

**Requisiti specifici per  
l'accreditamento delle Strutture di Medicina Fisica e  
Riabilitazione**

L'individuazione e l'elaborazione dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Fisica e Riabilitazione si è sviluppata in coerenza con quanto indicato nelle:

- “Linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione”, approvate dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 7 maggio 1998 (GU n. 124 del 30.05.1998);
- Raccomandazione R (92) 6, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio di Europa il 9.04.1992, concernente “Una politica coerente per le persone handicappate”;
- Raccomandazione 1185 adottata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio di Europa il 7.05.1992, relativa alle politiche di Riabilitazione per le persone handicappate;
- DM 30 gennaio 1998 “Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”;
- DM 30 gennaio 1998 “Tabella relativa alle specializzazioni affini previste nella disciplina concorsuale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”;
- DDMM vari relativi ai profili professionali del personale sanitario operante nell'ambito della riabilitazione medica;
- Manuali degli Standard per l'Accreditamento delle attività di Riabilitazione medica della CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities), relativi agli anni 1994, 1996, 1998, 1999.

## **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, emozionale, affettivo e relazionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito dei limiti della sua menomazione e delle risorse disponibili. Processo che per le disabilità gravi deve coinvolgere anche la famiglia del disabile e quanti sono a lui vicini.

Le attività di medicina fisica e riabilitazione sono pertanto finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per consentire alla persona disabile le maggiori opportunità possibili di partecipazione e conseguentemente la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

La medicina fisica e riabilitativa eroga prestazioni di valutazione, di rieducazione motoria e funzionale ed utilizza energie fisiche a scopo terapeutico.

Si definiscono diverse tipologie di struttura che erogano prestazioni di medicina fisica e riabilitativa in regime di degenza ordinaria, day hospital ed in regime ambulatoriale.

Vengono anche erogate prestazioni riabilitative a domicilio del paziente o in strutture autonome nel rispetto di protocolli specifici per le cure domiciliari.

### **Attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione**

Le attività ambulatoriali sono articolate in:

1. attività ambulatoriale fisiatrice
2. attività ambulatoriale finalizzata alla erogazione di prestazioni valutative e terapeutiche.

### **Attività Ambulatoriale Fisiatrice**

Oltre ai requisiti generali ed ai requisiti specifici delle strutture ambulatoriali<sup>1</sup>, devono essere posseduti i seguenti requisiti, tipici della specialità.

#### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni ambulatorio deve dichiarare la tipologia delle prestazioni erogate, con riferimento al nomenclatore tariffario.

Deve essere disponibile un infermiere, in riferimento alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e delle modalità organizzative adottate.

Deve essere disponibile personale ausiliario in relazione alla presenza di pazienti non autosufficienti negli spostamenti.

---

<sup>1</sup> vedi Delibera della Giunta Regionale n.125/99.

Sulla cartella ambulatoriale deve risultare: l'individuazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei nonché gli obiettivi individuati e i risultati attesi e/o raggiunti (progetto/programma riabilitativo).

Ad integrazione degli strumenti di rilevazione regionali (scheda di rilevazione regionale), nella cartella clinica devono essere rilevabili i dati seguenti (scheda A)

I dati rilevati devono essere disponibili almeno trimestralmente.

Di norma è garantito il criterio della continuità della presa in carico del paziente da parte dello stesso medico.

### SCHEDA A

Sig./ra .....	.....	
cognome	nome	
Nato/a a.....	il.....	
Comune e provincia	data di nascita	
Residente a .....	.....	
città	via	
Codice Fiscale	<input type="text"/>	
Numero prescrizione	<input type="text"/>	
Data prescrizione	<input type="text"/>	
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
CODICE ESENZIONE TICKET	<input type="text"/>	
Codice disabilità che determina la presa in carico	<input type="text"/>	
Intervento di visita.	prima visita	
	visita di controllo (follow up, fine cura)	
	visita ambulatoriale	
	visita domiciliare	
Trattamento riabilitativo.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	ricovero ordinario	
	day hospital	
	ambulatorio	
	terapia domiciliare	
<input type="text"/>		
(Codice identificazione medico)		

## **REQUISITI STRUTTURALI**

Oltre ai requisiti individuati per gli ambulatori<sup>1</sup>, devono essere previsti i seguenti requisiti.

- laddove l'ambulatorio è dedicato anche parzialmente ad erogare prestazioni a persone non autosufficienti la superficie del locale deve essere non inferiore a 16 mq, auspicabili 18 mq;
- deve essere accessibile per gli utenti un servizio igienico per disabili, anche in uso comune con altri ambulatori.

## **REQUISITI TECNOLOGICI ED IMPIANTISTICI**

- lettino ad altezza regolabile e larghezza minima non inferiore a 85 cm;
- carrozzina disponibile a necessità (anche in comune con altri ambulatori);
- diafanoscopio;
- podoscopio (anche in comune con altri ambulatori);
- oftalmo- oto-laringoscopio, disponibile a necessità;
- sfigmomanometro;
- goniometro e metro a nastro;
- devono inoltre essere disponibili presidi medico-chirurgici a seconda delle attività espletate (infiltrazioni, medicazioni, toilette lesioni da decubito, bendaggio funzionale, ecc.).

## **Attività Ambulatoriale finalizzata alla erogazione di prestazioni valutative e terapeutiche**

Nell'ambito delle attività ambulatoriali di primo livello vanno distinti;

1. interventi nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali quali le artropatie degenerative segmentarie, gli esiti di fratture scheletriche ed esiti di traumatismi vari, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, ecc., che richiedono un breve programma terapeutico-riabilitativo e sono orientati ad un largo numero di utenti (**Presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione**);
2. interventi in disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un "progetto riabilitativo" quali le paralisi, i deficit di coordinazione, ritardi di sviluppo, disordini del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, amputazioni, ecc. Tali progetti prevedono di norma molteplici programmi terapeutici realizzabili in una struttura dotata di team multiprofessionale e dove sono disponibili al bisogno interventi di diverse specialità mediche (**Centri ambulatoriali di riabilitazione**).

### *PRESIDI AMBULATORIALI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE*

Oltre ai requisiti generali<sup>1</sup> devono essere posseduti i seguenti requisiti.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Ogni presidio deve dichiarare la tipologia delle prestazioni erogate, con riferimento al nomenclatore tariffario.

---

<sup>1</sup> vedi Delibera della Giunta Regionale n.125/99.

La dotazione di personale deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e quantificata secondo metodologie e programmi validati.

Ad integrazione degli strumenti di rilevazione regionali (scheda di rilevazione regionale), devono essere rilevabili nella cartella ambulatoriale i dati riportati nella scheda B.

I dati devono essere rilevati almeno trimestralmente

I presidi ambulatoriali devono essere aperti per almeno 5 giorni alla settimana.

#### SCHEDA B

PRIORITÀ <sup>2</sup> :	urgente differibile	<input type="checkbox"/>	programmabile	<input type="checkbox"/>
PROGRAMMA TERAPEUTICO				
codice .....	Tipologia di prestazione .....	Sedute n .....	Ciclo n.....	.....
codice .....	Tipologia di prestazione .....	Sedute n .....	Ciclo n.....	.....
codice .....	Tipologia di prestazione .....	Sedute n .....	Ciclo n.....	.....

#### REQUISITI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina fisica e riabilitazione, anche non esclusivamente dedicati, deve essere coerente con la pianificazione delle attività.

Il presidio deve disporre di un'area per lo svolgimento di attività specifiche, con le necessarie separazioni, e garantire un minimo di 6 m<sup>2</sup> per posto di cura (box); la superficie complessiva non può essere inferiore a 100 m<sup>2</sup>, di cui almeno 45 m<sup>2</sup> da destinare ad ambiente palestra per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 6 pazienti. Per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di 5 m<sup>2</sup>. (L.R.10/85)

Nelle strutture esistenti l'area per le attività specifiche di gruppo dovrà essere di almeno 40 m<sup>2</sup>, con una tolleranza del -10%.

Nello specifico devono essere previste (DPR 14.01.97).

- aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche;
- aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.);
- box (o stanze di dimensioni contenute) per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari;
- area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi cognitivo-simbolici;
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-terapeutiche cliniche attinenti - alle patologie trattate;
- servizi igienici per disabili;
- servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;
- spazi per attesa, attività di segreteria ed archivio, adeguati alle patologie e al volume di attività previste.

<sup>2</sup> In ambito riabilitativo ambulatoriale si ritengono sufficienti 2 tipologie di priorità di accesso alle prestazioni: URGENTI DIFFERIBILI e PROGRAMMABILI.

## REQUISITI TECNOLOGICI

### IMPIANTISTICI

#### Caratteristiche igrotermiche:

temperatura interna invernale non inferiore a 20°C

#### Note:

Nel caso di aerazione naturale la superficie fenestrata non deve essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento.

#### Caratteristiche illuminotecniche:

intensità luminosa	200 lux illuminazione generale
	300 lux zone visita
fattore medio luce diurna	0,03

#### Impianti speciali e vari:

- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- impianto di condizionamento (auspicabile)

### ATTREZZATURE

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività erogate, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare.

