3	95,7	105,0
Gravina	468	1,20	64,1	6,52	4,63	4,44	4,83	84,5	81,1	88,0
Palagonia	237	1,25	87,0	9,74	6,31	5,94	6,71	110,8	104,6	117,3
Paternò	196	1,19	58,1	6,41	4,39	4,11	4,70	76,5	71,8	81,4
A SP 4 Enna	933	1,22	107,1	12,37	6,73	6,52	6,95	114,0	110,8	117,3
Agira	172	1,20	96,1	10,87	6,45	5,99	6,93	106,9	99,9	114,3
Enna	254	1,22	119,6	10,21	5,45	5,13	5,79	93,3	88,2	98,6
Nicosia	305	1,18	133,6	20,59	10,67	10,09	11,29	180,1	171,2	189,4
Piazza Armerina	203	1,29	81,1	10,20	5,57	5,20	5,96	94,1	88,4	100,0
A SP 5 Messina	4.423	1,24	141,7	15,55	8,05	7,93	8,17	138,0	136,2	139,8
Barcellona Pozzo di Gotto	428	1,22	109,8	14,15	7,44	7,09	7,81	125,8	120,5	131,3
Lipari	133	1,37	169,8	23,90	14,98	13,81	16,26	251,2	232,5	271,0
Messina metropolitana	2.050	1,26	165,6	16,34	8,51	8,33	8,70	147,4	144,6	150,3
Milazzo	475	1,18	109,0	14,07	7,57	7,24	7,92	131,6	126,4	137,0
Mistretta	122	1,27	146,8	15,67	6,74	6,14	7,40	116,8	107,7	126,4
Patti	441	1,27	195,4	19,99	9,09	8,66	9,54	162,0	155,4	169,0
S. Agata Militello	546	1,22	118,9	16,31	8,59	8,24	8,96	141,9	136,6	147,3
Taormina	237	1,14	86,7	9,14	4,89	4,58	5,21	79,5	75,0	84,1
A SP 6 Palermo	4.636	1,25	87,2	8,83	5,03	4,96	5,10	89,6	88,4	90,7
Bagheria	237	1,25	60,9	6,22	4,28	4,03	4,54	75,4	71,2	79,9
Carini	172	1,25	52,9	5,66	3,93	3,67	4,22	70,3	65,6	75,1
Cefalù	114	1,22	80,0	5,83	2,68	2,43	2,94	46,8	43,0	50,8
Corleone	170	1,19	168,5	14,87	6,35	5,86	6,88	112,5	105,1	120,3
Lercara Fiddi	178	1,19	126,6	12,89	6,01	5,57	6,48	101,4	94,8	108,3
Misilmeri	158	1,22	74,8	7,09	3,99	3,69	4,31	69,7	64,9	74,7
Palermo metropolitana	2.985	1,27	93,0	9,40	5,46	5,36	5,55	98,2	96,6	99,8
Partinico	316	1,21	90,1	10,38	6,18	5,87	6,52	106,0	100,8	111,3
Petralia Sottana	147	1,22	87,7	11,57	4,64	4,25	5,06	79,9	74,2	85,9
Termini Imerese	152	1,17	57,6	5,70	2,97	2,75	3,21	54,1	50,3	58,1
Lampedusa e Linosa	18	1,26	77,4	7,81	5,99	4,83	7,41	104,4	84,0	128,3
A SP 7 Ragusa	1.279	1,22	84,4	9,90	5,48	5,34	5,63	97,8	95,5	100,3
Modica	415	1,18	87,8	8,73	4,79	4,57	5,02	85,7	82,0	89,4
Ragusa	435	1,25	91,4	10,48	5,28	5,04	5,53	95,2	91,3	99,3
Vittoria	430	1,23	73,3	10,71	6,64	6,34	6,94	117,4	112,5	122,5
A SP 8 Siracusa	1.621	1,29	72,5	9,63	5,57	5,44	5,70	99,4	97,3	101,6
Augusta	132	1,33	48,4	6,78	4,20	3,88	4,55	76,2	70,5	82,2
Lentini	280	1,24	89,8	12,07	6,30	5,95	6,66	111,8	106,0	117,8
Noto	561	1,33	106,9	13,43	7,92	7,61	8,24	142,2	136,9	147,5
Siracusa	649	1,26	56,6	7,75	4,52	4,35	4,69	80,0	77,3	82,9
A SP 9 Trapani	1.489	1,24	57,7	8,08	4,19	4,09	4,30	74,4	72,7	76,1
Alcamo	253	1,23	60,9	8,82	4,38	4,12	4,67	77,4	73,2	81,7
Castelvetrano	260	1,25	73,3	9,85	4,83	4,55	5,14	84,7	80,1	89,4
Marsala	242	1,19	43,8	6,38	3,44	3,24	3,66	61,5	58,0	65,0
Mazara del Vallo	214	1,28	61,8	7,48	4,12	3,86	4,40	73,6	69,3	78,2
Pantelleria	48	1,24	93,4	15,26	7,99	6,93	9,21	130,7	114,8	148,3
Trapani	473	1,25	54,5	7,96	4,12	3,94	4,31	73,2	70,3	76,2
REGIONE SICILIA	21.554	1,24	88,5	10,16	5,65	5,62	5,69			

