



**SOCIETÀ MEDICA  
DI SANTA MARIA NUOVA**

**IX EDIZIONE**

**Giornate Mediche di  
Santa Maria Nuova 2017**



**LA DIMISSIONE  
OSPEDALIERA "RITARDATA":  
Complicanze intraospedaliere  
e criticità gestionali**

**Riabilitazione: quando come e  
perchè**

*Franco Giuntoli - Bruna Lombardi  
Dipartimento di  
Medicina Fisica e Riabilitativa  
Azienda USL TOSCANA CENTRO*

- DGRT 595/05 Percorsi ambulatoriali di riabilitazione
- LR Toscana n.51 del 5/9/09 : Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti di esercizio e sistemi di accreditamento
- SNLG n. 6 Percorsi Riabilitativi documento regionale di indirizzo rev.2011 Consiglio Sanitario Regionale Toscana
- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione  
Ministero della Salute 2011 – GU.n.60 Serie Gen. Suppl. n. 60
- DGRT n. 300 del 16/4/2012 Atto di recepimento del Piano di Indirizzo per la riabilitazione
- DGRT 301/2012 Interventi per la SLA
- DGRT 302/2012 Interventi assistenziali per SVP
- DGRT n.677 del 30/7/2012 – Sviluppo della rete integrata dei servizi della riabilitazione: Linee di indirizzo regionale per i setting di riabilitazione ortopedica



## La rete dei servizi e i percorsi riabilitativi

L'erogazione delle prestazioni di riabilitazione è garantita da un sistema di strutture che operano in forma fortemente integrata all'interno di una rete di servizi i cui nodi sono identificati nei:

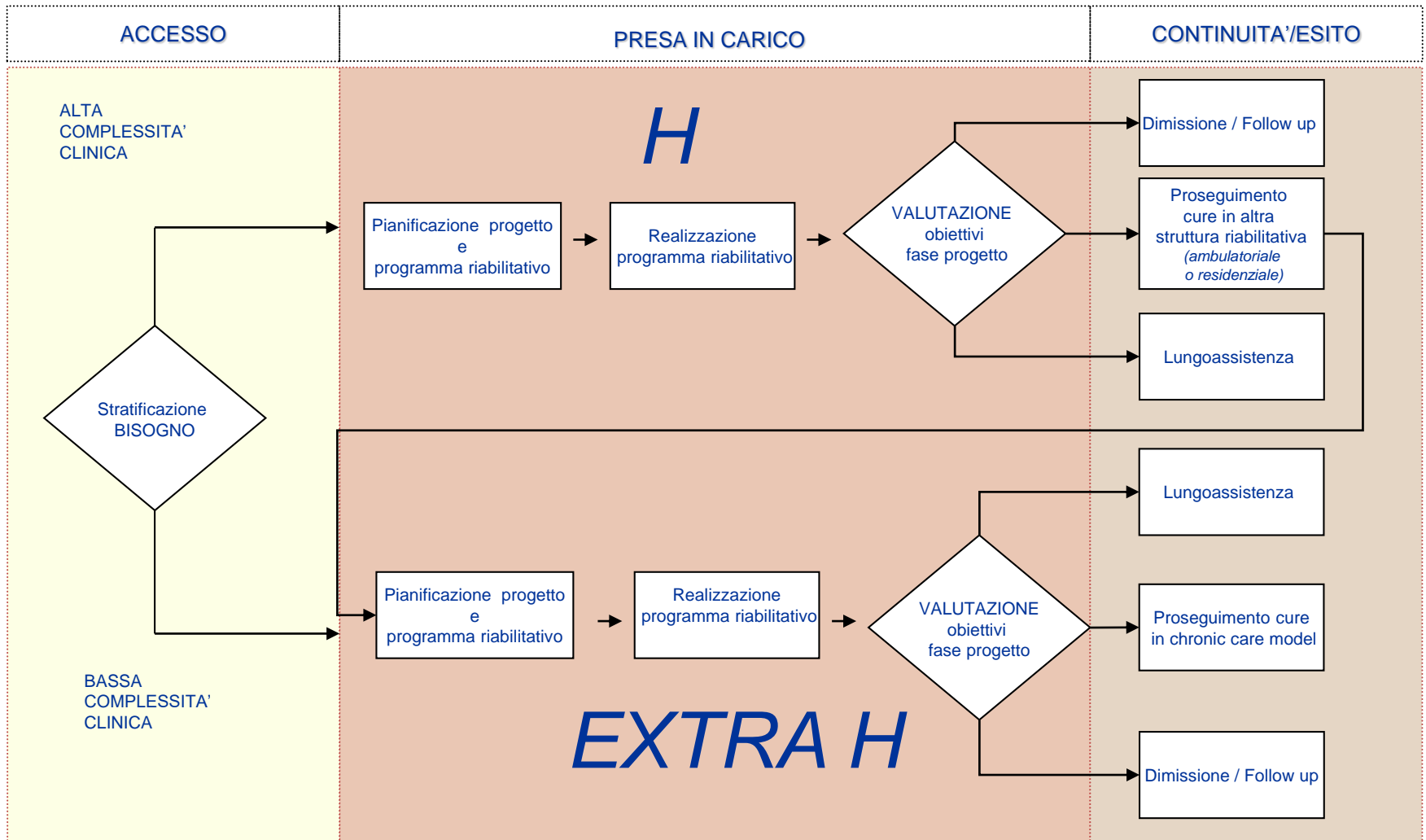
• presidi ospedalieri:

- nell'ambito dei reparti per acuti;
- Nell'ambito di reparti con posti letto di riabilitazione intensiva (codice 56);
- nell'ambito di strutture di 3° livello riabilitativo con posti letto di riabilitazione intensiva (codice 75);
- nell'ambito dell'Unità spinale (codice 28);
- nell'ambito di reparti di lungodegenza (codice 60);

presidi territoriali:

- all'interno di strutture di degenza continuativa o diurna a carattere intensivo ed estensivo ex art.26 L.833/78;
- all'interno di centri ambulatoriali;
- presso il domicilio dell'assistito;
- all'interno di strutture socio-assistenziali a carattere residenziale continuativo o diurno:RSD

# Percorso area riabilitazione LR 51/09

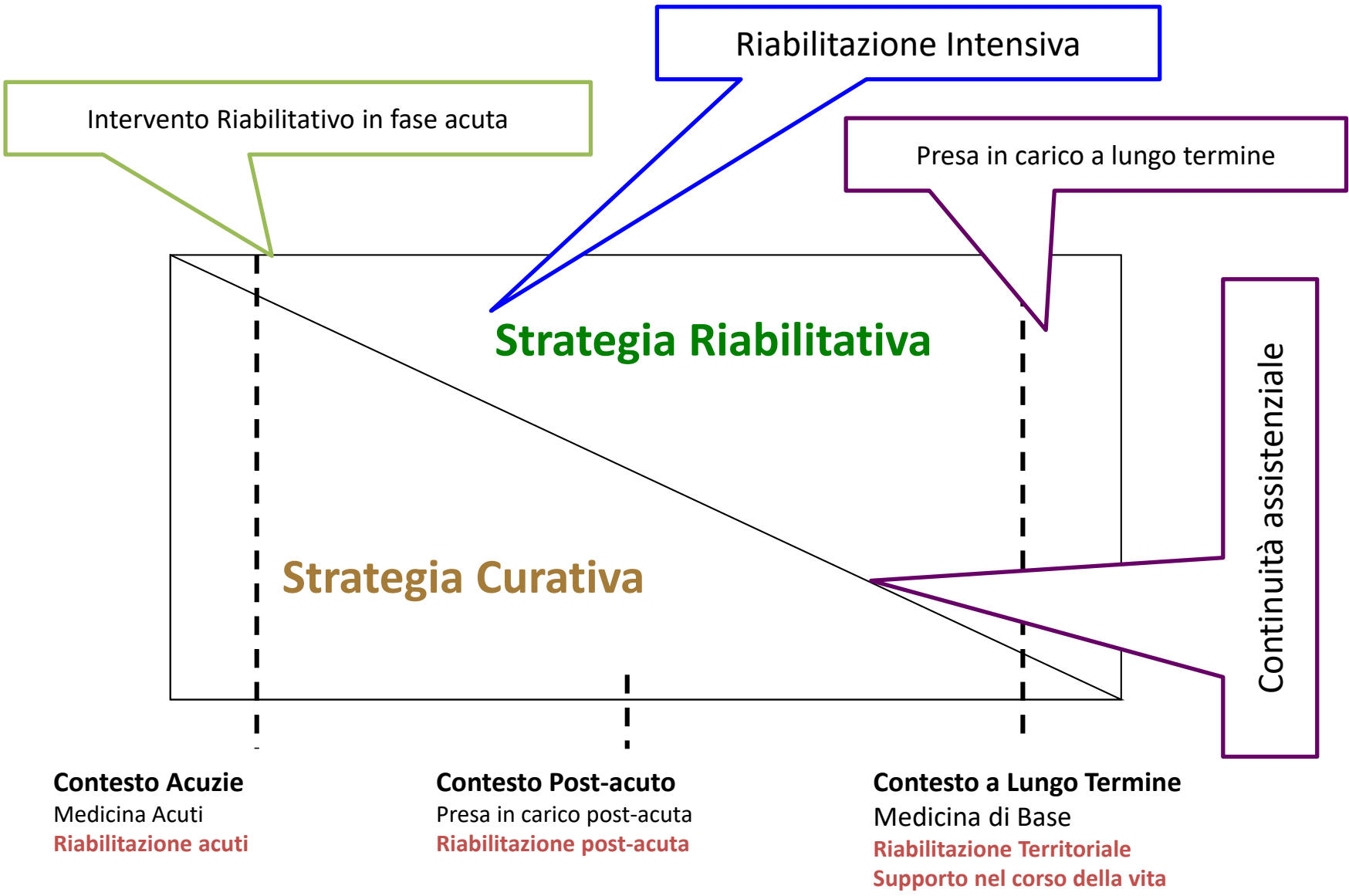


# L'interazione di modelli

Assistenza

Riabilitazione

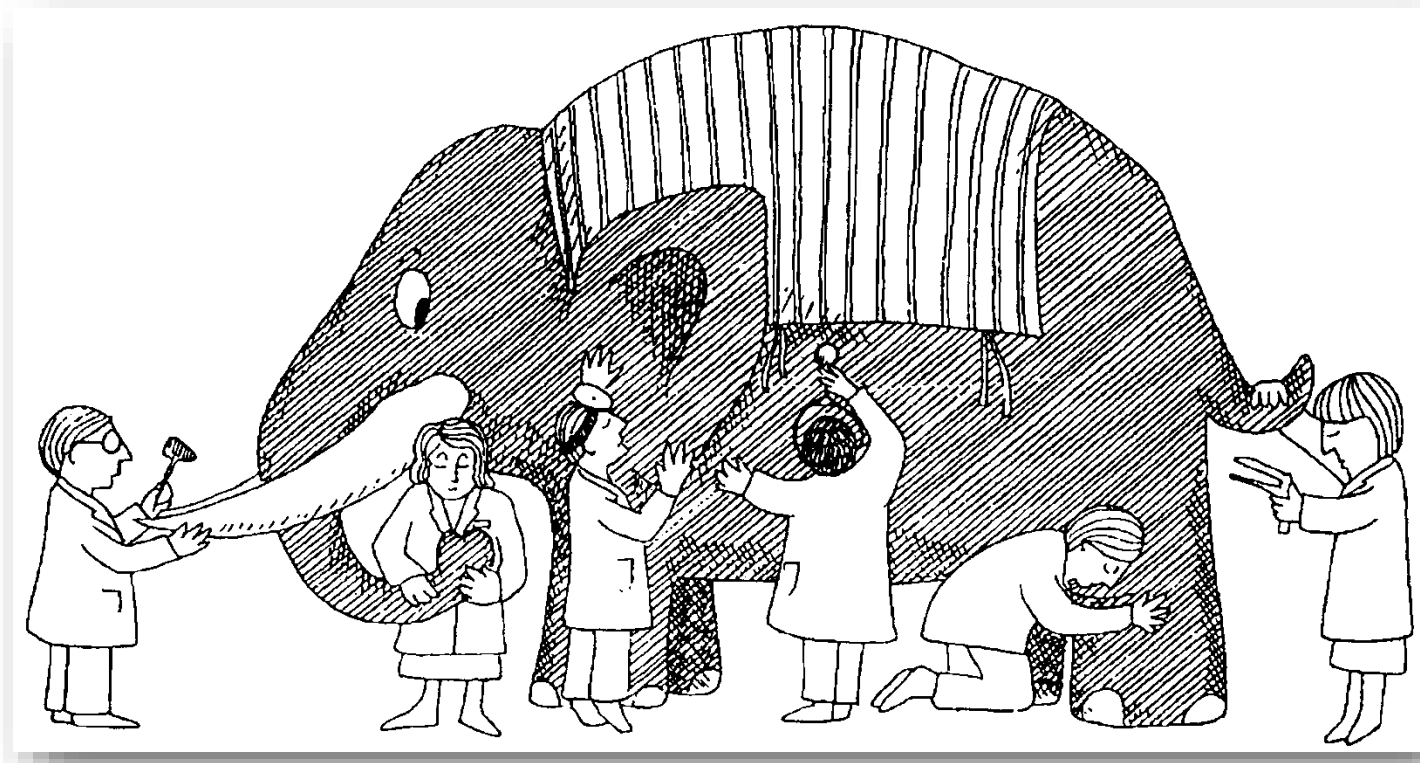




# Paziente Complesso



# Specificità, complessità e unicità del funzionamento



It requires a common and comprehensive understanding of functioning



COMPLICATO



COMPLESSO



# ***ELEMENTI CHE DETERMINANO LA COMPLESSITA' DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO IN RIABILITAZIONE***

- ❑ NUMEROSITA' DEI DIVERSI DOMINI CHE INFLUENZANO LA CONDIZIONE DELLA PERSONA
- ❑ NUMEROSITA' DEI FATTORI ALL'INTERNO DI OGNI DOMINIO CHE INFLUENZANO LA SITUAZIONE
- ❑ INTERDIPENDENZE E NATURA NON LINEARE DELLE RELAZIONI FRA DIFFERENTI DOMINI E FATTORI, E DELLA LORO RELAZIONE CON L'ESITO