## *CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE*

## REQUISITI ORGANIZZATIVI

Oltre ai requisiti organizzativi generali<sup>1</sup> devono essere previsti i seguenti ulteriori requisiti organizzativi:

- esistenza di équipe multiprofessionale coordinata da un medico fisiatra e composta da personale medico specialista, da personale dell'area psicologica e pedagogica, operatori della riabilitazione e disponibilità di personale di assistenza sociale, in possesso dei titoli previsti dalla legge;
- la presa in carico per ogni singolo paziente deve essere effettuata all'interno di un Progetto Riabilitativo,

---

<sup>1</sup> vedi Delibera della Giunta Regionale n.125/99.

con la realizzazione di specifici programmi terapeutici che prevedano il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, da parte dell'équipe multiprofessionale;

- devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita, se necessario;
- qualora il programma terapeutico lo preveda, le prestazioni devono essere erogate anche a domicilio del paziente o in strutture esterne al centro;
- i centri devono essere aperti per 7/8 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana.

Devono inoltre essere previsti i seguenti requisiti:

- Ogni centro deve dichiarare la tipologia delle prestazioni erogate, con riferimento al nomenclatore tariffario.
- La dotazione di personale deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e quantificata secondo metodologie e programmi validati.
- Devono esistere procedure di valutazione del grado di autonomia (fisica, psichica, capacità di collaborazione, capacità di concedere il consenso informato) della persona nella fase di accesso al servizio e alla dimissione.
- Devono esistere procedure e/o accordi formalizzati per l'esecuzione all'esterno di indagini diagnostiche, qualora non vengano svolte dal centro.
- Ad integrazione degli strumenti di rilevazione regionali (scheda di rilevazione regionale), devono essere rilevabili i dati seguenti (vedi scheda C).
- Deve essere disponibile personale ausiliario in relazione alla presenza di pazienti non autosufficienti negli spostamenti.

## SCHEDA C

Codice disabilità principale		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
Tipologia di visita.	<input type="checkbox"/>	prima visita								
	<input type="checkbox"/>	visita di controllo (follow up, fine cura)								
	<input type="checkbox"/>	visita ambulatoriale								
	<input type="checkbox"/>	visita domiciliare								
Progetto riabilitativo con orientamento a										
	<input type="checkbox"/>	ricovero ordinario								
	<input type="checkbox"/>	day hospital								
	<input type="checkbox"/>	ambulatorio								
	<input type="checkbox"/>	terapia domiciliare								
	<input type="checkbox"/>	residenziale								
PRIORITA' <sup>3</sup> .	urgente differibile	<input type="checkbox"/>	programmabile	<input type="checkbox"/>						
<b>SINTESI DEL PROGETTO RIABILITATIVO</b>										
Programma/i	riabilitavo/i								=	
.....										
.....										
.....										
.....										
Durata .....										
codice	.....	Tipologia	di	prestazione	.....	Sedute	n			
.....										
codice	.....	Tipologia	di	prestazione	.....	Sedute	n			
.....										
codice	.....	Tipologia	di	prestazione	.....	Sedute	n			
.....										
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
(Codice identificazione medico)										

## REQUISITI STRUTTURALI

Si ritiene che la dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina fisica e riabilitazione, anche non esclusivamente dedicati, debba essere coerente con la pianificazione delle attività.

Nello specifico devono essere previste.

- area complessiva di almeno 200 m<sup>2</sup> articolata in:
  - aree attrezzate per attività di gruppo dinamiche e occupazionali, dalla superficie non inferiore a 100 m<sup>2</sup>;
  - aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, cardiocircolatorie, terapia fisica e strumentale, manipolazioni, ecc.);
  - area attrezzata per il trattamento dei disturbi cognitivo-simbolici e della comunicazione.
- area di socializzazione;
- servizi igienici per disabili;
- servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;
- area separata per spogliarsi, destinata ai pazienti;

<sup>3</sup> In ambito riabilitativo ambulatoriale si ritengono sufficienti 2 tipologie di priorità di accesso alle prestazioni: URGENTI DIFFERIBILI e PROGRAMMABILI

- spazi per attesa, attività di segreteria ed archivio, adeguati alle patologie e al volume di attività previste.

Qualora sia prevista una piscina i requisiti autorizzativi sono ai sensi della normativa specifica.

## REQUISITI TECNOLOGICI

### IMPIANTISTICI

#### Caratteristiche igrotermiche:

temperatura interna invernale non inferiore a 20°C

#### Note:

Nel caso di aerazione naturale la superficie fenestrata non deve essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento.

#### Caratteristiche illuminotecniche:

intensità luminosa	200 lux illuminazione generale
	300 lux zone visita
fattore medio luce diurna	0,03

#### Impianti speciali e vari:

- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- impianto di condizionamento (auspicabile)

### ATTREZZATURE

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività erogate, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In relazione alla tipologia delle prestazioni erogate devono essere disponibili:

- attrezzature per la valutazione e il trattamento delle varie menomazioni e disabilità di competenza.  
In particolare devono essere disponibili dispositivi per la valutazione di:
  - forza;
  - abilità motoria;
  - abilità funzionale;
  - turbe del linguaggio e neuropsicologiche;
  - turbe del sistema nervoso autonomo (funzioni neurovegetative);
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare.

## Unità operativa di riabilitazione intensiva

Le Unità Operative di Riabilitazione Intensiva sono dirette all'assistenza e al recupero funzionale indifferibile di:

- menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
- menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
- disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

L'appropriatezza del ricovero richiede che gli utenti soddisfino i seguenti requisiti:

- essere ad alto rischio di instabilità medica;
- avere la necessità di un regolare contatto individuale coi medici fisiatri per la valutazione, l'erogazione ed il controllo degli interventi riabilitativi;
- presentare multiple e/o complesse necessità di nursing riabilitativo ad alta intensità di cura;
- presentare, in base ai bisogni individuali, la necessità di ricevere giornalmente almeno tre ore di trattamento riabilitativo per almeno 5 giorni alla settimana, di cui almeno 2 ore giornaliere di trattamento individuale, adeguatamente distribuito nell'arco della giornata, destinate all'erogazione degli interventi fisioterapici, logopedici e di terapia occupazionale, da parte del team interprofessionale;
- presentare la necessità, insieme ai loro familiari, di essere informati ed addestrati sulla gestione delle problematiche sanitarie e sociali conseguenti alla patologia.

A seconda delle necessità del paziente o delle caratteristiche delle U.O. devono essere garantite le funzioni corrispondenti alle seguenti aree problematiche, all'interno della struttura o mediante rapporti di consulenza:

### AREE DI ATTIVITÀ

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;
- rieducazione delle menomazioni motorie;
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione cardiologica;
- rieducazione vescico-sfinterica;
- rieducazione gastroenterologica;
- rieducazione vascolare;
- terapia fisica strumentale;
- rieducazione delle turbe afasiche del linguaggio;
- rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche;
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- gestione delle problematiche internistiche;
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;
- assistenza sociale.

## **REQUISITI STRUTTURALI**

La U.O. di Riabilitazione Intensiva è di norma collocata all'interno di un presidio ospedaliero plurispecialistico o di un presidio ospedaliero di riabilitazione.

### *Area destinata alla degenza*

Oltre ai requisiti minimi strutturali previsti per il reparto di degenza<sup>1</sup> si devono prevedere:

- spogliatoio/guardaroba (quando non centralizzato);
- area attrezzata per colloquio ed addestramento familiari (possono essere rispettivamente sostituite dalla sala riunioni o dalla medicheria);
- disponibilità di stanza per il medico di guardia (anche in comune con altri reparti di degenza);
- un bagno assistito (ogni 20 pl);
- spazio per il deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozine, deambulatori, etc.);
- servizi igienici visitatori;
- spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero;
- disponibilità di spazi per le attività di segreteria, anche in comune con altre funzioni (se non centralizzato);
- disponibilità di sala riunioni (anche in comune con altri reparti di degenza).

### *Area destinata alla valutazione:*

un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a 40 mq, comunque collocato nella struttura ospedaliera.

### *Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione*

(per un modulo di 20 pl di degenza ordinaria) articolata in:

- spazi multifunzionali per attività dinamiche e di gruppo, ognuno dei quali di almeno 45 m<sup>2</sup> per una superficie complessiva non inferiore a 100 m<sup>2</sup>;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento (secondo le aree di attività elencate), articolati in locali/spazi di almeno 9 m<sup>2</sup> per una superficie complessiva di non meno di 40 m<sup>2</sup> complessivi;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

### *Requisiti prestazionali generali:*

- deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;
- oltre al rispetto dei requisiti inerenti al superamento delle barriere architettoniche, all'interno delle U.O. devono essere assunti tutti i provvedimenti che consentano la fruibilità degli spazi;
- i sistemi di chiamata devono essere adatti alle diverse tipologie di disabilità;
- i tavoli devono avere altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di degenza<sup>1</sup>, devono essere previste le seguenti attrezzature:

---

<sup>1</sup> vedi Delibera della Giunta Regionale n.125/99.

### **a - degenza**

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi “trapezi” e “archetti alzacoperte” e con almeno il 20% della dotazione regolabile in altezza;
- disponibilità di materassi antidecubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità;
- apparecchi per aerosol terapia;
- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;
- 1 carrozzina per p.l., parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e parte a schienale alto reclinabile con appoggiatesta (dimensioni varie);
- 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- 1 sistema pesapersona per disabili;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- tavole avvolgenti per carrozzina;
- reggibraccio-postura per carrozzina;
- 1 oftalmoscopio;
- 1 oto-rino-laringoscopio;
- poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili.

