

2. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST-ACUZIE

2.0. REQUISITI GENERALI

Finalità

Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero in post-acuzie sono dirette all'assistenza ed al recupero funzionale indifferibile di pazienti che hanno superato la fase di acuzie, ma che hanno necessità di ulteriori interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili efficientemente in regimi alternativi al ricovero.

Destinatari

I soggetti destinatari sono pazienti post-acuti affetti da disabilità importanti o gravi patologie che determinano la non autosufficienza temporanea e che richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specialità nell'arco delle 24 ore e nelle ore diurne non erogabili in forma extraospedaliera.

Classificazione

Le strutture di riabilitazione ospedaliera si articolano come di seguito riportato:

- LUNGODEGENZA (COD. 60) erogano attività di riabilitazione estensiva o intermedia caratterizzata da un moderato impegno terapeutico (da uno a tre ore giornaliere) a fronte di un forte di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.
- RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (COD.56) erogano attività di riabilitazione intensiva per pazienti in fase subacuta che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico in termini di complessità e di durata dell'intervento (almeno tre ore giornaliere di terapia specifica) comprendenti anche le attività di riabilitazione specialistica: cardiologica e respiratoria, nonché neurologica.
- DAY HOSPITAL RIABILITATIVO (COD.56) dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o di trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.
- ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE comprendenti le attività riabilitative che richiedono un particolare impegno di qualificazione (mezzi, attrezzature, personale) secondo quanto stabilito dal D.M. 29.01.1992 e sono deputate:
 - al trattamento degli esiti delle mielolesioni - **Unità spinale unipolare** (COD. 28)

- al trattamento di persone con lesioni midollari stabilizzate – **Centro spinale**
- al trattamento di pazienti post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità - **Unità di Neuroriabilitazione ad alta intensità (COD. 75)**
- al trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva - **Unità per le disabilità gravi dell'età evolutiva (U.D.G.E.E.).**

Le strutture di post-acuzie possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali socio-sanitarie.

2.0.1. Requisiti Strutturali Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale per le strutture di ricovero a ciclo continuo e diurno di cui ai punti 1.0.1., 1.2.1., nonché quelli previsti per tutti i servizi di supporto.

Ad integrazione dei requisiti previsti al punto 1.2.1., devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

Per le nuove costruzioni, la camera di degenza singola deve avere una superficie di mq 12 e, per le camere multiple, la superficie utile non deve essere inferiore a mq 9 per singolo posto letto. La verifica dell'agibilità e del servizio igienico deve considerare la particolare condizione degli ospiti.

Devono essere previsti servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno 1/3 dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.

Le camere a più posti letto devono essere attrezzate per garantire la privacy del singolo paziente, mediante l'utilizzo di adeguati tendaggi e pannelli mobili.

Per le nuove strutture, le porte dei locali ad uso dei ricoverati devono avere una larghezza minima di cm 120.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche non inferiore a 12 mq, comunque collocati nella struttura ospedaliera.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale comprensiva di ecografie e grande diagnostica neurologica per immagini possono essere acquisite anche da strutture esterne al presidio in cui è collocata l'Unità Operativa, ad esclusione della radiologia convenzionale per la riabilitazione.

Qualora la struttura di post-acuzie sia collocata nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali, è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione, all'area della

valutazione e delle terapie nonché all'area di attesa e di deposito. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

2.0.2. Requisiti Tecnologici Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti al punto 1.2.2. devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

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

In relazione alla specifica attività svolta nella struttura ed alla tipologia degli utenti, devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- letti servoassistiti mobili a tre snodi regolabili in altezza predisposto per spondine e relativi "trapezi" ed "archetti alzacoperte";
- (in relazione alla tipologia dei malati - es. pazienti traumatizzati cranici provenienti dalla terapia intensiva/rianimazione - deve essere presente un congruo numero di letti servoassistiti elettricamente che consentano la facile esecuzione di tutte le manovre assistenziale ed il corretto posizionamento del paziente;
- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

2.0.3. Requisiti Organizzativi Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti ai punti 1.0.2. e 1.2.3., devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie deve essere previsto un direttore sanitario con i requisiti di legge.

All'interno delle strutture per post-acuzie ad alta recettività complessiva ovvero con più articolazioni funzionali e nei complessi polifunzionali, così come nelle strutture ambulatoriali nelle quali coesistono nella stessa unità immobiliare più tipologie funzionali (ad es. laboratorio analisi, diagnostica per immagini, e riabilitazione) riconducibili ad un unico soggetto titolare, deve essere previsto, in analogia a quanto disposto per le strutture di ricovero, un unico direttore sanitario in possesso di specializzazioni in igiene e medicina preventiva (o titolo equipollente).

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore;
- infermieri professionali per ogni turno;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);
- il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge;
- psicologo e assistente sociale (anche non dedicati);
- medici specialisti a consulenza.

Il numero degli operatori deve essere correlato alle caratteristiche particolari dell'utenza assistita.

E' opportuno l'intervento di personale riabilitativo anche durante la fase acuta della patologia.

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero uno o più progetti riabilitativi alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Devono essere definiti e documentati i collegamenti funzionali con le strutture di emergenza.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione della stessa al progetto riabilitativo, soprattutto per pazienti appartenenti all'età evolutiva e all'area della senescenza.

2.1. LUNGODEGENZA (COD.60)

Le strutture di lungodegenza assistono in regime di ricovero pazienti non autosufficienti, provenienti dalle diverse aree assistenziali mediche e chirurgiche. Il trattamento assistenziale - riabilitativo è rivolto a pazienti che presentano un quadro clinico instabile, persistenza di limitazioni funzionali con una riduzione della autosufficienza, disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale. Gli interventi riabilitativi sono rivolti al recupero funzionale, alla prevenzione e al trattamento di processi involutivi e degenerativi.