- ❑ NUMEROSITA' DEI POSSIBILI INTERVENTI
- ❑ CORRELAZIONI FRA DIVERSI INTERVENTI
- ❑ NUMEROSITA' DEI PROFESSIONISTI E STRUTTURE COINVOLTE NEL PROCESSO RIABILITATIVO

# IPER-2 Marcatori di Complessità

## Complessità medico infermieristica

1. Riduz. Vigilanza
2. Delirium
3. Instabilità clinica
4. Infezione acuta
5. Dolore
6. Depressione
7. Disfagia
8. Malnutrizione
9. SNG/PEG
10. Ulcera da pressione
11. Catetere vescicale
12. Incontinenza
13. CVC
14. Tracheostomia

## Complessità riabilitativa

1. Alimentazione
2. Passaggio supino-seduto
3. Controllo del tronco
4. Trasferimenti letto-sedia carrozzina
5. Sit to stand
6. Stazione eretta
7. Deambulazione

# Fattori prognostici sfavorevoli per il recupero funzionale Nelle GCA

Afasia

Necessità di perdurante  
ventilazione meccanica

Deficit cognitivo

Depressione

Limitata autonomia motoria premorbosa

Etiologia traumatica, emorragica, o postipossica

Disfagia

Perdurante alterazione dello stato di  
coscienza e vigilanza - aggressività

Eminegligenza spaziale

Flaccidità durevole

Spasticità precoce

Incontinenza urinaria

Amnesia Post trauma

## CRISI NEUROVEGETATIVE - DISAUTONOMIA

Incremento frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, temperatura, sudorazione, dilatazione pupillare

Decremento frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, temperatura, sudorazione, restrizione pupillare