### **b - attrezzature per la valutazione**

- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es. EMG, ENG, PESS, ecc.);
- elettrogoniometri;
- piattaforma di forza;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche (compresa isocinetica);
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- apparecchio per saturimetria transcutanea;
- cronometri;
- telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per acquisizione di immagini);
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità di un ecografo;
- disponibilità di un apparecchio per urodinamica;
- disponibilità di un apparecchio per videofluoroscopia.

### **c - attrezzature per il trattamento**

- lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h);
- letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);
- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- lettini per masso-fisioterapia strumentale in legno con testata ad inclinazione regolabile (cm 180x70x75/80h);
- lettino ad altezza regolabile e a più segmenti per manipolazione;
- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
- standing ad altezza variabile;
- dispositivi per BFB elettrogoniometrico;
- dispositivi per BFB EMG;
- materassini per cinesiterapia a pavimento (o piano materasso grande);
- parallele ad altezza variabile;

- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia su ruote;
- bilance con quadrante basso;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- apparecchi vari per terapia fisica strumentale;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “walker”;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “rollator”;
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- cicloergometro o tapis roulant;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l’esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- spalliera svedese;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- 1 maxicilindro (cm 100x85 dim);
- cronometri;
- tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti;
- sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrello portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l’addestramento alle ADL primarie in terapia occupazionale;
- attrezzatura per la realizzazione e l’adattamento di ausili ed ortesi realizzati in materiale termomodellabile.

#### **d - attrezzature per aree di socializzazione**

- tavoli e sedie;
- poltroncine ergonomiche;
- 1 televisore con telecomando adattato;
- giochi di società con sistemi per l’utilizzo da parte di utenti con difficoltà motorie.

#### **e - attrezzature per le aree generali di supporto**

- attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc.;
- disponibilità di lavagna luminosa;
- disponibilità di proiettore di diapositive.

#### **f - impianti speciali e vari**

- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- impianto di condizionamento (auspicabile).

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Il team interprofessionale deve comprendere, ma non essere limitato, alle seguenti tipologie di professionisti:

- assistente sociale (anche non dedicato);
- fisioterapista (ex Terapisti della Riabilitazione);
- infermiere;

- logopedista (solo per le U.O. che prendono in carico pazienti da disabilità e menomazioni secondarie a patologie neurologiche cerebrali);
- massofisioterapista (se disponibile);
- medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione;
- OTA;
- psicologo (anche non dedicato);
- terapeuta occupazionale (in attesa che si rendano disponibili tali figure professionali, possono essere utilizzati Terapisti della Riabilitazione con documentata esperienza nel settore).

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:

- valutazione,
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo,
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi,
- erogazione del trattamento riabilitativo,
- educazione e training,
- mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente,
- partecipazione attiva alle riunioni del team,
- pianificazione della dimissione,
- educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse disponibili nel lungo periodo.

L'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione deve prevedere momenti di formazione ed educazione nei confronti di:

- utenti e loro familiari;
- operatori dei servizi sociali, della scuola e della formazione professionale;
- procedure relative alla tutela dei diritti dei pazienti e all'utilizzo dei diversi benefici previsti dalla normativa.

Devono esistere procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari.

Devono esistere procedure di attivazione dei servizi sociali.

### IL PROCESSO ASSISTENZIALE

La valutazione iniziale deve includere almeno:

- diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;
- valutazione delle menomazioni;
- valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;
- valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.

Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.

La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale ciascuno per le proprie competenze.

Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi 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 si chiede l'uso di almeno una delle seguenti scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale (FIM, Barthel Index).

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente;
- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente;
- indicazioni di supporto alla famiglia.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia);
- incremento del FIM o Barthel Index tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati;
- distribuzione percentuale dei ricoveri in continuità (post acuti) ed elettivi (mantenimento) sul totale dei ricoveri

## **DOTAZIONE DI PERSONALE**

La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione intensiva.

Si ritiene, per garantire i livelli minimi di sicurezza del paziente, che debbano essere presenti nel reparto (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.) almeno due infermieri per turno e almeno un OTA nei turni diurni.

La presenza del medico specialista in riabilitazione deve essere garantita nelle ore diurne per almeno 9 ore. Di seguito deve essere garantita la copertura medica, con modalità operative tali da garantire la sicurezza del paziente.

## **ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

La U.O. di riabilitazione intensiva si avvale di servizi di supporto quali:

- laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica;
- radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini.

Tali prestazioni, tranne la radiologia convenzionale possono essere acquisiti anche da strutture esterne al Presidio in cui è collocata la Unità operativa.

Devono inoltre essere disponibili consulenze secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare la consulenza cardiologica deve essere considerata requisito essenziale.

**Unità operative di riabilitazione specificatamente destinate al trattamento di esiti di patologie ortopediche, pneumologiche e cardiologiche (Cod. Struttura 56).**

I moderni orientamenti di organizzazione sanitaria prevedono il superamento della rieducazione di organo, in quanto questa viene collocata come articolazione specifica delle unità operative di Medicina Riabilitativa. Gran parte del bisogno specifico espresso dalle suddette patologie di organo può essere soddisfatto mediante interventi di riabilitazione estensiva, tuttavia si prende atto che sussistono nel sistema regionale delle cure alcune situazioni orientate al trattamento di disabilità secondarie a patologie d'organo, in particolare di natura ortopedica - traumatologica (c/o IIOORR); cardiologica e respiratoria.

Si ritiene che le unità operative con il compito di rispondere ai bisogni di riabilitazione per patologie di natura ortopedica e pneumologica debbano soddisfare i requisiti strutturali minimi.

Devono inoltre rispettare i requisiti tecnologici di cui al punto a), d), e). Per quanto riguarda le rimanenti attrezzature e la dotazione di personale, debbono fare riferimento a quanto segue.

	<b>Attrezzature per la valutazione</b>	<b>Attrezzature per il trattamento</b>
U.R. Ortopedica	quanto previsto al punto b) esclusi sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e NPS	quanto previsto al punto c), esclusi sussidi manuali ed elettronici per il trattamento dei disturbi del linguaggio e NPS

Per quanto riguarda il **personale**, esso va commisurato alle esigenze specifiche, secondo i seguenti criteri.

	<b>professionalità necessarie</b>
U.R. Ortopedica	fisioterapista, massofisioterapista, infermiere, medico fisiatra, terapeuta occupazionale. Disponibilità di assistente sociale e psicologo.

#### **ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

La U.O. di riabilitazione con orientamento agli esiti disabilitanti di particolari patologie d'organo si avvale di servizi di supporto quali:

- laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica;
- radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini.

Tali prestazioni, tranne la radiologia convenzionale possono essere acquisiti anche da strutture esterne al Presidio in cui è collocata la Unità operativa.

Devono inoltre essere disponibili consulenze secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare la consulenza cardiologica deve essere considerata requisito essenziale.

#### **QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO - TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI**

La valutazione iniziale deve includere almeno:

- diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;
- valutazione delle menomazioni;
- valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;

- valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.

Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.

La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica.

Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi 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 si chiede l'uso di almeno una delle seguenti scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale (FIM, Barthel Index).

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente;
- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente;
- indicazioni di supporto alla famiglia.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia).

## Riabilitazione cardiologica

Le attività di riabilitazione cardiologica possono realizzarsi in regime di degenza ordinaria, di day hospital, ambulatoriale e domiciliare. I pazienti eleggibili alle varie modalità devono essere identificati attraverso una corretta valutazione del rischio cardiologico (basata su Linee Guida nazionali ed internazionali), secondo criteri di provata efficacia.

Si intende per riabilitazione cardiologica un processo che tende al miglioramento della qualità della vita della persona attraverso la riduzione delle menomazioni e delle disabilità riportate e lo sviluppo delle attività residue, secondarie ad un evento patologico cardiaco, la sue conseguenze, complicanze, recidive.

Si richiede che i pazienti da avviare alla riabilitazione cardiologica siano stati preventivamente sottoposti a selezione (effettuata da un medico competente) tramite una stima del rischio all'attività riabilitativa.

Allo stato attuale si considerano prioritari ed elettivi gli interventi riabilitativi post cardiocirurgici, per i quali esiste un generale consenso fra i professionisti, anche nel contesto di quanto chiaramente specificato nel documento sull'Accreditamento delle Cardiocirurgie, ove viene definito il principio che la struttura cardiologica che ha avviato l'iter diagnostico terapeutico si deve far carico del percorso post operatorio.

Per quanto riguarda il paziente infartuato, l'attività di riabilitazione andrà riservata a pazienti opportunamente selezionati e definiti da specifici protocolli.

Durante l'attività riabilitativa deve esistere un sistema di monitoraggio delle possibili complicanze.

La struttura riabilitativa deve:

- definire il progetto riabilitativo individuale (vedansi Linee Guida 30/05/98) che comprende:
  - definizione del responsabile del progetto;
  - quantificazione della disabilità globale;
  - definizione dei risultati desiderati con interventi educativi, rieducativi e riabilitativi rivolti al paziente e ai suoi familiari;
  - conferma delle potenzialità residue;
  - reinserimento sociale;
- provvedere alla formulazione di:
  - programmi di intervento per i singoli fattori di rischio
  - programmi di condizionamento all'attività fisica;
  - programmi di rieducazione funzionale (ADL primarie e secondarie, attività lavorative, sessuali, ecc.);

Tali valutazioni devono essere registrate nella cartella clinica.