In tali strutture deve essere prevista la sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, il nursing infermieristico ed il trattamento riabilitativo. Il trattamento assistenziale-riabilitativo si esplica di norma in un periodo di 60 giorni dal ricovero nella struttura.

Le strutture di lungodegenza possono essere collocate in presidi ospedalieri o costituire presidi autonomi.

Le strutture di lungodegenza medica possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

2.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Le strutture di lungodegenza devono possedere i requisiti generali di cui ai punti 2.0.1. e 2.0.2.

2.1.2. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

Sono assicurate le attività di assistenza diagnostica, medica, infermieristica e riabilitativa e le consulenze specialistiche cardiologiche, urologiche, neurologiche, internistiche ed oculistiche e tutte quelle necessarie alla tipologia dei pazienti.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale. Per un modulo di 20 pl, deve essere garantita la presenza di:

- un medico - in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, neurologo, fisiatra o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore- , nei giorni feriali nelle ore diurne e la copertura delle guardie diurne e notturne;
- Infermieri: 2 mattina, 1 pomeriggio, 1 notte;
- 4 tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapisti occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);

- O.S.S. 2 mattina, 2 pomeriggio, 1 notte;
- psicologo e assistente sociale;

Il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge;

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità assistenziale dopo la dimissione.

2.2. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)

Finalità

L'Unità operativa di recupero e rieducazione funzionale (codice 56) è una struttura che eroga, in regime di ricovero, interventi riabilitativi indifferibili a pazienti con menomazioni e disabilità complesse che richiedono, in ragione della gravità e della scarsa autonomia, programmi di riabilitazione intensiva (almeno 3 ore/die). Le condizioni trattate prevedono tutela medica nelle 24 ore, interventi di nursing ad elevata specificità e di prevenzione secondaria, interventi valutativi medico-specialistici, valutazioni terapeutiche, riabilitative e rieducative intensive non erogabili in altra forma. Le Unità operative garantiscono un approccio multidisciplinare alla disabilità.

Le attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero si esplicano, di norma, entro 60 giorni dal ricovero.

Destinatari

Gli interventi sono rivolti a pazienti con menomazioni e disabilità recuperabili, di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela sanitaria ed interventi di nursing ad elevata specialità nonché interventi valutativi e terapeutici non erogabili in forma extraospedaliera.

2.2.1. Requisiti Strutturali

Le strutture di riabilitazione possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Oltre ai requisiti indicati nel punto 2.0.1. deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con superficie complessiva di almeno 100 mq per 20 utenti, con uno standard di 5 mq/paziente; (per le strutture esistenti sono previsti locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con uno standard complessivamente non inferiore a 5 mq/paziente rapportato al numero di pazienti da sottoporre contemporaneamente a terapia, a condizione che la palestra abbia una superficie di almeno 45 mq e nel rispetto dei parametri assistenziali vigenti);
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate un rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi di almeno 9 mq;
- ambiente/ spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra;

- area attrezzata dedicata per colloquio ed addestramento familiari (può essere sostituita dalla sala riunioni);
- area attrezzata per la consumazione dei pasti, per la socializzazione ed il tempo libero.
- servizio igienico per disabili.

2.2.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.2. devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

Deve essere presente:

- apparecchio per saturimetria transcutanea;
- letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile;
- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
- materassini per cinesiterapia a pavimento;
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- bilance con quadrante basso;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- apparecchi per elettrostimolazioni;
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, deambulatori etc);
- cicloergometro o tapis roulant;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- sussidi per l'esercizio terapeutico;
- ausili per il rinforzo muscolare;
- bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- 1 maxicilindro;

- sgabelli ad altezza regolabile;
- 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.

Devono inoltre essere presenti aree per la socializzazione ed il tempo libero dotate di:

- tavoli, sedie e poltroncine ergonomiche;
- strumenti audiovisivi;
- materiale per attività manipolative e ludiche;
- materiali e strumenti per la valutazione: sistema di valutazione neurofisiopatologica, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle attività motorie, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche, spirometro etc.

Devono essere presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale e la logoterapia.

2.2.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3 e ad integrazione degli stessi devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale. Per un modulo di 20 pl, deve essere garantita la presenza di:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (medico specialista in medicina fisica e riabilitativa o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore; sono previsti 2 medici dalle ore 8,00 alle ore 14,00 ed 1 medico dalle ore 14,00 alle ore 20,00 e disponibilità di un medico di guardia nel presidio nei giorni feriali;
- disponibilità h 24 di un medico di guardia nel presidio nei giorni prefestivi e festivi;
- infermieri: 2 la mattina, 1 il pomeriggio ed 1 la notte;
- 6 professionisti sanitari dell'area della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapista occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742), a 36 ore, di cui 1 logopedista ove necessario per la tipologia dei pazienti in trattamento; 1 coordinatore;
- O.S.S.: 3 la mattina, 3 pomeriggio, 1 notte;
- psicologo con competenze neuropsicologiche;

- assistente sociale;
- dietista/dietologo a consulenza.

medici specialisti a consulenza (cardiologo, neurologi, urologo, ginecologo, etc).

L'attività di riabilitazione viene svolta sia alla mattina che al pomeriggio.

Disponibilità, anche in convenzione esterna, per TC/RNM, ecografia, EMG/ENG, diagnostica vascolare (ecodoppler).

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Le strutture di riabilitazione dotate di più unità operative, fino a 100 posti letti devono individuare, oltre al personale sopradescritto, un'ulteriore figura medica in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente con le funzioni di responsabile.

In presenza di attività di consulenza presso altri reparti ospedalieri è inoltre da prevedersi un ulteriore e proporzionale adeguamento del personale medico specialistico e tecnico.