Tab. 12 - Insufficienza cardiaca e shock (DRG = 127), Uomini. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	656	1,25	18,3	3,02	1,94	1,87	2,01	96,8	93,5	100,2
Agrigento	140	1,25	11,7	1,94	1,46	1,35	1,57	71,4	66,2	76,8
Bivona	70	1,20	38,1	7,40	3,19	2,83	3,59	171,8	154,2	190,7
Canicatti	105	1,22	16,3	2,53	1,56	1,43	1,71	80,2	73,4	87,3
Casteltermini	25	1,27	14,3	2,23	1,31	1,09	1,58	68,5	57,0	81,6
Licata	96	1,29	18,9	3,13	2,32	2,11	2,55	111,4	101,7	121,9
Ribera	72	1,24	28,9	4,33	2,35	2,10	2,64	119,7	107,6	132,7
Sciacca	149	1,26	24,5	4,15	2,42	2,24	2,61	116,9	108,7	125,6
ASP 2 Caltanissetta	470	1,22	27,3	3,58	2,59	2,49	2,70	122,2	117,3	127,2
Caltanissetta	153	1,16	29,1	3,52	2,50	2,32	2,70	112,4	104,5	120,6
Gela	196	1,32	20,9	3,31	2,62	2,45	2,79	130,1	122,1	138,5
Mussomeli	41	1,16	25,8	3,77	2,11	1,81	2,46	96,8	83,9	111,0
San Cataldo	81	1,11	45,1	4,50	3,32	3,00	3,68	144,0	130,3	158,8
ASP 3 Catania	1.473	1,21	22,9	2,82	2,11	2,06	2,16	105,9	103,5	108,4
Acireale	139	1,17	17,3	2,08	1,70	1,57	1,83	85,7	79,5	92,4
Adrano	107	1,19	23,2	3,31	2,50	2,29	2,73	127,0	116,5	138,3
Bronte	65	1,28	31,6	3,57	2,17	1,93	2,44	112,7	100,9	125,7
Caltagirone	106	1,26	21,2	2,58	1,51	1,37	1,65	79,4	72,8	86,5
Catania metropolitana	590	1,20	28,5	3,47	2,53	2,43	2,62	124,9	120,4	129,5
Giarre	103	1,16	21,2	2,46	1,72	1,57	1,88	85,5	78,3	93,2
Gravina	193	1,23	18,1	2,28	1,98	1,86	2,12	100,3	94,1	106,9
Palagonia	96	1,27	24,3	3,23	2,39	2,18	2,62	122,3	111,6	133,8
Paternò	77	1,19	17,0	2,05	1,72	1,55	1,90	86,0	77,6	95,0
ASP 4 Enna	350	1,20	35,7	4,11	2,55	2,42	2,68	126,6	120,7	132,6
Agira	57	1,14	26,7	3,05	2,07	1,83	2,33	106,7	94,7	119,8
Enna	102	1,20	41,1	3,72	2,31	2,10	2,53	115,1	105,3	125,5
Nicosia	99	1,26	38,4	5,84	3,02	2,75	3,33	158,3	144,6	172,9
Piazza Armerina	92	1,16	34,7	4,17	2,78	2,52	3,06	128,3	116,9	140,6
ASP 5 Messina	1.026	1,22	28,4	3,28	2,04	1,98	2,10	102,5	99,7	105,3
Barcellona Pozzo di Gotto	84	1,20	16,9	2,46	1,57	1,42	1,73	77,6	70,4	85,4
Lipari	20	1,17	20,6	2,96	2,21	1,81	2,70	108,6	88,4	132,1
Messina metropolitana	523	1,24	37,5	3,83	2,47	2,38	2,57	126,0	121,2	130,9
Milazzo	103	1,18	18,5	2,73	1,76	1,61	1,93	88,0	80,5	95,9
Mistretta	40	1,18	41,3	4,76	2,18	1,87	2,54	118,0	102,2	135,7
Patti	81	1,24	28,7	3,36	1,83	1,65	2,03	93,5	84,7	103,1
S. Agata Militello	121	1,17	23,2	3,33	2,01	1,85	2,19	97,6	90,0	105,7
Taormina	55	1,19	16,9	1,93	1,15	1,02	1,31	56,5	50,0	63,6
ASP 6 Palermo	1.481	1,23	22,5	2,46	1,77	1,73	1,81	88,7	86,7	90,8
Bagheria	71	1,18	15,1	1,54	1,32	1,19	1,47	64,5	57,9	71,6
Carini	72	1,22	17,4	1,91	1,62	1,46	1,80	81,4	73,2	90,2
Cefalù	37	1,15	22,2	1,69	0,95	0,81	1,11	44,7	38,5	51,7
Corleone	55	1,25	42,2	4,29	2,12	1,86	2,42	106,6	94,3	119,9
Lercara Friddi	46	1,19	28,5	3,03	1,51	1,31	1,74	74,0	64,7	84,2
Misilmeri	52	1,17	20,2	1,92	1,24	1,09	1,41	61,0	53,7	68,9
Palermo metropolitana	900	1,25	23,1	2,52	1,96	1,90	2,02	98,8	95,9	101,7
Partinico	107	1,19	22,4	2,98	2,04	1,87	2,23	101,1	92,7	110,0
Petralia Sottana	63	1,21	32,3	4,67	1,88	1,66	2,13	99,2	88,5	110,7
Termini Imerese	79	1,22	22,2	2,54	1,56	1,41	1,73	77,2	69,8	85,2
Lampedusa e Linosa	3	1,00	7,1	0,94	0,97	0,58	1,63	41,9	23,4	69,1
ASP 7 Ragusa	438	1,27	21,3	2,86	1,91	1,83	2,00	97,5	93,5	101,7
Modica	134	1,20	18,7	2,41	1,60	1,48	1,73	80,8	74,8	87,1
Ragusa	163	1,32	27,6	3,43	2,05	1,91	2,21	106,5	99,3	114,1
Vittoria	142	1,26	18,3	2,82	2,15	2,00	2,32	108,4	100,6	116,7
ASP 8 Siracusa	700	1,27	23,7	3,56	2,49	2,40	2,57	125,7	121,6	129,9
Augusta	59	1,20	16,1	2,54	1,85	1,65	2,08	93,8	83,4	105,1
Lentini	118	1,24	27,9	4,50	2,62	2,41	2,85	133,2	122,7	144,4
Noto	261	1,31	35,2	5,19	3,74	3,54	3,95	189,9	179,7	200,5
Siracusa	263	1,26	18,4	2,72	1,96	1,86	2,07	98,0	92,8	103,5
ASP 9 Trapani	480	1,24	14,3	2,27	1,44	1,38	1,50	72,4	69,5	75,3
Alcamo	76	1,30	13,1	2,32	1,36	1,22	1,52	69,8	62,9	77,1
Castelvetrano	62	1,20	14,7	2,11	1,27	1,13	1,43	60,7	54,1	67,8
Marsala	107	1,22	13,9	2,44	1,54	1,41	1,68	76,9	70,5	83,7
Mazara del Vallo	78	1,27	16,0	2,29	1,57	1,41	1,74	79,3	71,6	87,5
Pantelleria	11	1,16	21,6	2,99	1,85	1,40	2,43	92,9	70,4	120,4
Trapani	146	1,25	13,9	2,16	1,42	1,31	1,53	72,1	66,9	77,5
REGIONE SICILIA	7.069	1,23	23,0	2,91	2,00	1,98	2,02			