- Documentare le prestazioni erogate ed essere dotata di programmi specifici per le seguenti tipologie di pazienti<sup>3</sup>:
  - cardioperato
  - pazienti affetti da infarto

### REQUISITI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono avere le caratteristiche strutturali previste per la degenza cardiologica e per quella fisiatrica; in particolare deve essere presente una terapia intensiva cardiologica all'interno del presidio di ricovero.

Deva essere garantita la disponibilità, correlata al bisogno, delle seguenti attrezzature.

	<b>Attrezzature per la valutazione</b>	<b>Attrezzature per il trattamento</b>
U.R.	sistema Holter - ECG e Holter pressione,	Sistema telemetrico ECG, ossimetri,

<sup>3</sup> Per quanto riguarda il cardiopatico scompensato si sottolinea il progressivo incremento di questa popolazione, che andrà valutata dal punto di vista epidemiologico, dato che le recenti acquisizioni scientifiche stanno considerando nuovi trattamenti terapeutici che comprendono anche programmi di riabilitazione sia ambulatoriale che ospedaliera.

Cardiologica	ergometria, ecocardiografia (disponibile), ECG. Auspicabile funzione del supporto psicologico e della valutazione nutrizionale.	frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant; attrezzature usuali della palestra di cinesiologia, letti per rieducazione funzionale respiratoria, attrezzatura per il drenaggio bronchiale.
--------------	---	---

Deve essere garantita la presa in carico del cardioperato, programmando per tempo il percorso e facendo riferimento al giorno dell'intervento chirurgico.

Le professionalità necessarie sono le seguenti

- cardiologo
- fisioterapista.
- infermiere
- medico fisiatra

Devono inoltre essere disponibili:

- assistente sociale
- dietologo
- psicologo.

Il personale della riabilitazione opera all'interno del progetto riabilitativo, che è coordinato del medico fisiatra.

Il personale utilizzato deve possedere attestato BLS\*.

Devono esistere procedure specifiche per la presa in carico, la valutazione e la restituzione del paziente al proprio ambiente di vita.

Si richiedono inoltre procedure di integrazione delle competenze cardiologiche e fisiatriche.

E' necessario che la struttura di riabilitazione cardiologica valuti il risultato delle proprie attività in termini di.

- appropriatezza della indicazione (utilizzando come indicatore almeno il ritorno in reparto per acuti)
- incidenza delle complicanze algiche, pneumologiche e dello scompenso cardiaco
- risultato, attraverso un follow up a 6 mesi per la valutazione dei decessi intercorsi e la somministrazione di un questionario validato di qualità di vita (SF36, EOQL, CIQ).

---

\* In alcune situazioni viene utilizzato personale qualificato come 'tecnico di cardiologia'. Anche in questo caso il personale deve possedere attestato Basic Life Support.

## Riabilitazione respiratoria<sup>4</sup>

Le attività di riabilitazione respiratoria possono essere erogate in regime di degenza ordinaria, di day hospital, ambulatoriale e domiciliare nei confronti di pazienti eleggibili attraverso una corretta valutazione secondo modalità condivise e criteri di provata efficacia.

Si intende per riabilitazione respiratoria un processo che tende al miglioramento della qualità della vita della persona attraverso la riduzione delle menomazioni d'organo e disabilità secondarie a patologia polmonare.

La struttura riabilitativa deve:

- definire il progetto riabilitativo individuale (vedansi Linee Guida 30/05/98) che comprende:
  - individuazione del responsabile del progetto;
  - individuazione dei responsabili dei singoli programmi di rieducazione;
  - quantificazione della disabilità globale;
  - definizione dei risultati desiderati con interventi educativi, rieducativi e riabilitativi rivolti al paziente e ai suoi familiari;
  - reinserimento sociale;
  - valutazione dell'outcome globale;
- provvedere alla formulazione di.: programmi di intervento sui fattori di rischio;
  - programmi di condizionamento all'attività fisica;
  - programmi di rieducazione funzionale (ADL primarie e secondarie, attività lavorative, sessuali, ecc.);
  - programmi di monitoraggio delle possibili complicanze;
- documentare le prestazioni erogate ed essere dotata di programmi specifici per le seguenti tipologie di pazienti:
  - sindromi restrittive;
  - sindromi ostruttive.

### REQUISITI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI

---

<sup>4</sup> La RIABILITAZIONE RESPIRATORIA fornisce programmi multidisciplinari, adattati alle esigenze del singolo, basati su una diagnosi accurata, una terapia medica ottimale, un supporto educativo e psicologico; deve indurre la stabilizzazione o il miglioramento delle conseguenze fisio e psicopatologiche delle malattie polmonari. Ha come scopo il raggiungimento della miglior capacità funzionale per ogni paziente (American College of Chest Physicians, 1974).

L'obiettivo principale è quindi quello di interrompere il circolo vizioso innescato dalla dispnea e rafforzato dai supporti terapeutici (Ossigenoterapia, ventilazione meccanica), che porta ad una progressiva riduzione dell'attività fisica e dei contatti sociali peggiorando sensibilmente la qualità della vita (Atti del convegno AITR- Bologna, 98).

Da oltre 25 anni i programmi riabilitativi hanno evidenziato la loro efficacia nelle COPD (Ambrosino N, Vitacca M, Celli BR, Lacasse Y, Novitch R.S., Thomas III H.M.) e hanno fissato i risultati che devono essere conseguiti, le relative modalità, i limiti e le controindicazioni.

La disponibilità di programmi di riabilitazione multidisciplinari per pazienti con malattie croniche ostruttive polmonari (COPD) ha portato all'ammissione, nei medesimi programmi, anche di pazienti con limitazioni ventilatorie da cause diverse.

Una causa della continua crescita del numero di tali pazienti è legata ai progressi della medicina nei pazienti critici. Infatti, la diffusa disponibilità di sofisticate Unità di Terapia Intensiva e i frequenti successi medici nel trattamento di pazienti con severo danno polmonare hanno determinato un nuovo pool di soggetti con grave disabilità.

Lunghi periodi di allettamento forzato così come un modesto intake calorico a fronte di aumentate richieste metaboliche possono danneggiare l'apparato cardiovascolare, la funzione muscolare e il suo trofismo nonostante la risoluzione dell'insufficienza respiratoria. Una volta depleta la riserva cardiovascolare, la massa e la forza muscolare, è difficile recuperare soprattutto questi pazienti che continuano a presentare limitazioni ventilatorie prevalentemente durante esercizio fisico. Pertanto circa il 10% dei pazienti ammessi ad un programma riabilitativo respiratorio multidisciplinare hanno patologie non ostruttive: fibrotorace, bronchiectasie, malattie neuromuscolari, deformità della gabbia toracica, paralisi diaframmatica, post resezione polmonare e post insufficienza respiratoria. (vedi anche Pulmonary Rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based guidelines. CHEST 1997; vol 112 pag 1363-1396).

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione respiratoria in regime di degenza devono avere le caratteristiche strutturali previste per la degenza fisiatrica; in particolare deve essere disponibile la funzione di terapia intensiva respiratoria all'interno del presidio di ricovero.

Deva essere garantita la disponibilità, correlata al bisogno, delle seguenti attrezzature.

	<b>Attrezzature per la valutazione</b>	<b>Attrezzature per il trattamento</b>
U.R. Pneumologica	saturimetro, spirometro-analizzatore gas espirati, monitoraggio transcutaneo PtcO <sub>2</sub> , PtcCO <sub>2</sub> , ECG, ergometria, Emogasanalisi.	di quanto previsto al punto c): sollevatore, materassi per cinesiterapia, panchette, specchi quadrettati, scale, spalliera svedese, bastoni, cuscini in gomma. Ed inoltre apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva e negativa, broncoaspiratori, ossimetria dotata di frequenzimetro, apparecchi portatili per O <sub>2</sub> terapia.

Le professionalità necessarie sono le seguenti

- medico fisiatra
- medico pneumologo
- infermiere
- fisioterapista.

Devono inoltre essere disponibili:

- assistente sociale
- dietologo
- psicologo.

Il personale della struttura opera secondo le indicazioni congiunte del medico fisiatra e dello pneumologo, secondo progetti e programmi condivisi.

Il personale utilizzato deve possedere attestato BLS\*.

Deve essere individuato un membro del personale incaricato di monitorare il buon funzionamento delle attrezzature per la valutazione e per il trattamento.

Devono esistere procedure specifiche per una attenta selezione dei pazienti, per la presa in carico, la valutazione e la restituzione del paziente al proprio ambiente di vita.

Si richiedono inoltre procedure di integrazione delle competenze pneumologiche e fisiatriche.

E' necessario che la struttura di riabilitazione respiratoria valuti il risultato delle proprie attività in termini di.

- appropriatezza della indicazione (analogamente alle U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione generale)
- incidenza delle complicanze infettive e dello scompenso cardio-respiratorio.

---

\* In alcune situazioni viene utilizzato personale qualificato come 'tecnico di cardiologia'. Anche in questo caso il personale deve possedere attestato Basic Life Support.

## Day Hospital Riabilitativo

Il Day Hospital riabilitativo rappresenta una modalità di erogazione degli interventi di riabilitazione intensiva. Il D.H. riabilitativo è dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico-infermieristica nell'arco delle 24 ore.

Per il paziente in DH proveniente dal proprio domicilio o da altri reparti valgono le stesse procedure di presentazione, accoglimento e presa in carico previste per il ricovero ordinario nell'Unità di Riabilitazione Intensiva.

