



Adottata dal Direttore Generale in data - 4 OTT. 2016

Deliberazione N. 1739

OGGETTO : Approvazione ed attuazione della "Procedura inerente la gestione riabilitativa dei pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita"

Publicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera a partire dal - 5 OTT. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

IL DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

Su proposta della Direzione Medica di Presidio

Premesso che con atto deliberativo n° 319 del 28.02.2012 questa Amministrazione aveva Provveduto a conferire l'incarico di consulenza per la costituzione dei Percorso Clinici Assistenziali alla RTI Luiss- FormaMentis;

Atteso altresì che con atto n° 577 del 15.04.2013 si è provveduto, a seguito della sopra giunta esigenza di ridefinire e modificare, nei limiti di legge, gli obiettivi del progetto, all'integrazione del suddetto servizio;

Considerato che, con la partecipazione attiva di tutti i Reparti afferenti, la "Procedura inerente la gestione riabilitativa dei pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita" è stata ultimata;

Ritenuto pertanto di approvare ed attuare la suddetta "Procedura inerente la gestione riabilitativa dei pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita";

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

Ai sensi delle normative vigenti

DELIBERA

- 1) di approvare ed attuare la suddetta "Procedura inerente la gestione riabilitativa dei pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita";
- 2) di darne comunicazione a tutti i Reparti interessati

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Laura Balata

Il Direttore Sanitario
Dott. Vinicio Atzeni

Il Direttore Generale
Dott.ssa Graziella Pintus



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

**Procedura inerente la gestione
intra-ospedaliera dei pazienti
affetti da Grave Cerebrolesione
Acquisita**

CODICE*

PSQ AZ 01

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

<i>Attività</i>	<i>Nome Cognome</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Firma</i>
REDAZIONE	Berti Giuseppe	Dirigente Medico	
	Braina Pietro	Direttore FF SC Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale	
	Cara A.M. Elisabetta	Dirigente Medico	
	Casula Carlo	Dirigente Medico	
	Diana Annarita	Responsabile FF SSD Neuroriabilitazione	
	Ghiani Carla	Dirigente Medico	
	Marcello Rosa	Dirigente Medico	
	Montis Andrea	Dirigente Medico	
	Pilia Felicita	Dirigente Medico	
	Podda Susanna	Dirigente Medico	
Sanna Valeria	Dirigente Medico		
Vacca Rosa	Dirigente Medico		
VERIFICA	Braina Pietro	Direttore FF SC Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale	
	Diana Annarita	Responsabile FF SSD Neuroriabilitazione	
APPROVAZIONE	Graziella Pintus Maria Gabriella Nardi Marinella Spissu	Commissario Straordinario Direttore Sanitario Aziendale Direttore Medico di Presidio	

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima Stesura	18.07.2016

ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	MOD ST 01 PSQ AZ 01	Proposta di ricovero
2	LG AZ 01 PSQ AZ 01	Criteri di trasferibilità

INDICE

1. Scopo	pag. 3
2. Campo d'applicazione	pag. 3
3. Luogo d'applicazione	pag. 3
4. Riferimenti normativi e documentali	pag. 3
5. Abbreviazioni definizioni e terminologia	pag. 3
6. Responsabilità	pag. 4
7. Processo Attività	pag. 5
8. Validazione	pag. 6

1. SCOPO

Definire una procedura da adottare all'interno del P.O. San Michele, AO G. Brotzu che permetta di focalizzare l'attenzione sui pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita ricoverati nei reparti di degenza e che necessitano di essere ricoverati in Riabilitazione Intensiva, codice 75.

2. CAMPO D'APPLICAZIONE

Tale procedura si applica a tutti i pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita ricoverati nei reparti di degenza del PO San Michele, AO G. Brotzu.

3. LUOGO D'APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutti i reparti di degenza del PO San Michele, AO G. Brotzu.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Conferenza Nazionale di Consenso delle Persone con Grave Cerebrolesione Acquisita, 2000
- Conferenza Nazionale di Consenso delle Persone con Grave Cerebrolesione Acquisita, 2005
- Conferenza Nazionale di Consenso delle Persone con Grave Cerebrolesione Acquisita, 2010

5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

ABBREVIAZIONI	
AZ	Aziendale
DG	Direttore/Direzione Generale
DS	Direttore/ Direzione Sanitaria
DA	Direttore/ Direzione Amministrativa
DIR	Direttore/Responsabile di struttura complessa/semplice
DSTR	Direzione Strategica
DP	Dipartimento
GCA	Grave Cerebrolesione Acquisita
DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	
Processo	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro, in quanto gli output di uno sono solitamente input di altro/i
Procedura	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale (esempio la presente procedura)
Protocollo/ Istruzione operativa	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico - sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo

6. RESPONSABILITÀ

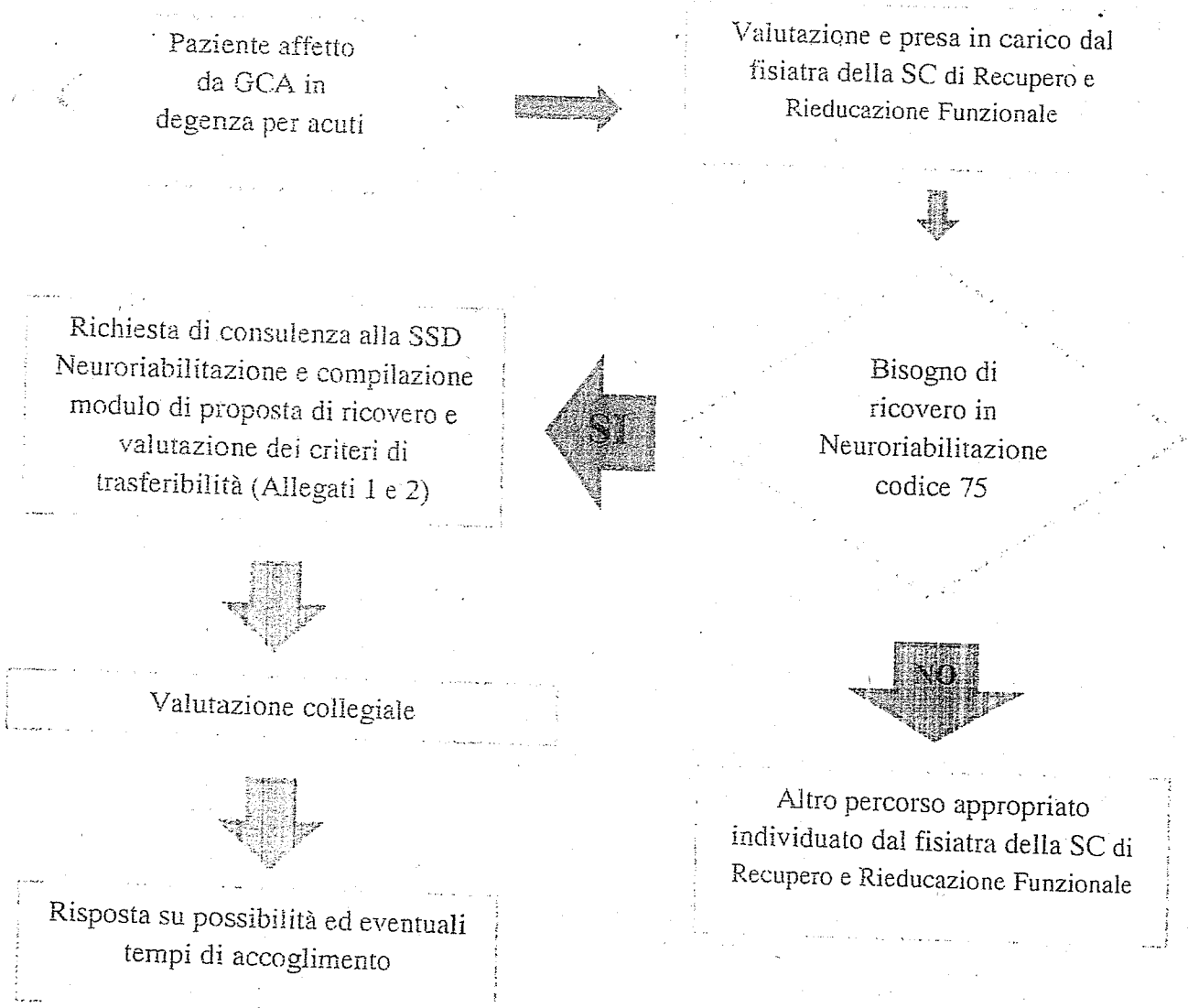
- Richiesta di consulenza fisiatrica alla **SC di Recupero e Rieducazione Funzionale** da parte dei reparti per acuti. Presa in carico del paziente da parte del Fisiatra della **SC di Recupero e Rieducazione Funzionale**, stesura del Progetto Riabilitativo in acuto ed inizio del trattamento riabilitativo, protratto per tutta la durata della degenza nel reparto per acuti.
- Ogni volta che viene evidenziato un paziente affetto da GCA, indicazione da parte del fisiatra della **SC di Recupero e Rieducazione Funzionale** alla richiesta di consulenza fisiatrica alla **SSD Neuroriabilitazione**
- Visita collegiale tra i fisiatri afferenti alle due unità operative ed il medico del reparto per acuti
- Indicazione al trasferimento in SSD Neuroriabilitazione, quando siano rispettati i criteri di trasferibilità e compilazione della richiesta di ricovero
- In caso di mancata disponibilità del posto letto presso il reparto SSD Neuroriabilitazione, attivazione del percorso di ricovero extra presidio

Azione/attività	Medico Reparto Acuti	Medico Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale	Medico Neuroriabilitazione
Richiesta di consulenza fisiatrica	R	C	
Indicazione alla richiesta di consulenza fisiatrica Neuroriabilitazione	C	R	C
Richiesta di consulenza fisiatrica Neuroriabilitazione	R	C	C
Consulenza fisiatrica Neuroriabilitazione	C	C	R
Indicazione al trasferimento in codice 75	C	C	R