Tab. 13 - Insufficienza cardiaca e shock (DRG = 127), donne. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
A SP 1 Agrigento	659	1,20	18,3	2,84	1,37	1,32	1,42	93,2	90,0	96,4
Agrigento	140	1,19	11,1	1,83	0,96	0,89	1,04	66,5	61,6	71,6
Bivona	77	1,19	43,9	7,53	2,73	2,43	3,06	184,2	166,2	203,5
Canicatti	118	1,19	17,1	2,62	1,25	1,14	1,37	82,3	75,8	89,2
Casteltermini	36	1,14	18,9	3,03	1,37	1,17	1,61	97,8	84,1	113,2
Licata	90	1,24	19,0	2,76	1,52	1,38	1,67	105,7	96,2	115,9
Ribera	75	1,22	31,9	4,24	1,82	1,63	2,04	125,0	112,7	138,3
Sciacca	123	1,16	20,2	3,23	1,49	1,36	1,63	95,8	88,4	103,7
A SP 2 Caltanissetta	424	1,24	21,4	3,00	1,57	1,50	1,65	105,2	100,8	109,8
Caltanissetta	124	1,20	20,0	2,56	1,28	1,17	1,40	80,7	74,4	87,3
Gela	209	1,31	21,8	3,39	2,12	1,99	2,26	148,5	139,7	157,8
Mussomeli	37	1,11	20,5	3,07	1,18	1,00	1,40	80,5	69,2	93,0
San Cataldo	55	1,12	24,3	2,82	1,35	1,19	1,54	86,9	76,9	97,9
A SP 3 Catania	1.732	1,18	26,8	3,10	1,67	1,63	1,71	115,2	112,8	117,7
Acireale	127	1,16	15,8	1,82	1,14	1,05	1,24	77,7	71,8	84,0
Adrano	119	1,19	24,1	3,45	1,99	1,83	2,17	138,1	127,2	149,7
Bronte	80	1,19	35,1	4,04	1,92	1,72	2,14	130,9	118,4	144,3
Caltagirone	121	1,21	25,2	2,77	1,22	1,12	1,33	85,9	79,2	93,0
Catania metropolitana	784	1,18	37,3	4,16	2,01	1,94	2,08	138,3	134,0	142,7
Giarre	123	1,11	22,5	2,80	1,43	1,31	1,55	95,3	87,9	103,1
G ravina	208	1,17	20,4	2,32	1,54	1,45	1,64	108,9	102,4	115,8
Palagonia	101	1,18	25,7	3,29	2,03	1,85	2,23	135,6	124,0	147,9
Paternò	72	1,11	16,3	1,85	1,21	1,08	1,35	80,5	72,3	89,2
A SP 4 Enna	363	1,19	35,2	3,94	1,87	1,78	1,97	125,0	119,3	130,9
Agira	74	1,09	31,6	3,77	2,09	1,88	2,34	130,3	117,3	144,3
Enna	98	1,22	41,1	3,28	1,53	1,39	1,69	101,8	93,0	111,2
Nicosia	100	1,18	38,9	5,54	2,27	2,07	2,50	164,6	150,5	179,8
Piazza Armerina	91	1,24	28,4	3,74	1,82	1,65	2,01	119,6	108,9	131,1
A SP 5 Messina	1.242	1,18	33,9	3,67	1,56	1,51	1,60	108,2	105,5	110,9
Barcellona Pozzo di Gotto	99	1,14	21,0	2,74	1,17	1,06	1,29	81,3	74,4	88,8
Lipari	27	1,27	31,4	3,98	2,17	1,81	2,61	143,0	119,8	169,4
Messina metropolitana	658	1,20	46,0	4,40	1,87	1,80	1,95	132,1	127,6	136,7
Milazzo	128	1,12	21,7	3,19	1,39	1,28	1,52	99,6	92,0	107,6
Mistretta	44	1,15	43,3	4,81	1,80	1,54	2,10	117,9	102,9	134,4
Patti	104	1,21	38,4	3,99	1,46	1,32	1,62	105,4	96,5	114,8
S. Agata Militello	124	1,17	20,0	3,10	1,35	1,24	1,48	89,6	82,7	96,9
Taormina	62	1,11	18,6	2,01	0,89	0,78	1,01	57,4	51,2	64,2
A SP 6 Palermo	1.536	1,20	21,9	2,37	1,23	1,20	1,26	84,0	82,1	85,9
Bagheria	60	1,22	12,7	1,25	0,80	0,71	0,91	55,2	49,1	61,8
Carini	59	1,20	13,2	1,53	1,05	0,93	1,18	69,9	62,2	78,4
Cefalù	34	1,17	17,5	1,45	0,59	0,50	0,70	38,1	32,6	44,3
Corleone	41	1,15	34,9	3,01	1,07	0,91	1,25	75,8	65,8	86,9
Lercara Friddi	49	1,15	26,6	2,98	1,13	0,98	1,30	78,5	69,0	89,0
Misilmeri	49	1,18	17,7	1,76	0,94	0,81	1,07	60,4	53,0	68,5
Palermo metropolitana	982	1,21	23,6	2,51	1,33	1,29	1,37	91,6	89,1	94,2
Partinico	121	1,19	25,6	3,21	1,73	1,59	1,89	115,6	106,6	125,1
Petralia Sottana	67	1,17	29,8	4,52	1,47	1,30	1,68	100,5	90,0	111,8
Termini Imerese	73	1,13	19,0	2,23	1,02	0,91	1,14	73,1	65,7	81,0
Lampedusa e Linosa	3	1,53	9,2	1,02	0,66	0,39	1,11	50,8	28,4	83,8
A SP 7 Ragusa	444	1,19	27,6	2,80	1,35	1,29	1,41	95,9	91,9	100,0
Modica	134	1,12	33,5	2,28	1,11	1,02	1,20	77,7	71,9	83,8
Ragusa	156	1,26	27,0	3,14	1,32	1,22	1,43	96,1	89,4	103,0
Vittoria	155	1,19	21,3	3,07	1,69	1,57	1,82	120,2	111,9	129,0
A SP 8 Siracusa	744	1,25	26,4	3,64	1,90	1,83	1,96	129,9	125,8	134,2
Augusta	62	1,26	16,6	2,63	1,48	1,32	1,66	103,2	92,1	115,3
Lentini	123	1,20	31,1	4,40	1,99	1,83	2,16	138,7	128,0	150,2
Noto	313	1,26	50,1	6,05	3,34	3,17	3,53	226,0	215,0	237,5
Siracusa	247	1,24	15,4	2,44	1,26	1,19	1,34	86,6	81,8	91,5
A SP 9 Trapani	489	1,18	14,6	2,18	0,98	0,93	1,02	68,5	65,9	71,3
Alcamo	95	1,17	17,1	2,73	1,17	1,06	1,29	81,0	73,8	88,6
Castelvetrano	64	1,17	15,9	1,99	0,83	0,73	0,94	57,6	51,5	64,3
Marsala	99	1,15	13,5	2,15	1,00	0,91	1,11	71,5	65,4	78,1
Mazara del Vallo	78	1,26	16,1	2,21	1,08	0,97	1,21	75,6	68,3	83,5
Pantelleria	13	1,18	22,0	3,46	1,54	1,18	2,01	102,0	79,1	129,6
Trapani	140	1,17	12,6	1,94	0,86	0,79	0,93	60,7	56,3	65,4
REGIONE SICILIA	7.629	1,20	24,7	2,94	1,46	1,44	1,47			