Il trasferimento in DH dal regime di ricovero ordinario avviene quando:

- il paziente ha raggiunto un livello di autonomia funzionale che non necessiti della tutela in ambiente ospedalizzato per tutte le 24 ore;
- non sussistono necessità rilevanti di nursing infermieristico per tutte le 24 ore;
- è presente un adeguato supporto familiare in assenza di 'barriere' che non rendano praticabile il DH con sicurezza e continuità.

In base alla motivazione del ricovero e al contenuto assistenziale, le funzioni del DH riabilitativo sono rivolte principalmente a:

- prevenire la istituzionalizzazione dei soggetti a rischio accelerando e facilitando la restituzione del paziente al proprio contesto socio-familiare;
- attuare controlli ed interventi medico riabilitativi complessivi in alternativa ai ricoveri ripetuti in caso di riacutizzazione od aggravamento di una patologia invalidante;
- facilitare la fornitura e l'addestramento all'utilizzo di protesi, ortesi ed ausili mediante la effettuazione di specifiche sedute di valutazione ed addestramento all'uso;
- consentire un intervento di riabilitazione intensiva quando il ricovero ordinario costituisca una specifica controindicazione (come, ad esempio, nell'età evolutiva).

In considerazione della peculiarità degli interventi di riabilitazione intensiva erogati in regime di DH l'indice ottimale di rotazione giornaliera di pazienti per posto letto è pari a 1,4 – 1,6.

L'attività di DH riabilitativo non è vincolata unicamente alla presenza fisica del posto letto dedicato, in quanto è legata alla disponibilità di posti cura intesi come spazi e tempi terapeutici.

La presenza fisica di posti letto va correlata alle necessità operative e al bisogno specifico della tipologia dell'utenza.

Le aree di attività sono quelle tipiche della U.O. di Riabilitazione Intensiva.

### **REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI**

Oltre ai requisiti per il Day Hospital medico<sup>1</sup> devono essere posseduti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per l'U.O. di Riabilitazione Intensiva, dimensionati alla quantità dell'utenza.

---

<sup>1</sup> vedi Delibera della Giunta Regionale n.125/99.

## Alte specialità' riabilitative

L'art. 5 della L. 23 ottobre 1985 n. 595 definisce di alta specialità le attività di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono un particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato.

Le Alte Specialità Riabilitative, da inquadrarsi nel III livello, svolgono le seguenti funzioni.

- \_ ricovero di soggetti affetti da gravi disabilità di competenza, sulla base di specifici criteri di accesso e di collegamento con le strutture di II e I livello del territorio dove vive il disabile;
- \_ ricovero per rivalutazione o per interventi terapeutici di breve durata e di alta specialità su richiesta dei centri di II e I livello;
- \_ consulenza e valutazioni per predisporre, adattare, verificare il progetto riabilitativo individuale predisposto su richiesta dei centri di II e I livello.

Le Alte Specialità individuate sono.

- a) per il trattamento degli esiti delle gravi mielolesioni. l'**Unità Spinale (US)**;
- b) per il trattamento dei gravi traumatizzati cranio-encefalici e di altre gravi cerebrolesioni acquisite. l'**Unità per le Gravi Cerebrolesioni (UGC)**;
- c) per il trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva. l'**Unità per le Gravi Disabilità in Età Evolutiva (UDGEE)**.

Le Alte Specialità costituiscono centri a valenza sovraziendale e/o regionali e sono strettamente integrati funzionalmente con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione di II e I livello con i 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 strutture di tipo A e B devono essere strettamente raccordate, sulla base di protocolli condivisi, con le strutture afferenti al sistema dell'emergenza/urgenza sanitaria individuati sul territorio e in particolare con i DEA di II livello, con il 'Trauma Care System' e/o con i 'Trauma Center', al fine di fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma e durante le eventuali fasi di ricovero in rianimazione, neurochirurgia, ortopedia, nonché garantire un tempestivo accoglimento del soggetto neuroleso.

Le UU.OO garantiscono quindi l'intervento delle competenze riabilitative fin dalle prime ore dall'insorgenza dell'evento lesivo attraverso una corretta impostazione del progetto riabilitativo individuale ed assicurano un intervento tempestivo multiprofessionale e multidisciplinare durante la degenza presso l'area funzionale dell'emergenza.

### Unità Spinale

L'Unità Spinale garantisce l'unitarietà dell'intervento riabilitativo rispetto alle esigenze del soggetto mieloleso nella globalità fisica, psichica, affettiva, emozionale, relazionale e sociale della sua persona; segue l'evoluzione del paziente attraverso la predisposizione e la realizzazione di un adeguato progetto riabilitativo individuale e diversi programmi terapeutici, garantendone la continuità nei diversi momenti nei quali si realizzano le azioni previste, mantenendo tale responsabilità anche nella post-dimissione.

#### AREE DI ATTIVITÀ

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;

- rieducazione delle menomazioni motorie;
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione vescico-sfinterica;
- rieducazione gastroenterologica;
- rieducazione vascolare;
- terapia fisica strumentale;
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- gestione delle problematiche internistiche;
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;
- assistenza sociale.

L'Unità Spinale collocata nel contesto di un Presidio Ospedaliero sede di DEA di II livello, deve avvalersi, oltre che delle specialità già previste per il DEA di II livello, delle seguenti attività specialistiche. urologia e urodinamica, chirurgia plastica, medicina fisica e riabilitativa, psicologia clinica, ginecologia, andrologia, nutrizione clinica, neurofisiopatologia, pneumologia e diagnostica per immagini incluse TAC ed RNM; in particolare l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata dall'accesso continuativo e programmato delle seguenti specialità. ortopedia, neurotraumatologia e/o neurochirurgia, anestesia-rianimazione, medicina fisica e riabilitazione, urologia, medicina interna, neurofisiopatologia, chirurgia plastica.

Il D.E.A. rappresenta una aggregazione funzionale di Unità Operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa.

## **REQUISITI STRUTTURALI**

### *Area destinata alla degenza*

Oltre ai requisiti previsti per l'area di degenza dell'U.O. di Riabilitazione Intensiva devono essere previsti:

- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- due bagni assistiti di cui almeno uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- una sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo).

### Requisiti prestazionali

- Gli spazi destinati al soggiorno/tempo libero devono essere sufficienti a consentire una adeguata vita di relazione;
- disponibilità di utilizzo di spazi interni/esterni per attività ludico-sportiva.

È auspicabile la disponibilità di una piscina riabilitativa.

### *Area destinata alla valutazione:*

- spazi dedicati all'espletamento delle funzioni elencate nelle aree di attività, comunque non inferiori a 40 m<sup>2</sup> complessivi e collocati nella struttura ospedaliera.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

### **a - degenza**

Oltre alle attrezzature previste per le U.O. di Riabilitazione Intensiva, devono essere presenti le seguenti attrezzature:

- letti degenza a tre segmenti regolabili in altezza, con spondine e relativi “trapezi” e “archetti alzacoperte”;
- i materassi devono essere antidecubito, di differenti tipologie, in rapporto alle necessità;
- sistemi di broncoaspirazione, fissi e mobili;
- almeno 4 sollevatori elettrici per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione;
- almeno 4 carrozzine elettriche di differente foggia e comandi diversi;
- almeno 4 barelle per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- cuscini antidecubito, almeno 1 per paziente;
- sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori, almeno per il 50% dei pazienti;
- 4 ventilatori;
- 2 letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo.

### **b - attrezzature per la valutazione**

- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografia, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori);
- elettrogoniometri;
- piattaforma di forza;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche (compresa isocinetica);
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea;
- cronometri;
- telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per acquisizione di immagini);
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità di un ecografo;
- disponibilità di un apparecchio per videofluoroscopia;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica.

### **c - attrezzature per il trattamento**

- lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno il 50% ad altezza regolabile;
- almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);

- almeno 4 letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- 10 standing ad altezza variabile;
- dinamometri di cui uno isocinetico (utilizzabile anche per la valutazione),
- dispositivi per BioFeedBack elettrogoniometrico;
- dispositivi per BFB EMG;
- materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100x200cm;
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotato di ruote piroettanti;
- scale modulare per rieducazione motoria;
- apparecchi vari per terapia fisica strumentale compresa SEF;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “walker”;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “rollator”;
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l’esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- spalliere svedesi;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- maxicilindro (cm 100x85 dim);
- cronometri;
- tavoli ergoterapici ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme;
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l’addestramento alle Activity Day Living primarie in terapia occupazionale;
- attrezzature per la realizzazione e l’adattamento di ausili ed ortesi realizzate in materiale termomodellabile.

#### **d - attrezzature per aree di socializzazione**

- tavoli e sedie;
- poltroncine ergonomiche;
- 1 televisore con telecomando adattato;
- giochi di società con sistemi per l’utilizzo da parte di utenti con difficoltà motorie;
- disponibilità di attrezzature varie per l’attività ludico-sportiva.

#### **e - attrezzature per le aree generali di supporto**

- attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc;
- 1 lavagna luminosa;
- 1 proiettore di diapositive;
- televisore;
- videoregistratore.

#### **f -impianti speciali**

- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- impianto di condizionamento.

## REQUISITI ORGANIZZATIVI

L'Unità Operativa deve garantire l'accoglienza di non meno di 40 nuovi casi acuti l'anno.