L'attività medica dovrà essere integrata in modo programmato con le altre specialità.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.2A. Riabilitazione Cardiologica

La riabilitazione cardiologia può essere effettuata in un reparto codice 56 totalmente specializzato o in posti letto dedicati. I pazienti da sottoporre a riabilitazione intensiva cardiologia sono selezionati tramite un rigoroso processo di valutazione del bisogno riabilitativo intensivo nonché del rischio all'attività riabilitativa. Si considerano prioritari ed elettivi gli interventi riabilitativi rivolti al paziente post cardiocirurgico e infartuato.

Requisiti strutturali

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono possedere le caratteristiche strutturali valide per il codice 56 del presente documento.

Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- sistema Holter - ECG e Holter pressione;

- ergometria, ecocardiografia (disponibile), ECG;
- sistema telemetrico ECG, ossimetri, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant;
- attrezzature usuali della palestra di cinesiologia, letti per rieducazione funzionale respiratoria;
- attrezzatura per il drenaggio bronchiale;
- strumenti per l'assistenza alla tosse.

Requisiti Organizzativi

Sono confermate le figure professionali riportate per il codice 56 con i relativi rapporti personale/posti letto, integrate dalla figura del medico specialista in cardiologia.

La responsabilità dell'unità/area di riabilitazione cardiologica è affidata ad un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.

Deve essere previsto un collegamento funzionale con un'unità di terapia intensiva cardiologica.

2.2.B Riabilitazione Respiratoria

La riabilitazione respiratoria può essere effettuata in un reparto codice 56 totalmente specializzato o in posti letto dedicati.

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. 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.

Si considerano prioritari ed elettivi gli interventi riabilitativi rivolti al paziente con malattie croniche ostruttive polmonari (COPD) e con patologie non ostruttive (fibrotorace, bronchiectasie, malattie neuromuscolari, deformità della gabbia toracica, paralisi diaframmatica, post resezione polmonare e post insufficienza respiratoria).

Requisiti strutturali

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono possedere le caratteristiche strutturali valide per il codice 56 del presente documento.

Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- saturimetro;

- spirometro-analizzatore gas espirati;
- ECG;
- ergometria;
- emogasanalisi;
- apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva e negativa;
- broncoaspiratori;
- strumenti per l'assistenza alla tosse;
- apparecchi portatili per O₂ terapia.

Requisiti Organizzativi

Sono confermate le figure professionali riportate per il codice 56 con i relativi rapporti personale/posti letto, integrate dalla figura del medico specialista in pneumologia.

La responsabilità dell'unità/area di riabilitazione respiratoria è affidata ad un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.

Deve essere previsto un collegamento funzionale con un'unità di terapia intensiva.

2.3. DAY HOSPITAL RIABILITATIVO (COD.56)

Finalità

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

Le funzioni del D.H. 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, ausili mediante la effettuazione di specifiche sedute di valutazione e addestramento all'uso;
- consentire un intervento di riabilitazione intensiva quando il ricovero ordinario costituisca una specifica controindicazione (come ad esempio, nell'età evolutiva o dopo ospedalizzazione prolungata).

Destinatari

Il trasferimento in D.H. 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 D.H. con sicurezza e continuità.

Per il paziente in D.H. 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.

2.3.1. Requisiti Strutturali Tecnologici e Organizzativi

Oltre ai requisiti del Day Hospital medico di cui al punto 1.3., devono essere posseduti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per le UU.OO. di riabilitazione intensiva dimensionati alla quantità dell'utenza.

Nel Day Hospital riabilitativo neuromotorio gli ambienti per la degenza possono essere sostituiti con locali di soggiorno attesa con superficie non inferiore a 4 mq a posto letto.

L'attività di D.H. 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.

2.4. ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

Le Alte Specialità Riabilitative si inquadrano nel III livello e svolgono le seguenti funzioni:

- ricovero di soggetti affetti da gravi disabilità di competenza, sulla base di specifici protocolli di accesso e di collegamento con le strutture di I e II livello;
- ricovero per rivalutazioni 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 I e II livello.

Le Alte Specialità sono deputate::

- al trattamento degli esiti delle mielolesioni - **Unità spinale unipolare** (COD. 28)
- al trattamento di persone con lesioni midollari stabilizzate - **Centro spinale**
- al trattamento di pazienti post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità - **Unità di Neuroriabilitazione ad alta intensità** (COD. 75)
- al trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva - **Unità per le disabilità gravi dell'età evolutiva (U.D.G.E.E.)**.

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 dei punti 2.5.1. e 2.5.2. devono essere strettamente raccordate sulla base di protocolli condivisi, con le strutture afferenti al sistema dell'emergenza /urgenza individuati sul territorio ed in particolare con i D.E.A. di II° livello e 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, assicurando un intervento tempestivo, multiprofessionale e multidisciplinare durante la degenza presso l'area funzionale dell'emergenza.

2.4.1 UNITÀ SPINALE UNIPOLARE (COD.28)

Finalità

L'Unità Spinale Unipolare (USU) garantisce il percorso curativo-assistenziale del paziente medulloleso ad iniziare dalla fase dell'emergenza sino al recupero socio-familiare. Tale percorso deve essere garantito all'interno della struttura ospedaliera stessa.

Il trattamento è finalizzato al recupero della massima autonomia e indipendenza della persona medullolesa, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali, ed è valutato attraverso l'utilizzo di scale di esito funzionali. La fase di reinserimento socio-familiare, avviata già durante l'ospedalizzazione presso l'USU, vede il coinvolgimento attivo, coordinato e armonizzato, sia dell'USU che dei distretti sociosanitari e delle strutture riabilitative territoriali di competenza, attraverso contatti continui e la condivisione degli interventi che si riterranno necessari, definiti in appositi protocolli.