Tab. 14 - Cardio-operati, Uomini. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	261	1,07	19,3	1,52	1,28	1,21	1,36	117,2	110,9	123,7
Agrigento	88	1,06	18,2	1,55	1,36	1,24	1,50	124,3	113,0	136,5
Bivona	13	1,11	21,1	1,64	1,25	0,96	1,63	115,3	88,8	147,2
Canicatti	49	1,08	22,2	1,49	1,28	1,12	1,46	117,0	102,7	132,6
Casteltermini	14	1,06	21,0	1,60	1,21	0,95	1,55	121,9	95,4	153,5
Licata	32	1,08	18,1	1,37	1,22	1,04	1,43	109,6	93,3	127,8
Ribera	21	1,06	21,0	1,58	1,28	1,05	1,57	115,9	94,9	140,2
Sciacca	43	1,05	17,7	1,50	1,19	1,03	1,37	110,0	95,8	125,6
ASP 2 Caltanissetta	117	1,07	15,4	1,14	1,00	0,92	1,09	88,8	81,8	96,4
Caltanissetta	41	1,02	15,2	1,21	1,05	0,91	1,21	92,0	79,9	105,4
Gela	45	1,08	13,8	1,00	0,89	0,78	1,02	81,3	71,0	92,6
Mussomeli	13	1,14	21,0	1,49	1,27	0,98	1,63	105,7	81,7	134,4
San Cataldo	17	1,08	17,5	1,20	1,06	0,85	1,32	92,5	73,9	114,3
ASP 3 Catania	465	1,13	16,0	1,14	1,01	0,97	1,05	93,1	89,3	96,9
Acireale	54	1,13	14,4	1,02	0,92	0,82	1,04	86,4	76,3	97,4
Adrano	28	1,10	15,6	1,15	1,07	0,90	1,27	96,0	80,8	113,3
Bronte	18	1,18	17,6	1,26	1,09	0,88	1,35	99,9	80,3	122,8
Caltagirone	37	1,08	16,3	1,15	0,94	0,81	1,09	87,1	75,1	100,6
Catania metropolitana	158	1,13	17,6	1,18	1,06	0,99	1,14	96,2	89,6	103,1
Giarre	40	1,14	14,5	1,18	1,00	0,87	1,15	92,7	80,2	106,5
Gravina	70	1,14	13,6	1,05	0,96	0,86	1,07	88,5	79,4	98,3
Palagonia	25	1,10	17,7	1,10	0,96	0,80	1,14	90,0	75,0	107,2
Paternò	36	1,13	16,9	1,23	1,10	0,95	1,28	105,4	90,5	122,1
ASP 4 Enna	68	1,13	13,9	1,00	0,84	0,75	0,94	76,0	68,1	84,5
Agira	13	1,14	11,7	0,89	0,79	0,61	1,01	69,9	54,0	89,2
Enna	24	1,15	15,1	1,10	0,91	0,75	1,09	83,0	68,9	99,1
Nicosia	10	1,08	9,1	0,72	0,62	0,46	0,83	53,0	39,2	70,1
Piazza Armerina	21	1,13	18,0	1,19	0,98	0,80	1,20	90,3	73,7	109,4
ASP 5 Messina	304	1,09	14,4	1,19	1,01	0,96	1,06	91,2	86,7	95,9
Barcellona Pozzo di Gotto	33	1,11	12,7	1,17	1,02	0,87	1,20	90,1	76,8	105,0
Lipari	5	1,04	9,9	0,83	0,70	0,46	1,05	67,0	42,4	100,5
Messina metropolitana	133	1,09	14,1	1,20	1,03	0,95	1,11	93,4	86,5	100,8
Milazzo	35	1,08	13,1	1,13	0,91	0,78	1,06	85,9	73,7	99,7
Mistretta	7	1,06	16,3	1,05	0,83	0,59	1,17	73,7	51,6	102,0
Patti	20	1,06	12,9	1,02	0,87	0,71	1,08	76,2	62,1	92,5
S. Agata Militello	43	1,07	19,8	1,45	1,24	1,08	1,42	108,3	94,3	123,9
Taormina	28	1,11	13,8	1,21	0,98	0,83	1,17	91,1	76,7	107,4
ASP 6 Palermo	666	1,10	19,4	1,41	1,23	1,19	1,27	113,4	109,6	117,3
Bagheria	52	1,08	18,2	1,46	1,34	1,19	1,52	123,4	108,9	139,4
Carini	30	1,10	12,7	1,04	0,96	0,81	1,12	89,6	76,0	105,1
Cefalù	22	1,10	17,7	1,23	0,90	0,74	1,10	89,5	73,6	107,9
Corleone	13	1,08	18,3	1,22	1,01	0,77	1,31	88,8	68,2	113,6
Lercara Friddi	20	1,15	22,9	1,60	1,16	0,93	1,43	109,4	88,9	133,2
Misilmeri	29	1,08	18,1	1,37	1,17	0,99	1,39	107,1	90,4	126,1
Palermo metropolitana	412	1,10	20,5	1,47	1,32	1,26	1,38	121,7	116,5	127,1
Partinico	36	1,09	17,8	1,29	1,13	0,98	1,32	101,7	87,4	117,6
Petralia Sottana	16	1,08	20,1	1,40	0,96	0,76	1,23	92,5	73,2	115,3
Termini Imerese	34	1,08	20,0	1,35	1,13	0,96	1,32	101,2	86,5	117,6
Lampedusa e Linosa	3	1,00	18,8	1,19	1,12	0,67	1,86	104,3	58,3	172,0
ASP 7 Ragusa	83	1,10	8,6	0,68	0,61	0,55	0,67	55,1	49,9	60,6
Modica	32	1,14	8,9	0,73	0,67	0,57	0,78	58,3	49,7	68,1
Ragusa	28	1,09	9,3	0,73	0,60	0,51	0,71	56,3	47,4	66,4
Vittoria	23	1,06	7,5	0,58	0,54	0,45	0,66	49,8	41,1	59,8
ASP 8 Siracusa	190	1,12	17,6	1,20	1,03	0,97	1,10	94,8	88,8	101,0
Augusta	24	1,11	17,7	1,29	1,07	0,89	1,28	102,4	84,9	122,3
Lentini	28	1,06	19,7	1,32	1,06	0,89	1,26	95,2	80,1	112,4
Noto	43	1,17	15,4	1,08	0,97	0,84	1,11	87,5	76,2	100,1
Siracusa	95	1,11	18,1	1,21	1,04	0,95	1,14	96,4	87,9	105,5
ASP 9 Trapani	284	1,06	22,2	1,68	1,39	1,31	1,46	128,0	121,5	134,9
Alcamo	37	1,08	19,6	1,42	1,17	1,00	1,36	108,6	93,5	125,4
Castelvetrano	37	1,06	17,9	1,58	1,29	1,12	1,50	116,6	100,4	134,5
Marsala	66	1,07	25,9	1,89	1,50	1,34	1,67	140,1	125,5	156,0
Mazara del Vallo	45	1,06	20,8	1,71	1,49	1,30	1,70	134,6	117,6	153,3
Pantelleria	4	1,14	18,2	1,42	1,15	0,75	1,77	106,6	66,8	161,4
Trapani	94	1,04	23,9	1,73	1,42	1,29	1,56	132,6	120,9	145,2
REGIONE SICILIA	2.438	1,09	17,0	1,26	1,09	1,07	1,11			