Il team interprofessionale deve comprendere, ma non essere limitato, alle seguenti tipologie di professionisti:

- assistente sociale (anche non dedicato)
- educatore professionale
- fisioterapista (ex Terapista della Riabilitazione)
- infermiere
- medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione con documentata esperienza nel settore
- OTA
- psicologo (anche non dedicato)
- terapeuta occupazionale (in attesa che si rendano disponibili tali figure professionali, possono essere utilizzati Terapista della Riabilitazione opportunamente addestrati).

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:

- attività di valutazione del paziente che deve includere:
  - bilancio medico-internistico
  - bilancio menomazioni disabilitanti
    - fisiche
    - viscerali
    - psicologiche
  - bilancio di disabilità
  - bilancio di handicap e qualità di vita
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi
- erogazione del trattamento riabilitativo
- educazione e training
- mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente
- partecipazione attiva alle riunioni del team
- pianificazione della dimissione
- educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse finanziarie disponibili nel lungo periodo.

Devono esistere procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari.

## IL PROCESSO ASSISTENZIALE

Devono essere definiti i criteri di accesso per l'accoglienza prioritaria in rapporto alla tipologia del bisogno (acuzie ed elezione)

Devono esistere procedure specifiche di accoglimento condivise con le strutture dell'Emergenza-Urgenza: DEA II° e con Terapia Intensiva, Rianimazione, Neurochirurgia, Ortopedia.

La valutazione iniziale deve includere almeno:

- diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;
- valutazione delle menomazioni;

- valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;
- valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.

Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.

La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica.

Il trattamento riabilitativo deve comprendere almeno i seguenti interventi:

- fisioterapia e rieducazione motoria
- rieducazione respiratoria
- rieducazione delle funzioni autonome
- rieducazione funzionale e addestramento alla autonomia
- prescrizione, collaudo e addestramento all'uso di ausili
- trattamenti farmacologici per problemi internistici o menomazioni neurologiche e muscolo-scheletriche

Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore deve comprendere:

- gestione infermieristica delle problematiche internistiche generali;
- gestione delle disfunzioni autonome;
- gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;
- gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;
- prevenzione, valutazione, gestione delle piaghe da decubito;
- collaborazione ai programmi di prevenzione delle complicanze da immobilità;
- collaborazione ai programmi di informazione/educazione del paziente e dei familiari.

Gli interventi educativi e formativi devono essere documentati e devono comprendere:

- colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;
- coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;
- addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici;
- informazione e consulenza al medico di medicina generale e ad altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione;
- informazione e consulenza a operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque possa essere coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente.

Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.

Ai fini della valutazione dei risultati si chiede l'uso di scale che permettano un confronto nazionale ed internazionale.

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzate ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente;

- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente;
- indicazioni di supporto alla famiglia.

La Unità Spinale deve dotarsi di un sistema informativo utile al monitoraggio delle attività, basato su indicatori relativi al processo e agli esiti degli interventi effettuati

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori.

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia);
- incremento del FIM o Barthel Index tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati;
- percentuale dei pazienti che riprendono l'attività lavorativa o scolastica a 12 mesi dalla dimissione, rispetto ai pazienti che all'ingresso già svolgevano attività lavorativa (o scolastico).

#### **DOTAZIONE DI PERSONALE**

In una U.O. di 20 p.l. si ritiene, per garantire la sicurezza del paziente, che debbano essere presenti nel reparto almeno 4 infermieri per turno diurno (o 3 infermieri + 1 OTA) e 2 per turno notturno. Nei turni diurni è necessaria la presenza di almeno un OTA.

La presenza del medico specialista in riabilitazione deve essere garantita nelle ore diurne per almeno 10 ore. Di seguito deve essere garantita la copertura medica, con modalità operative tali da garantire la sicurezza del paziente.

Ai fini della continuità relazionale e della acquisizione di competenze specifiche è auspicabile che il personale assegnato sia sufficientemente stabile.

#### **ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

I servizi di supporto necessari alla Unità Spinale sono le seguenti:

- laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica;
- radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini;
- neurofisiologia clinica, elettromiografia, potenziali evocati somatosensoriali e motori;
- urodinamica;
- laboratorio ortopedico protesico/ortotico per la progettazione, realizzazione, adattamento di ausili.

Tali prestazioni, tranne la radiologia convenzionale, se non presenti nell'U.O. possono essere acquisiti anche da strutture esterne al Presidio in cui è collocata la Unità operativa.

Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare

- gastroenterologia, alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica;
- ORL;
- anestesiology/terapia intensiva;
- Infettivologia;
- neurochirurgia;

- traumatologia;
- chirurgia plastica;
- andrologia/ginecologia;
- urologia;
- pneumologia;
- nutrizione clinica;
- supporto psicologico.

## **Unità per le gravi cerebrolesioni**

**L'Unità per la riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni (UGC)** è deputata alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi traumatismi cranioencefalici ed altre gravi cerebrolesioni acquisite come i comi post-anossici, gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, caratterizzati nella loro evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse. Sono pertanto esclusi gli esiti di stroke ischemici e di cerebropatie degenerative.

### **AREE DI ATTIVITÀ**

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;
- rieducazione delle menomazioni motorie;
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione cardiologica;
- rieducazione vescico-sfinterica;
- rieducazione gastroenterologica
- rieducazione vascolare;
- terapia fisica strumentale;
- rieducazione delle turbe afasiche del linguaggio;
- rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche;
- rieducazione dei disordini comportamentali;
- rieducazione dei disordini visuo-percettivi;
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- gestione delle problematiche internistiche;
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;
- assistenza sociale.

L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni deve essere inserita in un presidio sede di DEA di II livello, dove siano presenti le seguenti aree specialistiche. rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia (disponibilità), otorinolaringoiatria (disponibilità), oculistica (disponibilità), chirurgia generale, medicina generale (disponibilità), endocrinologia (disponibilità), psichiatria (disponibilità), chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia.

Il D.E.A. rappresenta una aggregazione funzionale di Unità Operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un

comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa.

Componente essenziale dell'UGC è l'area subintensiva ad alta valenza riabilitativa in grado di garantire, accanto ad un'assistenza internistica intensiva, un più strutturato ed assiduo trattamento riabilitativo, nonché un contatto quotidiano del paziente con i suoi familiari.

L'Unità di subintensiva ad alta valenza riabilitativa può essere collocata all'interno dell'U.O. Riabilitativa o in seno all'Unità di Rianimazione e Terapia Intensiva. Tale area deve garantire il monitoraggio specifico di una terapia intensiva, associato a specifiche attività riabilitative ed attrezzato in modo da accogliere i familiari per più ore nella giornata (i genitori in caso di minore).

## **REQUISITI STRUTTURALI**

### *Area destinata alla degenza:*

Oltre ai requisiti previsti per l'area di degenza dell'U.O. di Riabilitazione Intensiva devono essere previsti:

- almeno una stanza singola attrezzata per l'accoglimento di pazienti in fase di agitazione, dotata di spazi e attrezzature idonee a garantire la sicurezza del paziente e del personale di assistenza e cura;
- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- due bagni assistiti di cui almeno uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- una sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo).

### *Area destinata alla valutazione:*

- spazi dedicati all'espletamento delle funzioni elencate nelle aree di attività, comunque non inferiori a 40 mq e collocati nella struttura ospedaliera.

### *Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione*

- Oltre ai requisiti previsti per l'U.O. di Riabilitazione Intensiva deve essere presente almeno un ambiente per trattamento e valutazione dei pazienti con gravi disordini della responsività ubicato in modo tale da poter avere rapida disponibilità di assistenza delle funzioni vitali di base.

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

### **a - degenza**

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di degenza<sup>1</sup>, devono essere previste le seguenti attrezzature:

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte" di cui almeno il 50% della dotazione deve essere regolabile in altezza;
- disponibilità di materassi antidecubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità e comunque non inferiore al 50% dei posti letto;
- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni;
- sistemi di broncoaspirazione, di cui almeno uno mobile;
- almeno 4 sollevatori elettrici per pazienti con diverse tipologie di imbragatura, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;

---

<sup>1</sup> vedi Delibera della Giunta Regionale n.125/99.

- attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione;
- 1 carrozzina per p.l. , parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e parte a schienale alto reclinabile con appoggiatesta (dimensioni varie);
- almeno 2 carrozzine elettriche di differente foggia e comandi diversi;
- almeno 2 barelle per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- 1 sistema pesapersone disabile;
- cuscini antidecubito;
- sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori,
- 1 oftalmoscopio;
- 1 oto-rino-laringoscopio a fibre ottiche;
- 2 ventilatori
- 2 letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo.
- poltroncina doccia
- comodini bidirezionali per disabili.

#### **b - attrezzature per la valutazione**

- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es. Elettromiografia, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati Somatosensoriali, valutazione spasticità, ecc.);
- elettrogoniometri;
- piattaforma di forza;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche (compresa isocinetica);
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- almeno 4 apparecchi per saturimetria transcutanea;
- cronometri;
- telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per acquisizione di immagini);
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità di un ecografo;
- disponibilità di un apparecchio per videofluoroscopia.