L'equipe dell'USU elabora un progetto riabilitativo individuale, nel pieno rispetto della centralità della persona medullolesa, considerate le condizioni cliniche, la prognosi del recupero, e le condizioni socio familiari. Il progetto è condiviso e partecipato dal paziente e dai familiari e/o congiunti, definisce i singoli programmi per il raggiungimento degli obiettivi e mantiene tale responsabilità anche dopo le dimissioni. L'equipe, inoltre, garantisce l'unitarietà dell'intervento clinico-riabilitativo, rispetto alle esigenze della persona con lesione midollare nella sua globalità fisica, psichica, affettiva, emozionale, relazionale e sociale, fin dalla fase dell'emergenza-acuzie e per tutta la durata della degenza, seguendone l'evoluzione.

L'USU è collocata all'interno di Ospedali/Poli Ospedalieri sedi di D.E.A. di II livello o di Trauma Center; è in diretta continuità con i reparti di Rianimazione e di Terapia Intensiva per poter garantire:

- il ricovero diretto in USU da parte del 118, quando le condizioni generali non rendano necessario il ricovero in Rianimazione o in Terapia Intensiva;
- la rapida e precoce presa in carico da parte dell'equipe dell'USU, anche in caso di ricovero del paziente nelle UOC di Rianimazione, Terapia Intensiva o Neurochirurgia;
- l'immediato intervento in USU da parte dei Medici Rianimatori, in caso di comparsa di gravi complicazioni per i degenti (es. improvvise complicanze respiratorie).

Devono essere assicurati i seguenti servizi diagnostici di riferimento:

Neuro-psicologia:

- Valutazione delle funzioni corticali superiori (linguaggio, prassie, memoria,gnosie, funzioni attivo-percettive e di controllo).
- Disturbi neurocomportamentali.

Neurofisiologia:

- E.E.G. on line.
- E.E.G. quantitativo (brain mapping) o Potenziali evocati cognitivi o Potenziali evocati acustici.
- Potenziali evocati somatosensoriali o Potenziali evocati visivi.
- Potenziali evocati sacrali.
- E.M.G.-E.N.G..
- Stimolazione magnetica.
- Valutazione neurovegetativa.

Urologia:

- Urodinamica.
- Holter delle vescicole.
- Impianto di catetere sovrapubico.
- Cistoscopia.

Oculistica

- Campimetria.
- Schermo di Hess.
- Lampada a fessura.

Cardiologia

- E.C.G..
- E.C.G. dinamico.
- Valutazione ergometrica.

Broncopneumologia:

- Funzionalità respiratoria.

Radiologia :

- Rx.
- T.C..
- R.M. 1,5 TESLA con F.F.E. e FLAIR.
- Videofloroscopia della deglutizione.
- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati.
- Ecografia.

Diagnostica con ultrasuoni-Chirurgia vascolare:

- Doppler sono grafia.
- Ecodoppler monografia.
- Ecocolordoppler monografia.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

Patologia clinica:

- Chimica clinica.
- Microbiologia.
- Virologia.
- Immunologia.
- Ormonali.

Neurochirurgia

- Misurazione della pressione intracranica.
- Trattamento degli idrocefali ipertensivi e normotensivi.
- Trattamento di raccolte subdurali subacute e croniche.
- Impianto di pompa per infusione per endorachide di Baclofen.

Gastroenterologia

- Endoscopia digestiva.
- Impianto PEG.

Chirurgia toracica

- Fibrobroncoscopia.
- Laserterapia.
- Impianto endoprotesi tracheali.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

Infettivologia:

- Consulenze.

Otorinolaringoiatria

- Audiometria.
- Esame vestibolare.
- Rinoscopia.
- Laringoscopia.

Ortopedia e traumatologia :

- Ortesi gessate progressive.
- Trattamento ossificazioni eterotopiche.
- Allungamento tendini.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

2.4.1.1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti di cui al punto 2.0.1., devono essere previsti:

- camere di degenza attrezzate tutte con bagno accessibile, con w.c. e doccia e relativi accessori;
- un locale destinato all'effettuazione della barella-doccia;
- spazi per attività di sport-terapia, di attività sportiva ludica e per il tempo libero (sala televisione, musica, etc);
- spazio per l' infermiere, con punto accoglienza;
- locale per riunioni di équipe;
- locali per le attività di Terapia Occupazionale, comprendenti una zona officina per la personalizzazione, lo studio dell' assetto posturale in carrozzina e la sua manutenzione, una zona

per l'addestramento alle Attività di Vita Quotidiana (igiene, alimentazione, abbigliamento, trasferimenti, attività domestiche), percorsi esterni per i training in carrozzina;

- spazio da destinare al rapporto con le Associazioni rappresentative degli utenti (persone con lesione midollare stabilizzata); in particolare è individuato un ambito nel quale inserire le attività di "consulenza alla pari" svolte da persone con lesione midollare già stabilizzata, utile a fornire alle persone ricoverate, informazioni, indicazioni ed orientamenti;

- locale soggiorno dedicato a momenti di socializzazione, incontri con familiari e conoscenti e per il tempo libero;

- area per idrochinesiterapia, con vasca idroterapica accessibile; in assenza è prevista la possibilità di convenzioni esterne.

- 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 uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina ovvero doccia attrezzata;

- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo).

Devono essere presenti spazi destinati al soggiorno e al tempo libero.

2.4.1.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., devono essere presenti:

- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni;
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio.