Tab. 15 - Cardio-operati, Donne. Dimessi e tassi standardizzati nelle aziende sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (anni 2006/2010)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		SMR	Intervallo di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
A SP 1 Agrigento	127	1,06	9,3	0,67	0,49	0,45	0,54	113,1	104,5	122,3
Agrigento	35	1,08	6,7	0,57	0,43	0,37	0,50	99,2	85,1	115,0
Bivona	7	1,03	13,0	0,76	0,51	0,35	0,75	112,9	77,7	158,6
Canicatti	25	1,08	10,2	0,67	0,49	0,40	0,59	113,0	94,0	134,8
Casteltermini	7	1,00	9,0	0,69	0,48	0,33	0,70	114,7	79,4	160,3
Licata	20	1,08	11,3	0,78	0,63	0,51	0,77	139,8	113,9	169,9
Ribera	11	1,04	9,9	0,74	0,52	0,39	0,70	116,1	87,2	151,5
Sciacca	22	1,02	10,5	0,72	0,50	0,41	0,61	117,1	96,4	140,9
A SP 2 Caltanissetta	60	1,09	7,7	0,53	0,43	0,38	0,48	90,9	80,9	101,8
Caltanissetta	19	1,01	6,7	0,48	0,39	0,32	0,48	79,2	64,1	96,9
Gela	28	1,13	8,3	0,57	0,50	0,42	0,59	107,3	90,1	126,8
Mussomeli	5	1,15	10,9	0,52	0,34	0,23	0,51	78,8	51,5	115,5
San Cataldo	8	1,12	6,5	0,52	0,37	0,26	0,51	84,7	60,8	114,9
A SP 3 Catania	223	1,13	7,5	0,49	0,40	0,37	0,42	89,7	84,5	95,1
Acireale	23	1,10	6,6	0,41	0,34	0,28	0,41	80,2	66,2	96,3
Adrano	14	1,12	8,1	0,51	0,43	0,34	0,56	92,8	72,1	117,7
Bronte	10	1,08	8,4	0,60	0,46	0,34	0,62	105,8	78,0	140,3
Caltagirone	24	1,14	10,4	0,67	0,46	0,38	0,55	111,1	92,2	132,9
Catania metropolitana	77	1,14	7,7	0,50	0,41	0,37	0,46	86,7	78,3	95,8
Giarre	19	1,16	7,2	0,52	0,38	0,31	0,48	92,0	74,4	112,4
Gravina	27	1,13	4,7	0,37	0,32	0,27	0,38	74,3	62,3	88,0
Palagonia	12	1,10	7,3	0,49	0,43	0,33	0,56	92,1	70,2	118,5
Paternò	18	1,17	10,0	0,58	0,50	0,40	0,61	111,8	89,8	137,6
A SP 4 Enna	41	1,10	8,4	0,55	0,42	0,37	0,49	91,1	79,1	104,4
Agira	8	1,13	5,6	0,49	0,42	0,30	0,58	84,8	60,3	115,9
Enna	14	1,10	9,9	0,55	0,41	0,32	0,53	91,3	70,9	115,7
Nicosia	6	1,09	6,3	0,43	0,33	0,23	0,48	70,3	48,1	99,3
Piazza Armerina	14	1,09	10,1	0,68	0,52	0,40	0,68	111,0	86,2	140,7
A SP 5 Messina	158	1,09	7,0	0,56	0,42	0,39	0,45	93,7	87,3	100,5
Barcellona Pozzo di Gotto	16	1,09	5,7	0,52	0,41	0,33	0,52	89,0	70,5	110,9
Lipari	2	1,17	5,1	0,43	0,34	0,19	0,63	78,7	40,6	137,4
Messina metropolitana	68	1,07	6,4	0,54	0,41	0,37	0,46	91,4	82,0	101,7
Milazzo	16	1,17	5,7	0,46	0,36	0,29	0,46	79,3	62,7	98,9
Mistretta	4	1,05	7,7	0,54	0,36	0,22	0,57	81,5	50,4	124,5
Patti	15	1,14	8,7	0,66	0,53	0,41	0,67	106,3	83,3	133,7
S. Agata Militello	22	1,06	10,2	0,65	0,45	0,37	0,55	107,9	88,6	130,2
Taormina	16	1,07	8,0	0,63	0,48	0,37	0,61	105,7	84,1	131,3
A SP 6 Palermo	346	1,10	10,8	0,66	0,50	0,48	0,53	117,4	111,9	123,1
Bagheria	25	1,09	11,4	0,67	0,57	0,47	0,68	129,8	108,2	154,5
Carini	14	1,19	6,6	0,46	0,40	0,31	0,51	92,0	71,7	116,3
Cefalù	13	1,08	10,2	0,66	0,45	0,34	0,58	106,8	82,2	136,3
Corleone	7	1,09	9,0	0,59	0,36	0,24	0,53	90,2	62,5	126,1
Lercara F rididi	13	1,11	15,2	0,96	0,64	0,49	0,85	143,6	111,0	182,7
Misilmeri	14	1,10	10,3	0,61	0,46	0,35	0,59	108,1	83,9	137,0
Palermo metropolitana	218	1,09	11,1	0,69	0,54	0,50	0,57	124,1	116,8	131,7
Partinico	16	1,10	9,9	0,53	0,40	0,32	0,50	94,3	74,9	117,3
Petralia Sottana	9	1,13	13,5	0,74	0,48	0,35	0,67	105,4	77,4	140,2
Termini Imerese	14	1,03	8,8	0,52	0,33	0,26	0,43	87,0	67,7	110,1
Lampedusa e Linosa	3	1,07	23,0	1,30	1,21	0,72	2,04	262,2	146,6	432,5
A SP 7 Ragusa	35	1,11	4,0	0,27	0,22	0,18	0,25	48,1	41,2	55,7
Modica	13	1,14	3,7	0,28	0,21	0,17	0,27	49,0	37,9	62,4
Ragusa	9	1,07	3,4	0,22	0,17	0,13	0,23	36,6	26,8	48,8
Vittoria	13	1,12	4,9	0,32	0,27	0,21	0,35	60,2	46,5	76,7
A SP 8 Siracusa	89	1,09	7,8	0,53	0,42	0,38	0,46	93,3	84,8	102,4
Augusta	10	1,17	6,2	0,49	0,40	0,30	0,54	91,8	67,7	121,7
Lentini	18	1,08	11,4	0,76	0,54	0,43	0,67	123,4	99,0	152,1
Noto	20	1,09	7,7	0,47	0,38	0,31	0,47	85,5	69,5	104,1
Siracusa	42	1,08	7,2	0,50	0,40	0,35	0,46	88,4	76,8	101,2
A SP 9 Trapani	134	1,04	10,7	0,73	0,53	0,49	0,57	122,9	113,7	132,5
Alcamo	18	1,07	10,3	0,63	0,43	0,35	0,54	106,7	85,9	131,0
Castelvetrano	21	1,04	9,0	0,79	0,55	0,45	0,68	130,4	106,7	157,9
Marsala	32	1,02	15,7	0,84	0,61	0,51	0,72	141,8	120,6	165,7
Mazara del Vallo	25	1,07	10,1	0,88	0,70	0,58	0,84	156,9	130,7	186,8
Pantelleria	1	1,00	7,5	0,44	0,29	0,13	0,63	68,6	27,5	141,4
Trapani	36	1,04	8,8	0,61	0,44	0,38	0,52	102,9	88,5	119,0
REGIONE SICILIA	1.214	1,09	8,5	0,57	0,44	0,43	0,45			