Posture in decerebrazione, decorticazione spasticità, ipertonia e/o distonia, digrignamento denti, agitazione

Singhiozzi, lacrimazione, sospiri, sbadigli

- A) NUTRIZIONE**
- B) DEGLUTIZIONE**
- C) VENTILAZIONE/RESPIRAZIONE**
- D) FUNZIONI ESCRETORIE**

- Funzioni Mnesiche e Orientamento
- Funzioni Attentive
- Funzioni Esecutive
- Comportamento

**l'ipopituitarismo dopo TCE sia un fattore predittivo negativo indipendente per l'outcome funzionale e per la qualità di vita**

Le alterazioni dell'ipofisi posteriore dopo GCA, possono comportare deficit di secrezione di ADH (vasopressina), che si manifesta sul piano clinico con una perdita renale di acqua, a cui consegue ipernatremia.

In fase acuta, è necessario considerare la Sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH), da differenziare dalla Salt Cerebral Wasting Syndrome (SCWS o CWS) in quanto in entrambe le forme vi è iposodiemia.

# Strumenti valutativi

- Autonomia premorbossa I. di Barthel
- Deficit motori Scala Fugl Meyer
- Controllo del tronco Trunk Control Test
- Disabilità Disability rating Scale (DRS)
- Livello cognitivo Level Cognitive of Functioning (LCF)
- Valutazione del Coma GCS
- Outcome funzionale in stato vegetativo GOS
- Danno d'organo Scala di Marshall
- Disfagia Test del cucchiaino
- Neglect test di barrage
- Valutazione della forza



# DIA-**PROGNOSI** RIABILITATIVA

?