- letti elettrici a tre snodi, con possibilità di essere abbassati fino a 40 cm, per favorire i trasferimenti, con tavolo servitore e comodino;
- letti basculanti per pazienti ancora non stabilizzati chirurgicamente (es. egerton);
- sistemi di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetra a succhio-soffio o con bottone;
- materassi antidecubito ad alta e media protezione, di vario tipo a seconda delle esigenze specifiche (fluidizzati o ad aria con caratteristiche simili, lattice) anche con contratti di service;
- carrello per le emergenze cardiopolmonari;
- pulso-ossimetri, in numero di almeno 1 ogni 4 posti letto;
- 1 barella-doccia ogni 8 malati;
- un apparecchio di pressoterapia peristaltica, per prevenzione TVP, ogni 8 pazienti;
- letti per rieducazione motoria (sia 100 x 200 che 200 x 200), ad altezza variabile (da 44 a 85 cm), nel rapporto di 1 ogni 3 pazienti;
- cicloergometri per arti superiori ed inferiori (1 ogni 8 pazienti) ed un multipower per rinforzo muscolare, parallele (per lesioni incomplete), standing;
- carrozzine basculanti per tetraplegici (1 ogni 4 pazienti);
- carrozzine leggere e superleggere di varie misure e modelli da quelle standard a quelle personalizzate (almeno 1/3 rispetto al numero dei posti letto);
- video-uro-dinamica;
- ausili per la comunicazione.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).

Eventuale attrezzatura per la piscina:

- un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;
- braccioli e tavolette per idroterapia;
- salvagenti muniti di corde per il recupero.

Area di degenza

Devono essere presenti:

- letti poliarticolati in clinostatismo e verticalizzanti a 90°;
- materassi antidecubito (schiuma o lattice);
- testa letto con impianto centralizzato per vacuum, O₂, sistema di chiamata e luci;
- un modulo contenitore per ogni paziente, con vari ripiani atti a contenere: biancheria pulita, materiale per l'igiene, capi di abbigliamento per l'esterno, piccolo materiale ortesico per i posizionamenti;
- un contenitore per conservare le ortesi;
- piani di lavoro;
- un modulo ad U attrezzato per l'osservazione infermieristica;
- carrozzine speciali;
- 10 imbracature per il sollevamento del paziente;
- 2 sollevatori;
- 2 sistemi di pesatura del paziente;
- 1 barella doccia;
- 1 barella a cucchiaio;
- 1 vasca a farfalla;
- 2 kinetec arto inferiore;

2.4.1.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3, devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

L'USU si avvale, in forma organizzata, oltre che delle specialità già previste nel DEA di II livello (atte a garantire l'emergenza rianimatoria, neurochirurgia, medica, chirurgica e ortopedica), di altre attività specialistiche come: Urologia, Chirurgia plastica e Chirurgia Vascolare, la Neurologia/Neurofisiologia, la Diagnostica per immagini.

Inoltre è garantito:

- équipe costituita da dirigenti medici di varia specialità, tra cui ad es.: fisiatra, internista, pneumologo, neurologo, anestesista, etc.
- disponibilità costante e organizzata di Anestesista, Neurologo, Urologo con dimostrata esperienza in lesioni midollari e Andrologo (anche con posti letto di degenza e camera operatoria), Neurochirurgo (test al baclofene e impianti di sistemi infusionali intratecali), Chirurgo plastico, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare e angiologo, Ortopedico, Otorinolaringoiatra, Chirurgo vertebrale dedicato, Gastroenterologo (impianto PEG), Nutrizionista clinico.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- 5 medici la mattina, 1 medico pomeriggio, 1 medico di notte;
- 10 Infermieri la mattina (oppure 7 + 4 OSS), 7 il pomeriggio (oppure 5+3 OSS), 5 la notte;
- 6 Fisioterapisti la mattina ed uno il pomeriggio; 1 coordinatore dei Fisioterapisti;
- 4 Terapisti occupazionali la mattina ed uno il pomeriggio; 1 coordinatore dei Terapisti occupazionali;
- devono essere presenti lo Psicologo e l'Assistente sociale;
- disponibilità del Logopedista.

Sono assicurate, nel P.O. sede dell'USU, le seguenti attività:

- Urologia, per garantire la gestione clinico-diagnostica e terapeutica (medica e chirurgica) dei degenti in USU e delle persone afferenti alla struttura per periodici controlli (videourodinamica, ecografie, litotrissia, uretrocistoscopie, vescica neurogena, etc);
- Patologia clinica, chimica clinica, microbiologia, virologia, immunologia, studio ormonale;
- Neurochirurgia (chirurgia vertebrale, impianti sistemi infusionali intratecali);
- Anestesia e rianimazione (fibrobroncoscopia disostruttiva e diagnostica, tracheotomie, gestione pazienti in ventilazione assistita, etc);
- Chirurgia generale e d'urgenza (gastroscopie, impianto P.E.G., ecc.);
- Ortopedia e traumatologia;
- Chirurgia plastica e ricostruttiva (trattamento lesioni da pressione).

Sono definiti protocolli operativi con i seguenti servizi, anche esterni:

- Chirurgia Maxillo-facciale;
- Ostetricia e Ginecologia (è necessario prevedere che l'USU abbia la possibilità di seguire la gravidanza ed il parto delle donne para e tetraplegiche);
- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati;
- Videofluoroscopia della deglutizione;
- Endoscopia Toracica: laserterapia endotracheale, impianto di endoprotesi tracheali, fibrobroncoscopia;
- Polisonnografia;
- Infettivologia.

2.4.2 CENTRO SPINALE

Il Centro Spinale (CS) è dedicato al trattamento delle persone con lesione midollare stabilizzata e alla gestione delle principali complicanze che si possono creare nelle fasi successive all'evento acuto. E' collocato all'interno, o in collegamento funzionale con un DEA di I livello per la gestione di eventuali eventi acuti. Il Centro Spinale è inserito nella rete riabilitativa e pertanto collabora in modo privilegiato con l'Unità Spinale Unipolare nel trattamento di pazienti in fase acuta.