Tab. 16 - Realtà attuale della riabilitazione/prevenzione secondaria nel postinfarto

	NSTEMI (n=2912)	STEMI (n=2833)
Counseling infermieristico	710 (26,4%)	741 (28,5%)
Percorso prevenzione	388 (14,5%)	562 (21,6%)
Cardiologia riabilitativa	213 (7,3%)	325 (12%)
Percorso fumo	95 (3,3%)	174 (6,1%)
Percorso obesi	94 (3,3%)	106 (3,7%)
Percorso diabete	93 (3,2%)	86 (3,0%)

Tab. 17 - Criteri di selezione per gli interventi di CR nei pazienti dopo un infarto miocardico acuto

- A) Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali dei pazienti infartuati ad alto rischio clinico;
- infarto miocardico con scompenso o con disfunzione ventricolare sinistra (pazienti clinicamente instabili vedi quelli con F.E. < 40%);
 - infarto miocardico con ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o con comorbidità;
 - infarto miocardico in persone che svolgono vita estremamente sedentaria o anziani e sono clinicamente instabili.
- B) prioritario un ciclo riabilitativo preferibilmente ambulatoriale per pazienti con alto rischio clinico-cardiovascolare:
- rivascolarizzazione incompleta, coronaropatia diffusa o critica, multipli fattori di rischio, resistenza a mutare lo stile di vita, specie se in pazienti giovani.
- Un ciclo riabilitativo ambulatoriale può essere prioritario, specie se disponibile un consulente psicologo, nei pazienti con sindromi ansio-depressive reattive.
- C) Hanno indicazione ma non hanno priorità per un trattamento riabilitativo i pazienti con rischio clinico basso (circa il 70% degli infartuati) e con rischio cardiovascolare medio-basso, per i quali va garantita una corretta informazione/educazione sulla propria malattia e sulle abitudini di vita da seguire.

Tab. 18 - Criteri di selezione per gli interventi di CR nei pazienti dopo un ricovero per scompenso cardiaco

- Prioritario l'invio a strutture riabilitative degenziali di pazienti con profilo di rischio medio-alto:
- classe NYHA III-IV alla dimissione;
 - persistente necessità di terapia infusiva con difficoltà allo svezzamento;
 - instabilità elettrica;
 - indicazione ad ottimizzazione della terapia farmacologica in presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato;
 - esigenza di riabilitazione intensiva;
 - in valutazione per indicazione o mantenimento indicazione a trapianto cardiaco;
 - possibili candidati a impianto di dispositivo elettrico dopo recente sindrome coronarica acuta con deficit di pompa, per valutare la possibilità di recupero della funzione ventricolare sinistra dopo rivascolarizzazione e/o somministrazione di terapie farmacologiche raccomandate;
 - pazienti sottoposti a impianto di dispositivi con labilità clinica e/o elettrica o problemi correlati a complicanze chirurgiche.