- aspettiamo e vedremo ....., nel frattempo facciamo tanta riabilitazione
- **"carpe diem"** riabilitativo



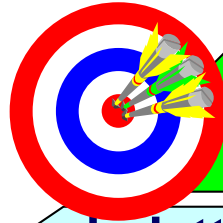
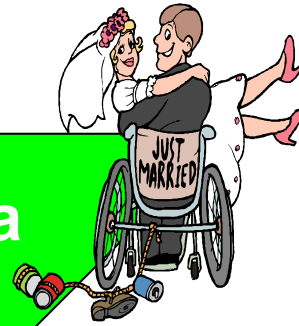
# DIAGNOSI RIABILITATIVA

N  
A  
R  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E

- ❑ individuare le diverse tipologie di **menomazioni**, **limitazioni delle attività** e **disabilità** in generale, e loro valutazione
- ❑ individuare il relativo “**gradiente di modificabilità**”
- ❑ valutare le **risorse** complessive del paziente
- ❑ individuare le **modalità** più utili d'intervento
- ❑ individuare gli **strumenti terapeutici** più efficaci e relativo “dosaggio”
- ❑ **tempi** necessari



# Are di possibile problematicità



**Persona riabilitata  
Qualità della vita**

**riadattamento  
e inserimento sociale**

**mobilità**

**e trasferimenti**

**autonomia**

**nella cura della persona**

**competenze**

**cognitivo-comportamentali**

**competenze**

**comunicativo-relazionali**

**funzioni motorie**

**funzioni vitali di base**

**stabilità internistica**

GUARDI QUI: LE CURE  
PIÙ TECNOLOGICHE, I FARMACI  
PIÙ RECENTI, GLI INTERVENTI  
PIÙ MODERNI.

UNA CURA SOBRIA  
E RISPETTOSA È  
CHIEDERE TROPPO?



Sergio Staino

- Ogni buona visita medica comincia con una buona anamnesi:
- Familiare
- Fisiologica
- Patologica remota
- Patologica prossima
- Lavorativa/scolastica
- Psico/sociale
- Farmacologica



- .....e prosegue con l'esame obiettivo.....
- IN RIABILITAZIONE NON BASTA
- è necessario l'esame funzionale
- è necessario l'assessment cognitivo
- la valutazione della deglutizione
- La valutazione del linguaggio



# I 7 VIZI CAPITALI CHE PORTANO ALLA FAST REHABILITATION

- 1. Fare tanta riabilitazione è meglio, comunque non fa mai male**
- 2. Più riabilitazione faccio al giorno, prima recupero**
- 3. Le tecnologie più sofisticate ottengono migliori risultati**

# I 7 VIZI CAPITALI CHE PORTANO ALLA FAST REHABILITATION

4. il **“fideismo”** delle tecniche
5. **programmare gli interventi su una base puramente finanziaria** dimettendo il paziente dal ricovero ordinario in prossimità del giorno dell'abbattimento tariffario.