E' prevista la possibilità di ricoveri successivi da domicilio, con la stessa complessità di intervento multidisciplinare, per assicurare la corretta gestione delle complicanze del medulleso: terapia conservativa e chirurgica delle lesioni da pressione, studio e trattamento delle paraosteopatie, diagnostica e terapia neuro-urologica, chirurgia ortopedica e traumatologica, riabilitazione respiratoria, trattamento del dolore, trattamento della spasticità, problematiche vascolari, intestinali e internistiche, valutazioni posturali, programmi specifici di recupero o miglioramento delle autonomie funzionali delle attività della vita quotidiana, della mobilità e dei trasferimenti in autonomia.

2.4.2.1. *Requisiti strutturali*

Devono essere presenti:

- camere di degenza a 2-3 letti attrezzate tutte con bagno accessibile, con w.c. e doccia e relativi accessori;
- spazi per attività di sport-terapia, di attività sportiva ludica e per il tempo libero (sala televisione, musica);
- spazio per l'infermiere, con punto accoglienza;
- locale per riunioni di équipe;
- locale palestra attrezzata per le attività di riabilitazione;
- locali per le attività di Terapia Occupazionale, comprendenti una zona officina per la personalizzazione, lo studio dell'assetto posturale in carrozzina e la sua manutenzione, una zona per l'addestramento alle Attività di Vita Quotidiana (igiene, alimentazione, abbigliamento, trasferimenti, attività domestiche), percorsi esterni per i training in carrozzina, locali adibiti come case pre-dimissioni;
- locale soggiorno dedicato a momenti di socializzazione, incontri con familiari e conoscenti e per il tempo libero (sala televisione);
- area per l'idrochinesiterapia con vasca idroterapica accessibile e annessi spogliatoi e servizi wc-doccia accessibili, oppure il convenzionamento con una piscina accessibile esterna.

2.4.2.2. *Requisiti tecnologici*

Devono essere presenti:

- letti elettrici a tre snodi, con possibilità di essere abbassati fino a 40 cm, per favorire i trasferimenti, con tavolo servitore e comodino;
- testa letto centralizzato per vacuum e ossigeno;
- sistemi di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetra a succhio-soffio o con bottone;
- materassi antidecubito ad alta e media protezione, di vario tipo a seconda delle esigenze specifiche (fluidizzati o ad aria con caratteristiche simili, lattice), anche con contratti di service;
- pulso-ossimetri, in numero di almeno 1 ogni 8 posti letto;
- uno solleva-malati manuale e/o elettrico ogni 12 letti, con imbracature di diverso tipo;
- una barella-doccia ogni 12 malati;
- letti per rieducazione motoria (sia 100 x 200 che 200 x 200), ad altezza variabile (da 44 a 85 cm);
- cicloergometri per arti superiori ed inferiori (1 ogni 8 pazienti) ed un multipower per rinforzo muscolare, parallele (per lesioni incomplete), standing;
- carrozzine basculanti per tetraplegici (1 ogni 4 pazienti);
- carrozzine leggere e superleggere di varie misure e modelli da quelle standard a quelle personalizzate (almeno 1/3 rispetto al numero dei posti letto);
- sistema pesatura-paziente;
- un carrello per emergenze cardiopolmonari e rianimatorie;
- ausili per la comunicazione.

2.4.2.3. Requisiti Organizzativi

I trattamenti sono erogati dall'equipe multiprofessionale e multidisciplinare. Sono presenti nell'equipe almeno le seguenti figure mediche specialistiche: fisiatra, neurologo, pneumologo e internista o equipollenti. Inoltre è previsto l'accesso costante e programmato dei seguenti specialisti: Anestesista, Neurologo, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare, Angiologo, Ortopedico, Otorinolaringoiatra, Chirurgo plastico e Nutrizionista.

Il personale di seguito indicato è dedicato alle attività di degenza; per un modulo di 20 pl deve essere garantita la presenza:

- 3 medici la mattina, 1 medico il pomeriggio e la copertura della guardia notturna e festiva;
- 7 Infermieri la mattina (oppure 5 +3 OSS), 6 Infermieri il pomeriggio (oppure 5 +2 OSS), 3 Infermieri la notte;
- 6 Fisioterapisti; 1 coordinatore dei Fisioterapisti;
- 3 Terapisti occupazionali; 1 coordinatore dei Terapisti occupazionali;

- devono essere presenti lo Psicologo e l'Assistente sociale;
- disponibilità dei Logopedista.

Devono essere assicurate le seguenti attività diagnostiche e/o valutative, nel P.O. sede del Centro spinale:

- Neurofisiologia: EEG, Potenziali Evocati Somato Sensoriali (PESS), Potenziali Evocati Motori (PEM), EMG ed ENG;
- Urologia: VideoUroDinamica (VUD), Uretrocistoscopia, Ecografia;
- Cardiologia: ECG, Ecocardiografia, Holter;
- Broncopneumologia: Prove di Funzionalità Respiratoria, Fibrobroncoscopia, Polisonnografia;
- Diagnostica per Immagini: Rx, Ecografia, Eco-colordoppler;
- Diagnostica Complessa per Immagini: TC, RMN
- Patologia Clinica: Chimica Clinica, Microbiologia, Virologia, Immunologia, Studio Ormonale;
- Gastroenterologia: Endoscopia Digestiva, Impianto di PEG;
- Otorinolaringoiatria: Esame Audiovestibolare, Laringoscopia;
- Ortopedia e Traumatologia: Valutazione e trattamento POAN (paraosteoartropatie neurogene).

Devono essere assicurati i seguenti servizi, anche in collegamento funzionale con altri presidi ospedalieri:

- Psicologia (attività di supporto psicologico per i degenti ed i familiari);
- Neurochirurgia e neurotraumatologia;
- Chirurgia Plastica: trattamento delle ulcere da pressione;
- Chirurgia Maxillo-facciale;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati;
- Videofluoroscopia della deglutizione;
- Endoscopia Toracica: laserterapia endotracheale, impianto di endoprotesi tracheali, fibrobroncoscopia;
- Infettivologia;
- Andrologia: ecografia dei corpi cavernosi del pene;
- Nutrizione Clinica.