#### **c - attrezzature per il trattamento**

- lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno due ad altezza regolabile;
- almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);
- almeno 4 letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- 8 standing ad altezza variabile;
- 1 pedana stabilometrica (utilizzabile anche per la valutazione)
- dinamometri di cui uno isocinetico (utilizzabile anche per la valutazione),
- dispositivi per BioFeedBack elettrogoniometrico;
- dispositivi per BFB EMG;
- materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100x200cm;
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotato di ruote piroettanti;
- bilance per educazione al carico;
- scale modulari per rieducazione motoria;
- apparecchi vari per terapia fisica strumentale compresa SEF;

- deambulatori ad altezza regolabile tipo “walker”;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “rollator”;
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l’esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- maxicilindro (cm 100x85 dim);
- cronometri;
- tavoli ergoterapici ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme;
- sussidi manuali ed elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l’addestramento alle Activity Day Living primarie in terapia occupazionale;
- attrezzature per la realizzazione e l’adattamento di ausili ed ortesi realizzate in materiale termomodellabile.

#### **d - attrezzature per aree di socializzazione**

- tavoli e sedie;
- poltroncine ergonomiche;
- 1 televisore con telecomandi adattati;
- giochi di società con sistemi per l’utilizzo da parte di utenti con difficoltà motorie.

#### **e - attrezzature per le aree generali di supporto**

- attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc.
- 1 lavagna luminosa;
- 1 proiettore di diapositive;
- televisore;
- videoregistratore.

#### **f -impianti speciali**

- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- impianto di condizionamento (auspicabile).

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

L’Unità Operativa deve garantire l’accoglienza di non meno di 40 nuovi casi acuti l’anno.

Il team interprofessionale deve comprendere, ma non essere limitato, alle seguenti tipologie di professionisti.

- assistente sociale (anche non dedicato)
- educatore professionale
- fisioterapista (ex Terapista della Riabilitazione)
- infermiere
- logopedista

- medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione con documentata esperienza nel settore
- OTA
- psicologo (anche non dedicato)
- terapeuta occupazionale (in attesa che si rendano disponibili tali figure professionali, possono essere utilizzati Terapisti della Riabilitazione opportunamente addestrati)

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni.

- attività di valutazione del paziente che deve includere.
  - bilancio medico-internistico
  - bilancio delle menomazioni disabilitanti
    - *fisiche*
    - *cognitive*
    - *comportamentali*
  - bilancio di disabilità
  - bilancio di handicap e qualità di vita
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi
- erogazione del trattamento riabilitativo
- educazione e training
- mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente
- partecipazione attiva alle riunioni del team
- pianificazione della dimissione
- educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse finanziarie disponibili nel lungo periodo.

Devono esistere procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari.

#### IL PROCESSO ASSISTENZIALE

Devono essere definiti i criteri di accesso per l'accoglienza prioritaria in rapporto alla tipologia del bisogno (acuzie ed elezione).

Devono esistere procedure specifiche di accoglimento condivise con le strutture dell'Emergenza-Urgenza, con il DEA II° livello, e con la Terapia Intensiva, la Rianimazione, la Neurochirurgia.

La valutazione iniziale deve includere almeno.

- diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;
- valutazione delle menomazioni;
- valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;
- valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.

Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.

La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica.

Il trattamento riabilitativo deve comprendere almeno i seguenti interventi.

- fisioterapia e rieducazione motoria;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione delle funzioni cognitive e dei disordini comportamentali;

- rieducazione funzionale e addestramento alla autonomia;
- rieducazione della deglutizione e del linguaggio;
- prescrizione, collaudo e addestramento all'uso di ausili;
- trattamenti farmacologici per problemi internistici o menomazioni neurologiche e muscolo-scheletriche.

Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore deve comprendere:

- gestione infermieristica delle problematiche internistiche generali;
- gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;
- gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;
- prevenzione, valutazione e gestione delle piaghe da decubito;
- collaborazione ai programmi di rieducazione sfinterica e alla alimentazione per os;
- collaborazione ai programmi di prevenzione delle complicanze da immobilità;
- Collaborazione ai programmi di informazione/educazione del paziente e dei familiari.

Gli interventi educativi e formativi devono essere documentati e devono comprendere.

- colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;
- coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;
- addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici;
- informazione e consulenza al Medico di Medicina Generale e ad altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione;
- informazione e consulenza ad operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque possa essere coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente;
- partecipazione a programmi di prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro.

Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.

Ai fini della confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di almeno una delle seguenti scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale (FIM, Barthel Index).

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzate ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente;
- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente;
- indicazioni di supporto alla famiglia.

La UGC deve dotarsi di un sistema informativo utile al monitoraggio delle attività, basato su indicatori relativi al processo e agli esiti degli interventi effettuati.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori.

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);

- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia);
- incremento del FIM o Barthel Index tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati;
- percentuale dei pazienti che riprendono l'attività lavorativa o scolastica a 12 mesi dalla dimissione, rispetto ai pazienti che all'ingresso già svolgevano attività lavorativa (o scolastico).

## **DOTAZIONE DI PERSONALE**

In una U.O. di 25 p.l. di cui almeno 3 di DH occorre prevedere una dotazione di personale adeguata alle attività sviluppate.

Si ritiene, per garantire la sicurezza del paziente, che debbano essere presenti nel reparto almeno tre infermieri per turno diurno e due nel turno notturno. Nei turni diurni è necessaria la presenza di almeno un OTA.

La presenza del medico specialista in riabilitazione deve essere garantita nelle ore diurne per almeno 10 ore. Di seguito deve essere garantita la copertura medica, con modalità operative tali da garantire la sicurezza del paziente.

## **ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

I servizi di supporto necessari alla U.G.C. sono i seguenti.

- laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica
- radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini;
- neurofisiologia clinica, elettroencefalografia, potenziali tronco encefalici, potenziali evocati acustici, visivi, somatosensoriali.

Tali prestazioni, tranne la radiologia convenzionale possono essere acquisiti anche da strutture esterne al Presidio in cui è collocata la Unità operativa.

Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare

- gastroenterologia, alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica, impianti o revisioni di PEG, ecc.;
- ORL;
- anesthesiologia;
- oculistica;
- infettivologia;
- neurochirurgia;
- traumatologia;
- chirurgia maxillo facciale;
- cardiologia.

## *AREA SUBINTENSIVA AD ALTA VALENZA RIABILITATIVA*

L'area subintensiva ad alta valenza riabilitativa fa parte della Unità per Gravi Cerebrolesioni; è deputata alla assistenza ed al trattamento di pazienti affetti da gravi cerebrolesioni, nella fase di completamento dei trattamenti rianimatori, e prima dell'inizio dei programmi riabilitativi di tipo intensivo.

I pazienti accolti in quest'area:

- necessitano ancora di monitoraggio e di interventi rianimatori, seppure con impegno assistenziale e terapeutico inferiore rispetto alla fase acuta, o sono ancora ad elevato rischio di insufficienza d'organo a livello extracerebrale;
- possono beneficiare di un trattamento riabilitativo strutturato rivolto, oltre che alla prevenzione delle complicanze da immobilità, al recupero di alcune funzioni vitali di base (rieducazione respiratoria, rieducazione alla deglutizione, facilitazione al recupero della responsività e dell'orientamento, rieducazione ad attività elementari di cura di sé), che non è possibile effettuare nei normali ambienti di cure intensive;
- possono beneficiare di un contatto più prolungato ed assiduo con persone significative del proprio ambiente di vita (famigliari ed amici), che non è possibile realizzare nei normali ambienti di cure intensive.

## **REQUISITI STRUTTURALI**

Per l'area subintensiva ad alta valenza riabilitativa si prevedono:

- 4-6 posti-letto, dotati delle attrezzature idonee al monitoraggio intensivistico e al trattamento rianimatorio, distribuiti in stanze ad 1-2 posti letto (va prevista una stanza con un letto per il genitore di minore).Le dimensioni delle stanze e lo spazio assegnato ad ogni posto-letto devono consentire l'accesso con barella, sollevamalai e carrozzina a ciascun posto letto, per il trasferimento da e per il letto.
- Uno spazio dedicato al trattamento riabilitativo per attività statiche, attrezzato in rapporto alla tipologia delle prestazioni da erogare, composto da almeno un locale attiguo agli ambienti di degenza.
- Uno spazio dedicato al colloquio con i famigliari e riunioni (anche in comune con la UO di Medicina Riabilitativa o di Rianimazione).

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di Rianimazione e Terapia Intensiva, devono essere previsti:

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, e regolabili in altezza;
- presidi antidecubito per ciascun posto letto;
- almeno un sollevatore elettrico per pazienti con imbragatura atta al sostegno del capo;
- una carrozzina a schienale alto per posto-letto;
- cuscini antidecubito;
- ausili di postura;
- disponibilità di attrezzature e materiale per il confezionamento di ortesi statiche;
- attrezzature e strumenti per la rieducazione respiratoria e la rieducazione della deglutizione;
- almeno un letto elettrico per verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- sussidi per la stimolazione pluri-afferenziale.

## **Unità per le gravi disabilità in età evolutiva**

**L'Unità per la riabilitazione delle Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (UDGEE)** è espressamente destinata ad affrontare i complessi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie motorie e cognitive congenite, connatali od acquisite dell'età evolutiva.

## **AREE DI ATTIVITÀ**

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;
- rieducazione delle menomazioni motorie;
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione vescico-sfinterica;
- terapia fisica strumentale;
- rieducazione delle turbe del linguaggio e della deglutizione;
- rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche;
- rieducazione dei disordini comportamentali e cognitivi connessi alle disabilità motorie;
- rieducazione dei disordini visuo-percettivi
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- gestione delle problematiche internistiche;
- gestione delle problematiche di chirurgia funzionale;
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;
- assistenza sociale.