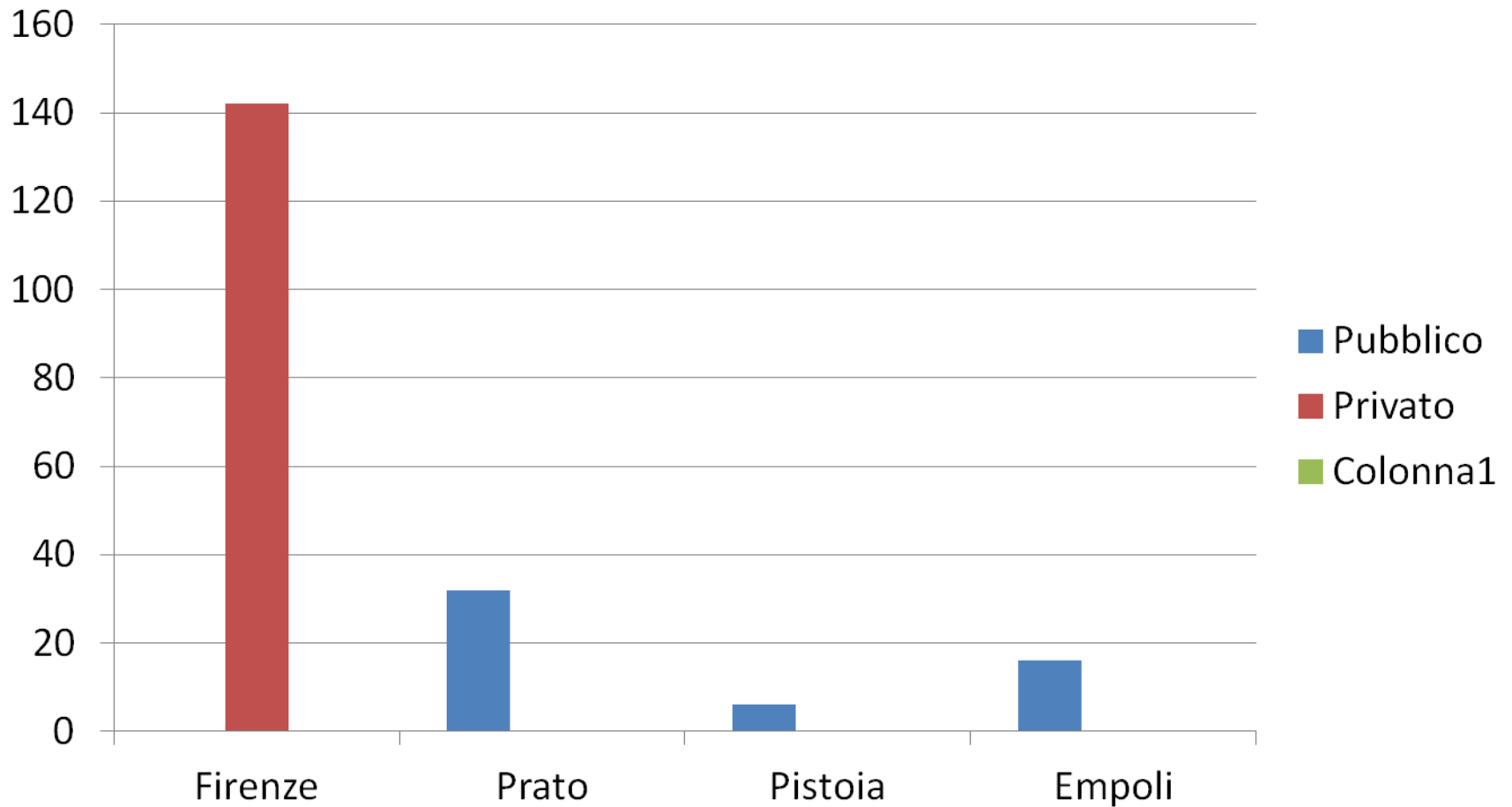
# I 7 VIZI CAPITALI CHE PORTANO ALLA FAST REHABILITATION

- 6. il cervello è “plastico” è quindi è sempre possibile il recupero** mediante la ricerca di una tecnica “giusta” o un professionista “tecnicamente” molto preparato e si possono avere sempre “miglioramenti”
- 7. I disabili “Rom”** da un centro di riabilitazione ad un altro, ad un altro, ad un altro, ... fino alla rassegnazione della persona disabile e dei suoi familiari.