2.4.3. UNITA' DI NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA' (COD.75)

Finalità

L'Unità di neuro riabilitazione ad alta intensità (cod.75) è finalizzata al trattamento dei soggetti affetti da gravi cerebro lesioni acquisite intese come persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica e di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratto con punteggio GCS inferiore ad 8 in fase acuta, GOS 2-3, LCF 1-4 e DRS superiore o uguale a 17.

In tali UU.OO. devono essere assicurate le seguenti attività specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, psichiatria, chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia.

Nelle UU.OO. di Neuroriabilitazione ad Alta Intensità possono essere offerti i seguenti servizi:

- Fisiocinesiterapia.
- Riabilitazione cognitiva.
- Terapia occupazionale.
- Rieducazione respiratoria.
- Terapia foniatria (riabilitazione, deglutizione e fonazione).
- Riabilitazione linguaggio (servizio afasia).
- Riabilitazione urologia.
- Neuropsicologia/psicologia clinica.
- Riabilitazione ortoptica (diplopia e disturbi della visione).
- Trattamento spasticità.
- Idrochinesiterapia (piscina).
- Supporto tecnico ortopedico e carrozzine personalizzate.
- Supporto sociale.

Diagnostica disponibile:

- Tomografia computerizzata.
- Risonanza magnetica.
- Ecografia e doppler.
- Radiologia generale.

- Videofluoroscopia (cinematografia della deglutizione).
- Fibrolaringoscopia.
- Endoscopia.
- Spirometria.
- Urodinamica e cistomanometria.
- Potenziali evocati.
- Elettromiografia.
- Elettroencefalografia.

Consulenze specialistiche:

- Neurologica.
- Ortopedica.
- Neurochirurgica.
- Chirurgia generale.
- Infettivologica.
- Endocrinologia.
- Pneumologia.
- Urologia.
- Cardiologica.
- Dermatologica.
- Otorinolaringoiatra/foniatra.
- Oculistica.
- Rianimatoria.
- Chirurgia plastica.
- Chirurgia maxillo facciale.
- Chirurgia funzionale.

Criteri di inclusione

- a) Coma con Glasgow Coma Scale < 8 nella fase acuta (trauma cranico e coma di altra causa);
- b) GOS 2-3, LCF 1-4 e DRS superiore o uguale a 17;
- c) Durata del coma di almeno 48 ore;
- d) Ricovero in Rianimazione e Neurochirurgia per almeno 7 giorni.

Caratteristiche dei pazienti

Presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- provenienza diretta dalla Rianimazione o dalla Neurochirurgia;
- presenza di tracheostomia;
- presenza di stenosi tracheale, diagnosticata mediante esame fibroscopico;
- presenza di alimentazione parenterale (accesso venoso centrale);
- presenza di alimentazione enterale (sondino naso-gastrico o PEG “*percutaneous endoscopic gastrostomy*”);
- diagnosi di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza;
- tetraplegia o tetraparesi;
- sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea., crisi ipertoniche, ipertermie recidivanti);
- sindrome psicorganica grave (agitazione psicomotoria o inerzia o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza di collaborazione);
- sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (*critical illness polyneuropathy*));
- spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti antispastici;
- dipendenza totale per l'alimentazione, la cura, l'igiene personale e il controllo degli sfinteri (incontinenza urinaria e fecale).

2.4.3..1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.1., per la riabilitazione intensiva devono essere previsti:

- almeno una stanza singola attrezzata per eventuale necessità di isolamento del paziente, per problematiche infettive a particolare rischio di contagio o particolari problematiche neuropsicologiche di difficile contenzione;
- stanze con videosorveglianza, per il controllo anche notturno di problematiche mediche e/o neuropsicologiche complesse;
- almeno n.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;
- n.2 servizi igienici assistiti per pazienti non autosufficienti, di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;

- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo);
- sala per le riunioni dell'équipe riabilitativa e terapia di gruppo per i pazienti (musicoterapia, terapia cognitiva di gruppo etc..)

è auspicabile la presenza di un'area piscina destinata sia all'attività di idroterapia che all'attività natatoria con annesso spogliatoio e servizio wc – doccia.

2.4.3.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., per la riabilitazione intensiva devono essere presenti:

- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni (o impianto di aria medicata);
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- bronco aspiratori (o impianto di aspirazione a vuoto);
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- letti speciali elettrici e verticalizzabili
- presidi anti-decubito
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio;
- disponibilità di un fibrolaringoscopio.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).

Eventuale attrezzatura per la piscina:

- un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;
- braccioli e tavolette per idroterapia;
- salvagenti muniti di corde per il recupero;
- reperibilità anestesilogica e disponibilità di un ventilatore meccanico;
- disponibilità di stanze attrezzate con monitor per la valutazione delle funzioni vitali;
- disponibilità di saturimetro fisso e portatile, ed emogasanalizzatore;
- disponibilità di letti speciali, basculanti, verticalizzabili, materassi antidecubito, vasca e sollevatori.

2.4.3.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. e ad integrazione degli stessi, devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

L'unità è collegata funzionalmente con strutture per l'emergenza e urgenza con i reparti per acuti ad elevata complessità (ad esempio neurochirurgia) attraverso protocolli definiti a livello regionale.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che assicuri un impegno riabilitativo quotidiano di almeno 3 ore.

