

Premesso che:

- la Riabilitazione è un *processo di soluzione dei problemi e di educazione* nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative;
- le linee guida presenti in riabilitazione evidenziano che la presa in carico precoce, già in ambito ospedaliero, permette di prevenire i danni secondari all'immobilizzazione ed attivare il recupero funzionale, con conseguenti vantaggi, sia sul bilancio sanitario, sociale ed economico, che sul piano della prevenzione della disabilità;

Considerato che

- la definizione del percorso riabilitativo favorisce il raggiungimento del migliore recupero del paziente, evitando inutili e dannosi tempi di attesa per l'accesso al setting riabilitativo più idoneo;
- l'integrazione ospedale-territorio è una delle difficoltà maggiormente incontrate nel percorso di un paziente colpito da un evento acuto a causa del fabbisogno complesso che coinvolge varie figure professionali con interventi spesso tra di loro non coordinati e, quindi, non efficaci. Ciò proprio nel momento in cui la menomazione e la disabilità sono maggiormente modificabili con importanti ripercussioni sul recupero funzionale.

Obiettivi del percorso riabilitativo dei pazienti affetti da Ictus in fase acuta

- effettuare una presa in carico precoce
- stabilire il bisogno riabilitativo globale della persona affetta da menomazione e/o disabilità
- assicurare la continuità terapeutica ospedale-territorio
- supportare il paziente ed i suoi familiari nell'accesso alla rete dei servizi riabilitativi.

Modalità di Attivazione del team riabilitativo dei P.O.

Il Responsabile dell'U.O., che preveda o rilevi menomazioni e/o disabilità conseguenti all'evento acuto, deve richiedere l'intervento del team riabilitativo che interverrà nel più breve tempo possibile e provvederà a delineare una prima valutazione del bisogno riabilitativo con abbozzo di percorso riabilitativo.

Attività del team riabilitativo

- valutare il possibile bisogno riabilitativo dei pazienti **affetti da Ictus afferenti** alle **diverse** UU.OO. Ospedaliere
- laddove le condizioni generali lo consentano e se ne identifichi la necessità, il trattamento riabilitativo inizierà tempestivamente con comunicazione all'U.O. dei primi immediati interventi
- elaborare il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) ed identificare il percorso idoneo per il tipo di menomazione e/o disabilità che l'evento acuto ha prodotto
- provvedere al governo degli ausili necessari allo svolgimento delle attività riabilitative nei Reparti per Acuti
- supportare familiari e caregivers nell'assistenza al paziente **affetto da patologia acuta**, grazie alla specifica competenza professionale degli operatori dell'equipe riabilitativa; tale competenza si manifesta anche attraverso le funzioni dell'educazione e dell'insegnamento delle conoscenze e dei comportamenti più consoni alla promozione, al mantenimento ed alla tutela della salute
- garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio al fine di sollecitare una presa in carico tempestiva ed evitare dannosi tempi di attesa
- **integrarsi con gli specialisti territoriali e con le UVBR territoriali e le UU. OO di Riabilitazione per la gestione della fase intensiva postacuta, estensiva di completamento ed estensiva di mantenimento per la trasmissione dei diversi setting necessari**
- raccordarsi con gli operatori della riabilitazione degli altri P.O. per la strutturazione di percorsi condivisi

Organigramma:

- Medico Fisiatra
- Medici specialisti consulenti
- Fisioterapisti: in numero adeguato alle esigenze riabilitative di ciascun P.O.

- Infermiere
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Psicologo
- Assistente sociale

Adozione Modulistica

La cartella riabilitativa prevede:

- *dati anagrafici ed anamnestici*
- *scheda infermieristica* contenente dati riguardanti la continenza sfinterica, la presenza o il rischio di sviluppare lesioni da decubito (in quest'ultimo si potrebbe adottare la scala di Braden che già fa parte del protocollo aziendale dell' ex ASL SA 1 "Prevenzione e cura delle lesioni da decubito"), lo stato nutrizionale, etc.
- *valutazione fisiatrica iniziale* con adozione di scale di valutazione validate (vedi decreto 23 per l'ictus)
- *diario riabilitativo* redatto quotidianamente dal fisioterapista di riferimento per ogni singolo paziente (in cui sia riportata la data con l'orario di inizio e fine trattamento stabilita all'atto della presa in carico, il tipo di trattamento effettuato ed eventuali problematiche intercorse)
- *progetto riabilitativo individuale* con definizione degli obiettivi
- *consulenze specialistiche*
- *valutazione ed interventi del Servizio di Assistenza Sociale*

Indicatori di Qualità

Indicatori di struttura:

- ⇒ rapporto tra numero di pazienti degenti che necessitano di presa in carico riabilitativo e numero di risorse in personale disponibili

Indicatori di processo:

- ⇒ volume di prestazioni erogate
- ⇒ appropriatezza delle prestazioni erogate
- ⇒ processo formativo-educazionale al paziente e/o al caregiver rispetto alla disabilità

Indicatori di esito:

- ⇒ numero di PRI effettuati
- ⇒ grado di soddisfazione del paziente e dei familiari