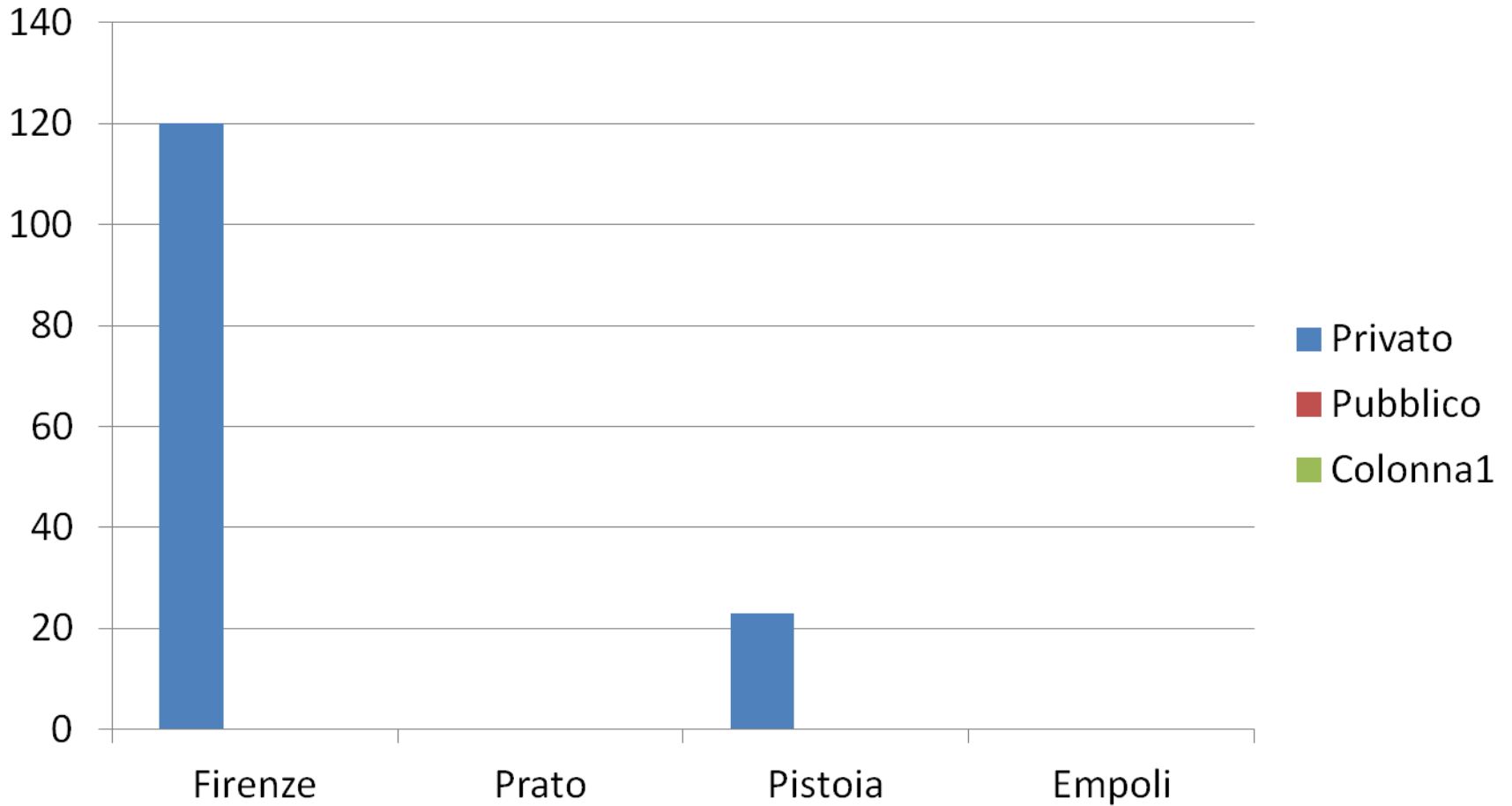
## MISSIONE DEL DIPARTIMENTO

- Pianificare, effettuare e verificare interventi sanitari di riabilitazione a favore di persone di ogni età, affette da patologie disabilitanti di diversa origine e gravità, con lo scopo di contenere le menomazioni disabilitanti, favorire la deospedalizzazione e raggiungere il miglior livello di attività e autonomia, qualità di vita e partecipazione consentito dalla malattia.
- **Garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza dell'intervento riabilitativo effettuato presso tutte le strutture della rete locale di servizi, ospedaliere e territoriali, intra ed extra aziendali, pubbliche e private accreditate, in conformità alle indicazioni dei PSSR .**
- Svolgere attività di informazione ed educazione sociosanitaria e di promozione dei diritti delle persone con disabilità, in collaborazione con altre strutture aziendali ed altri soggetti.
- Promuovere ed effettuare attività di formazione, aggiornamento, ricerca e didattica nello specifico ambito di competenza, in collaborazione con altre strutture aziendali ed altri soggetti.