Quest'ultima, per unità operative di 20 posti, deve essere composta da:

- medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisiatria, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 7);
- infermieri professionali per ogni turno (rapporto 1 a 1 di cui uno coordinatore);
- tecnici della riabilitazione: terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti con esperienza nella terapia cognitiva e foniatria, psicomotricisti per l'età evolutiva, ortottisti (rapporto di 1 a 3 di cui uno coordinatore);
- O.S.S. (rapporto di 1 a 5);
- psicologo e neuropsicologo (part-time);
- assistente sociale.

Tali rapporti sono intesi su base giornaliera e distribuita nei tre turni.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato delle sottoelencate specialità: neurologia, fisiatria, urologia, neurochirurgia, chirurgia generale e plastica.

In particolare dovranno essere garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: ortopedico, neurotraumatologo e/o neurochirurgo, anestesista rianimatore, otorinolaringoiatra, pneumologo, chirurgo maxillofacciale e chirurgo toracico.

Devono inoltre essere disponibili:

- servizio di neuropsicologia, con neuropsicologi e professionisti sanitari per l'area della riabilitazione dedicati alla riabilitazione cognitiva e con esperienza specifica per la valutazione e il trattamento dei disturbi neuropsicologici dei pazienti post-comatosi;
- servizio di psicologia clinica dedicato all'accoglienza e al supporto di familiari con personale e spazi dedicati;
- consulenze esterne e connessione funzionale regolamentata con reparti di rianimazione, chirurgia toracica, chirurgia generale o gastro-enterologia per impianto, gestione e rimozione PEG, neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, infettivologia, endocrinologia, ortopedia con esperienza specifica in chirurgia funzionale delle principali anchilosi osteo-articolari, ossificazioni para articolari, retrazioni capsulo-tendinee etc..;
- supporto dell'assistente sociale nelle procedure e nelle pratiche necessarie al riconoscimento dei benefici di legge, di integrazione e/o trasferimento in altre strutture;
- laboratorio ortopedico per fornitura ausili;
- collegamento funzionale con servizi/strutture specializzate per infiltrazione con tossina botulinica, test, applicazione e gestione di pompa intra-rachidea con baclofen.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.4.4 UNITÀ PER LE DISABILITÀ GRAVI IN ETÀ EVOLUTIVA (U.D.G.E.E.)

Finalità

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva (U.D.G.E.E.) è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi delle patologie motorie e cognitive congenite od acquisiti nella prima infanzia e nell'età evolutiva.

L'U.D.G.E.E. va prevista per bacini regionali di utenza.

L'accesso in regime di ricovero ordinario è rivolto prevalentemente a pazienti provenienti da reparti di Terapia Intensiva/Rianimazione o da altri reparti per acuti.

L'U.D.G.E.E. è collocata all'interno di un presidio ospedaliero dove siano garantite, anche in collegamento funzionale le seguenti competenze specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia, neurochirurgia, pediatria, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, medicina fisica e riabilitazione, chirurgia infantile con funzione di urologia pediatrica, neuropsichiatria infantile.

2.4.4.1. Requisiti Strutturali

Devono essere presenti:

- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;
- un bagno assistito dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo), dotata di gas medicali e sistema di aspirazione;
- sala gessi;
- camere di degenza con possibilità di ospitare un accompagnatore per ogni bambino;
- spazi dedicati alla valutazione;
- spazio multifunzionale per attività dinamiche e/o di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali;
- locale per riunioni di équipe

2.4.4.2. Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi “trapezi” e “ archetti alzacoperte”, regolabili in altezza;
- disponibilità di materassi anti decubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità e comunque non inferiore al 50% dei posti letto;
- apparecchi per aerosol terapia;
- sistemi di bronco aspirazione, 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 4 carrozzine con schienale alto regolabile e con sistema di postura;
- 1 sistema pesapersone disabili;
- cuscini antidecubito;
- sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori;
- 1 oftalmoscopio;
- poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili;
- disponibilità di un sistema di valutazione neuro fisiopatologica (es. elettromiografia, elettroencefalografia, potenziali evocati somatosensoriali etc..)
- 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);
- specchio unidirezionale;
- lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85 h) di cui almeno due ad altezza regolabile;
- almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85 h) (Bobath);
- piani di statica;
- 4 standing ad altezza variabile;
- dispositivi per BioFeedBack;
- materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100 x 200 cm;
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotate di ruote piroettanti;
- bilance per educazione al carico;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- deambulatori ad altezza regolabile;
- ausili vari per la deambulazione;
- 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 la cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- maxicilindro (cm 100 x 85 dim)

- tavoli ergoterapici ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme;
- carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l'addestramento alle Activity Day Living;
- attrezzature per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzate in materiale termo modellabile;
- poltroncine ergonomiche con tavole e sedie;
- disponibilità nel presidio ospedaliero di: spirometro ed apparecchio per EGA; ecografo; apparecchio per videofluoroscopia;
- giocattoli.

2.4.4.3. Requisiti Organizzativi

Il personale di seguito indicato è dedicato alle attività di degenza; per un modulo di 20 posti letto deve essere garantita la presenza:

- 2 medici nelle ore diurne dei giorni feriali (almeno 10 ore), per le restanti ore va garantita una guardia medica di pronta disponibilità;
- Infermieri: 2 mattina, 2 pomeriggio e 2 notte; 1 coordinatore;
- 10 professionisti sanitari per l'area della riabilitazione; 1 coordinatore;
- OSS : 3 mattina, 3 pomeriggio;
- Sono presenti lo psicologo e l'assistente sociale.

Devono inoltre essere disponibili consulenze/ servizi in:

- gastroenterologia (endoscopie, impianti o revisioni di PEG);
- ORL;
- anesthesiologia /rianimazione;
- oculistica;
- neurochirurgia;
- ortopedia;

- pneumologia;
- pediatria;
- cardiologia;
- dietologia.

L'U.D.G.E.E. deve garantire una adeguata informazione ed addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettua l'assistenza domiciliare.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.