R: Responsabile
C: Coinvolto

7. PROCESSO/ATTIVITÀ

INTERFACCIA STRUTTURE PER ACUTI - SSD NEURORIABILITAZIONE

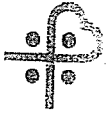


8. VALIDAZIONE/VALUTAZIONE

Direzione Sanitaria, Direttore di Dipartimento, Direttore di Struttura

Indicatori:

- % pz affetti da GCA presenti nel presidio / % richieste di consulenze fisiatriche al Servizio di fisioterapia
- % pz affetti da GCA presenti nel presidio / % richieste di consulenze fisiatriche alla SSD Neuroriabilitazione sotto indicazione del Servizio
- % pz affetti da GCA presenti nel presidio che necessitano di ricovero / % di ricoveri dei pz affetti da GCA in SSD Neuroriabilitazione



AO Brotzu

SSD NEURORIABILITAZIONE
MOD ST 01 PSQ AZ 01



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

PROPOSTA DI RICOVERO

Sig. _____

Nato/a _____ Data nascita _____

Domiciliato _____

Tel. _____ Tessera Sanitaria N° _____

Familiare di riferimento _____

CENNI ANAMNESTICI

1) Diagnosi _____

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata _____

3) Ha avuto un periodo di coma? SI NO da _____ a _____ GCS iniziale _____

4) Condizioni generali: buone discrete scadenti altezza: mt _____ peso Kg _____

5) Alimentazione: os SI No sng SI No peg SI No cvc SI No

(data posizionamento _____ ultima sostituzione _____)

6) Cannula tracheostomica cuffiata non cuffiata modello _____

(data posizionamento _____ ultima sostituzione _____)

7) Necessità di ossigeno terapia) SI NO

8) Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano) _____

9) Intervento chirurgico: SI NO (indicare quale e data) _____

10) Spasticità SI NO

11) mantiene la stazione seduta SI NO

12) Catetere vescicale a dimora SI NO (data ultima sostituzione _____)



AO Brotzu

**SSD NEURORIABILITAZIONE
MOD ST 01 PSQ AZ 01**



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

13) Trofismo cutaneo (piaghe da decubito, sede e grado, se necessario materasso antidecubito)

14) Terapia in atto (per farmaci di uso non routinario allegare posologia per almeno 2gg. Antibiotici indicare principio attivo)

15) Luogo in cui si trova attualmente il paziente:

16) Precedenti ricoveri per riabilitazione SI NO se SI indicare quando
Da allegare documentazione in possesso (copia cartella clinica reparto dimettente e del reparto di emergenza Rianimazione o Neurochirurgia) copia o originali immagini TC – RMN – ECO – EMG ecc.

SCHEDA AGGIUNTIVA PER SINDROME POST-COMATOSA

(da compilare esclusivamente se il paziente ha avuto un episodio di coma)

COSCIENZA:

Il paziente fissa e segue con lo sguardo? SI NO

Il paziente esegue ordini? SI NO

Il paziente muove spontaneamente uno o più arti? SI NO

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? SI NO

Il paziente presente agitazione psico-motoria? SI NO

Il paziente si alimenta per os? SI NO

Il paziente presenta frequenti ipertemie e/o infezioni ricorrenti SI NO

Il paziente presenta alterazioni del ritmo cardiaco SI NO

Data _____ IL MEDICO PROPONENTE _____

Recapito telefonico del medico _____



AO Brotzu

SSD NEURORABILITAZIONE
LG AZ 01 PSQ AZ 01



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO SULLA DISABILIT° DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Modena 20-21 Giugno 2000

CRITERI DI TRASFERIBILITA' DA STRUTTURE DI TERAPIA INTENSIVA A STRUTTURE RIABILITATIVE

Sulla base del consenso emerso all'interno della Giuria e dai dati della letteratura contenuti nel documento medico sono state formulate le seguenti raccomandazioni:

Criterio Generale

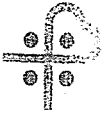
Un paziente può essere dimesso dalla terapia intensiva e/o post intensiva quando :

- Le sue condizioni cliniche si siano stabilizzate
- Sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti

Criteri specifici per i trasferimenti in sicurezza

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi ipertensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O₂ terapia) con SaO₂ > 95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheotomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano
- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni :



temperatura corporea $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$

frequenza cardiaca $> 90'$

frequenza respiratoria > 20 atti/min o $\text{PCO}_2 < 32\text{mmHg}$

globuli bianchi $> 12.000/\text{mm}^3$, o $< 4.000/\text{mm}^3$ o $> 10\%$ di cellule immature (21,22)

• Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)

• Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica

Criteri di stabilizzazione Neurochirurgica

• Assenza di processo espansivo alla TC ed assenza di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi

• Assenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.)

Il Medico Proponente dichiara di aver preso visione dei criteri di trasferibilità

Data

Il Medico Proponente