Tab. 19 - Criteri di accesso prioritario alle strutture degenziali dedicate per i pazienti complicati o complessi dopo CCH

- 1) Ad alto rischio di nuovi eventi cardiovascolari e/o di instabilità clinica, definibili come tali per presenza di scompenso cardiaco (classe NYHA > II o frazione di eiezione < 35%) o per aritmie iper-ipocinetiche severe, o per necessità di terapie infusive o per recidive ischemiche precoci o per altri fattori di instabilità.
- 2) Dimessi tardivamente dopo prolungata degenza in rianimazione o terapia intensiva per assistenza respiratoria/cardiaca strumentale.
- 3) Con complicanze evento-correlate, come ictus, attacco ischemico transitorio, deficit cognitivi, insufficienza renale (de novo o aggravata o che richieda trattamento sostitutivo), embolia polmonare, reintervento chirurgico, versamenti pleuropericardici che abbiano richiesto terapia evacuativa, infezioni sistemiche, ferite complicate o comparsa di decubiti.
- 4) Con presenza o riacutizzazioni di comorbidità severe (broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza respiratoria cronica, diabete, esiti neurologici), riacutizzazioni di altre comorbidità internistiche, deficit cognitivi (mini mental state examination), disautonomie o fragilità, necessità di trattamenti farmacologici, anche nutrizionali, complessi, e interventi riabilitativi individuali.
- 5) Con difficoltà logistiche/ambientali/socioassistenziali (problemi psico-socio-sanitari) che rendano complessa la dimissione, o la ritardo, con necessità di azioni che la rendano praticabile (contatti con servizi sociosanitari, ecc.).

In ogni caso, compatibilmente con le condizioni cliniche, andrà favorito il passaggio successivo dalla riabilitazione degenziale a quella ambulatoriale, riducendo la durata media della degenza.

Pazienti non complicati o non complessi dopo CCH

proponibile un transito breve in degenza riabilitativa (da 3 a 7 giorni) con successivo appoggio in riabilitazione ambulatoriale o in day hospital o completamente domiciliare secondo protocolli concordati e integrati tra riabilitazione e cardiocirurgia.