L'UDGEE deve essere attivata all'interno di un presidio ospedaliero dove siano garantite la corrispondenti competenze specialistiche nei seguenti ambiti. rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia con modulo specificamente orientato agli interventi correttivi nelle disabilità infantili, neurochirurgia, pediatria, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, medicina fisica e riabilitazione, chirurgia infantile con funzione di urologia pediatrica, neuropsichiatria infantile.

## **REQUISITI STRUTTURALI**

### *Area destinata alla degenza.*

Per un modulo di 10 p.l., oltre ai requisiti previsti per l'area di degenza dell'U.O. di Riabilitazione Intensiva devono essere previsti:

- camere a 2 posti letto, di cui uno per l'accompagnatore;
- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- un bagno assistito dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- una sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo), dotata di gas medicali e sistema di aspirazione;
- sala gessi dotata di gas medicali e sistema di aspirazione;
- area/spazio per il montaggio audiovisivi.

### *Area destinata alla valutazione:*

- spazi dedicati all'espletamento delle funzioni elencate nelle aree di attività, comunque non inferiori a 40 m<sup>2</sup> e collocati nella struttura ospedaliera; almeno una stanza dovrà essere attrezzata con specchi unidirezionali.

### *Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione*

- spazio multifunzionale per attività dinamiche e/o di gruppo di non meno di 40 m<sup>2</sup>;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento (secondo le aree di attività elencate), articolati in non meno di 3 locali distinti per non meno di 40 m<sup>2</sup> complessivi;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni commesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

#### Requisiti prestazionali.

- deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;
- oltre al rispetto dei requisiti inerenti al superamento delle barriere architettoniche all'interno delle U.O. devono essere assunti tutti i provvedimenti che consentano la fruibilità degli spazi;
- i sistemi di chiamata devono essere adatti alle diverse tipologie di disabilità;
- i tavoli devono avere altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina.

### **REQUISITI TECNOLOGICI**

#### **a - degenza**

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di degenza, devono essere previste le seguenti attrezzature:

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi “trapezi” e “archetti alzacoperte” di cui almeno il 20% della dotazione deve essere regolabile in altezza;
- disponibilità di materassi antidecubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità e comunque non inferiore al 50% dei posti letto;
- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni;
- sistemi di broncoaspirazione, di cui almeno uno mobile;
- almeno 1 sollevatore elettrico per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione;
- almeno 2 carrozzine con schienale alto regolabile e con sistema postura;
- almeno 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- 1 sistema pesapersone disabile;
- cuscini antidecubito;
- sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori;
- 1 oftalmoscopio;
- 1 oto-rino-laringoscopio a fibre ottiche;
- 2 ventilatori;
- 2 letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili.

#### **b - attrezzature per la valutazione**

- 1 podoscopio;
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es. Elettromiografia, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati Somatosensoriali, etc.);
- elettrogoniometri;
- piattaforma di forza;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;

- almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea;
- cronometri;
- telecamera con sistema di comando a distanza, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per acquisizione di immagini);
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità di un ecografo;
- disponibilità di un apparecchio per videofluoroscopia;
- disponibilità di un elettroencefalografo;
- specchio unidirezionale.

### **c - attrezzature per il trattamento**

- lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno due ad altezza regolabile;
- almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);
- piani di statica;
- 4 standing ad altezza variabile;
- 1 pedana stabilometrica (utilizzabile anche per la valutazione);
- dinamometri (utilizzabili anche per la valutazione);
- dispositivi per BioFeedBack elettrogoniometrico;
- dispositivi per BFB EMG;
- materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100x200cm;
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotato di ruote piroettanti;
- bilance per educazione al carico;
- scale modulare per rieducazione motoria;
- apparecchi vari per terapia fisica strumentale compresa SEF;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “walker”;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo “rollator”;
- deambulatore ad altezza regolabile tipo Kay;
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l’esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- maxicilindro (cm 100x85 dim);
- cronometri;
- tavoli ergoterapici ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme;
- sussidi manuali ed elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l’addestramento alle Activity Day Living primarie in terapia occupazionale;
- attrezzature per la realizzazione e l’adattamento di ausili ed ortesi realizzate in materiale termomodellabile.

### **d - attrezzature per aree di socializzazione**

- tavoli e sedie;
- poltroncine ergonomiche;
- 1 televisore con telecomandi adattati;
- giocattoli.

#### **e - attrezzature per le aree generali di supporto**

- attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, ecc.;
- 1 lavagna luminosa;
- 1 proiettore di diapositive;
- televisore;
- videoregistratore.

#### **f -impianti speciali**

- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- impianto di condizionamento (auspicabile).

### **REQUISITI ORGANIZZATIVI**

L'Unità Operativa deve garantire l'accoglienza di non meno di 150 casi sottoposti a chirurgia funzionale all'anno.

Il team interprofessionale deve comprendere, ma non essere limitato, alle seguenti tipologie di professionisti.

- assistente sociale (anche non dedicato);
- fisioterapista (ex Terapista della Riabilitazione);
- infermiere;
- logopedista (disponibilità);
- medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione con documentata esperienza nel settore;
- OTA;
- psicologo (anche non dedicato);
- terapeuta occupazionale (in attesa che si rendano disponibili tali figure professionali, possono essere utilizzati Terapisti della Riabilitazione opportunamente addestrati).

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:

- attività di valutazione del paziente che deve includere:
  - bilancio medico-internistico
  - bilancio menomazioni disabilitanti
    - *fisiche*
    - *cognitive*
    - *comportamentali*
  - bilancio di disabilità
  - bilancio di handicap e qualità di vita
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo;
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi;
- erogazione del trattamento riabilitativo;
- educazione e training;
- mantenere rapporti funzionali con servizi territoriali di supporto in ragione alle necessità del paziente;

- partecipazione attiva alle riunioni del team;
- pianificazione della restituzione del paziente alle strutture e/o servizi della rete regionale;
- educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse finanziarie disponibili nel lungo periodo;
- mantenere rapporti funzionali con la rete integrata dei servizi sanitari regionali destinati all'infanzia.

## IL PROCESSO ASSISTENZIALE

Devono essere definiti i criteri di accesso per l'accoglienza prioritaria in rapporto alla tipologia del bisogno (acuzie ed elezione).

Devono esistere procedure specifiche di accoglimento condivise con la rete dei servizi territoriali.

La valutazione iniziale deve includere almeno:

- diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;
- valutazione delle menomazioni;
- valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;
- valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.

Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.

La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica.

Il trattamento riabilitativo deve comprendere almeno i seguenti interventi:

- fisioterapia e rieducazione motoria;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione delle funzioni cognitive e dei disordini comportamentali;
- rieducazione funzionale e addestramento alla autonomia;
- rieducazione della deglutizione e del linguaggio;
- prescrizione, collaudo e addestramento all'uso di protesi, ortesi e ausili tecnologici;
- trattamenti farmacologici per problemi internistici o menomazioni neurologiche e muscolo-scheletriche.

Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore deve comprendere:

- gestione infermieristica delle problematiche internistiche e chirurgiche generali;
- gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;
- gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;
- prevenzione, valutazione, gestione delle piaghe da decubito;
- collaborazione ai programmi di rieducazione sfinterica e alla alimentazione per os;
- collaborazione ai programmi di prevenzione delle complicanze da immobilità;
- collaborazione ai programmi di informazione/educazione del paziente e dei familiari.

Gli interventi educativi e formativi devono essere documentati e devono comprendere:

- colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;
- coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;

- addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici;
- informazione e consulenza al Pediatra di Base, al Medico di Medicina Generale, ai servizi di Medicina Riabilitativa di I e II livello che si prenderanno carico del paziente e ad altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione;
- informazione e consulenza a operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque possa essere coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente.

Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.

Ai fini della valutazione dei risultati si chiede l'uso di scale che permettano un confronto nazionale ed internazionale.

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzate ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente;
- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente;
- indicazioni di supporto alla famiglia.

La UGDEE deve dotarsi di un sistema informativo utile al monitoraggio delle attività, basato su indicatori relativi al processo e agli esiti degli interventi effettuati.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:

- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);
- numero di pazienti operati sul totale dei ricoveri.

## **DOTAZIONE DI PERSONALE**

In una U.O. di 10 p.l. di cui 2 DH occorre prevedere una dotazione di personale adeguata alle attività sviluppate.

La presenza del medico specialista in riabilitazione deve essere garantita nelle ore diurne per almeno 10 ore. Di seguito deve essere garantita la copertura medica, con modalità operative tali da garantire la sicurezza del paziente.

## **ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

I servizi di supporto necessari alla UGDEE sono i seguenti:

- laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica;
- radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini;
- neurofisiologia clinica, elettroencefalografia, potenziali tronco encefalici, potenziali evocati acustici, visivi, somatosensoriali;
- modulo di chirurgia funzionale;
- attività di raccolta intraoperatoria del sangue;

- laboratorio di istochimica e anatomia patologica specializzati nella valutazione delle patologie neuromuscolari.

Tali prestazioni, tranne la radiologia convenzionale e la chirurgia funzionale possono essere acquisiti anche da strutture esterne al Presidio in cui è collocata la Unità operativa.

Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare

- gastroenterologia, alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica, impianti o revisioni di PEG, ecc;
- ORL;
- anestesiology/rianimazione;
- oculistica;
- neurochirurgia;
- traumatologia;
- pneumologia;
- pediatria;
- cardiologia;
- neuropsichiatria infantile.