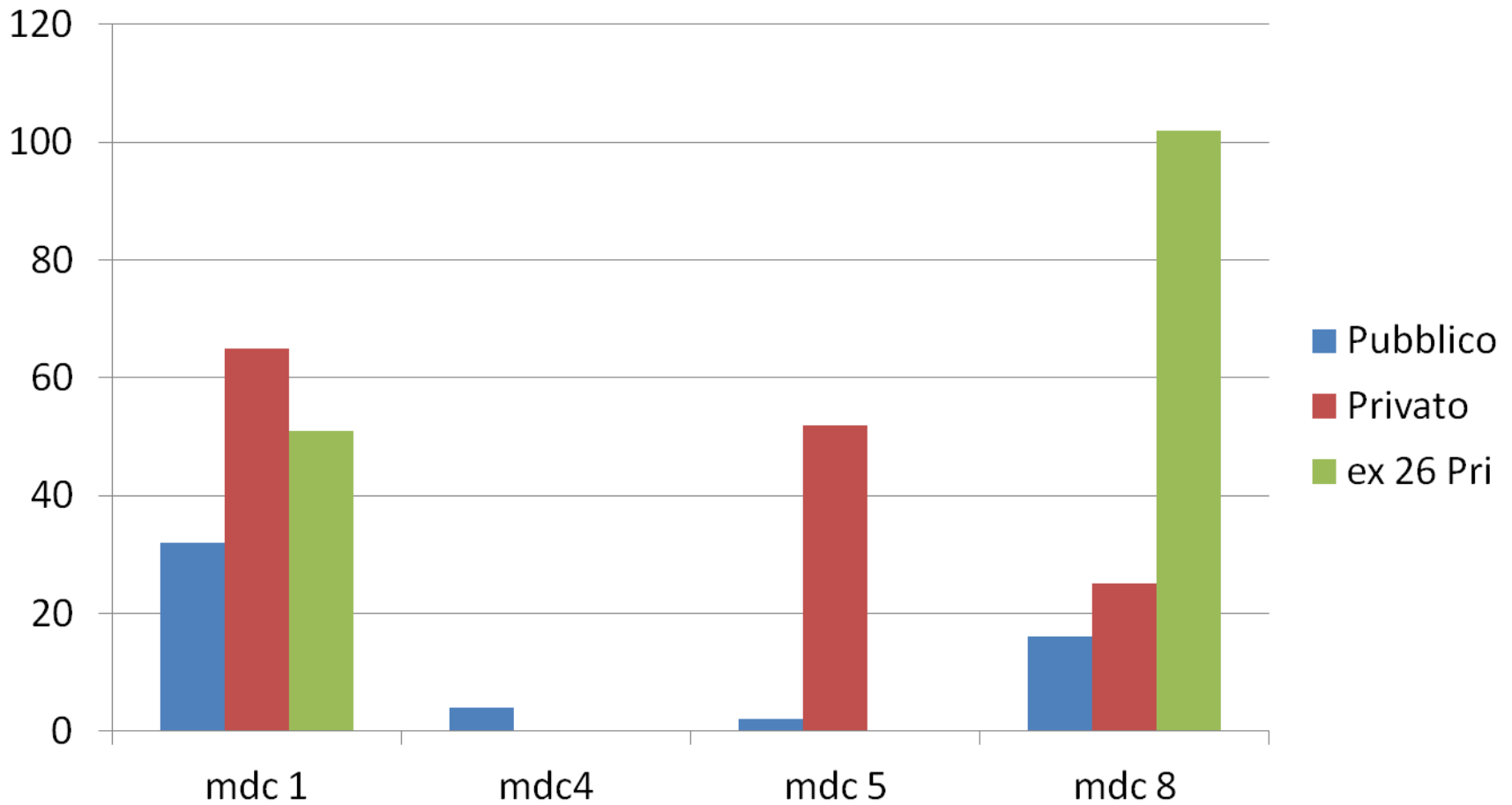
# Reparti Riabilitazione intensiva ospedaliera



# Reparti riabilitazione extraospedaliera



# Mdc di ricovero



# Azioni di sviluppo

- Contenere degenze mdc 8 e ridistribuire su mdc 1 e 5
- Avviare percorso di invio da CdC di mdc 4 di alta complessità
- Dedicare ulteriori 6 pl ospedale di Pescia x mdc4
- Aprire 10 pl ex 26 mdc 4.
- Ampliare offerta ambulatoriale r. respiratoria Prato
- Ampliare offerta ambulatoriale P3 Empoli S. Miniato
- Uniformare il modello day service di riabilitazione cardiologica Prato-Pescia
- Continuare monitoraggi delle strutture private accreditate
- Iniziare monitoraggi su ex 26 per disabili neuropsichici



# rete sostanziale

Rete formale  
Rete formale

Quel che manca in medicina non è  
l'eccellenza o perlomeno la buona qualità dei  
componenti, ma la capacità di collegarli fra  
loro in modo ottimale

*A. Gawande "Checklist, come far andare le cose meglio" Ed. Einaudi  
Torino 2011*



Key words: Integrazione  
Multiprofessionalità  
Interdisciplinarietà  
Qualità

Umiltà  
Rispetto  
Confronto



Grazie

WORK IN PROGRESS