Proposta di percorsi diagnostici terapeutici nel post-infarto

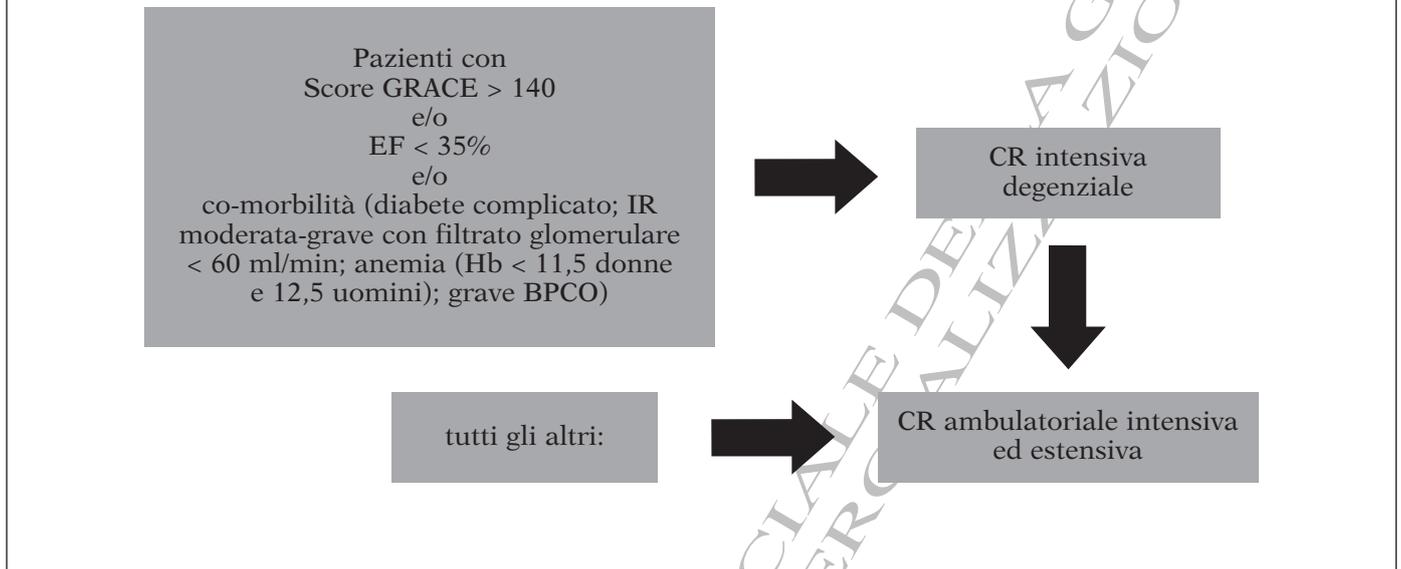


Fig. 1

Proposta di percorsi diagnostici terapeutici nei cardio-operati

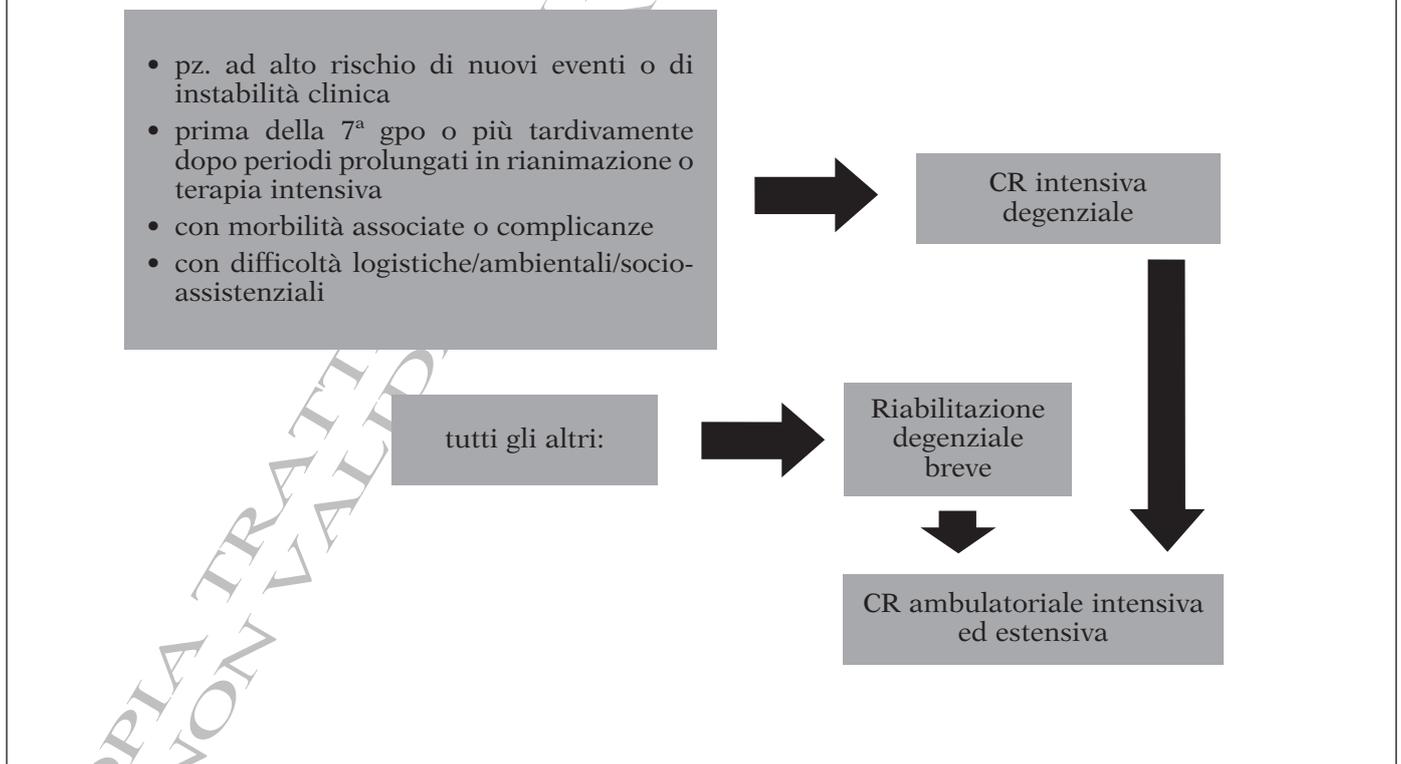


Fig. 2

Proposta di percorsi diagnostici terapeutici nei pazienti dimessi per scompenso cardiaco

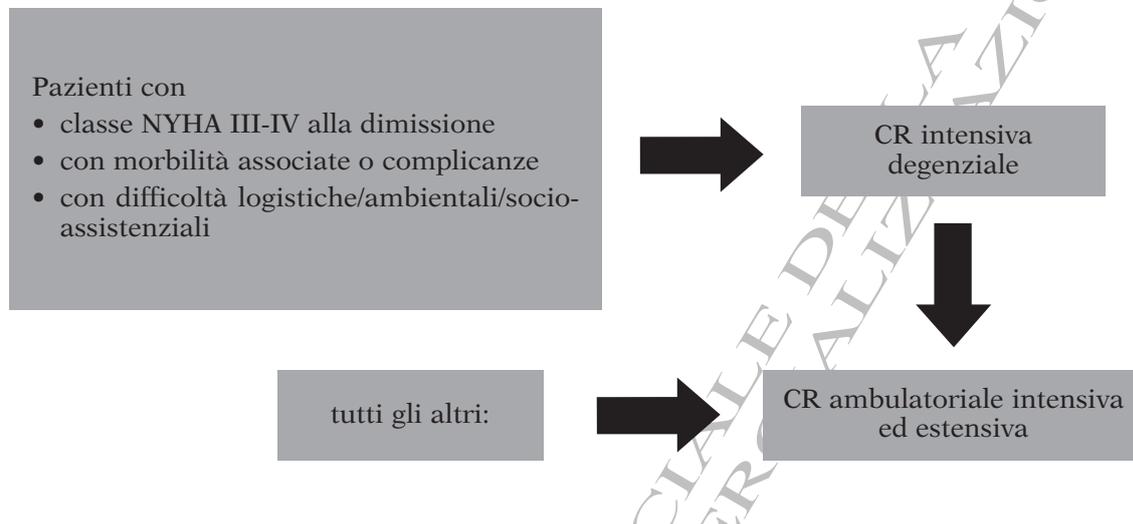


Fig. 3

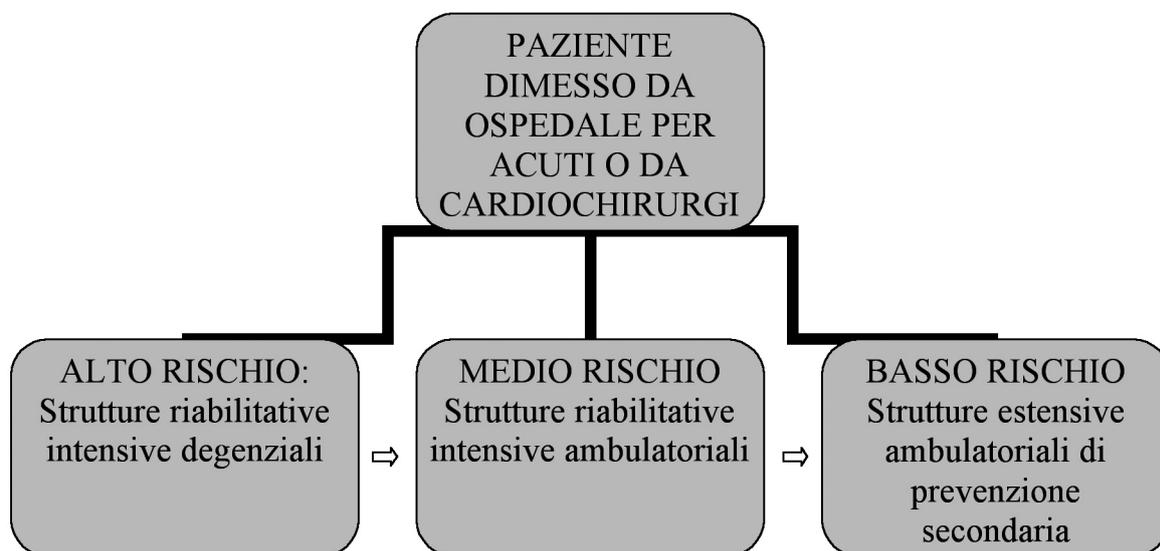


Fig. 4 - Percorsi

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 4,60

