

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

Premessa

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 facilitare il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando le menomazioni e le disabilità, per consentire alla persona disabile le maggiori opportunità possibili di inserimento sociale, 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 attraverso una presa in carico dei pazienti effettua interventi terapeutici volti a modificare le menomazioni e/o il livello di disabilità, interventi assistenziali volti a mantenere e promuovere le migliori condizioni concesse dalla malattia disabilitante e dalla disabilità, interventi educativi volti a consegnare alla persona disabile e/o alle persone a lei vicine strumenti utili all'accettazione delle disabilità inemendabili e alla sua gestione.

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

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per gli ambulatori dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti

ATTIVITÀ AMBULATORIALE FISIATRICA

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

- La superficie del locale adibito ad ambulatorio deve essere non inferiore a m² 12 e deve essere possibile l'accesso a pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione;
- lettino ad altezza regolabile e larghezza minima non inferiore a cm 85;
- carrozzina disponibile a necessità (anche in comune con altri ambulatori).

B) 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.

La cartella ambulatoriale deve contenere quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo), gli obiettivi e i risultati raggiunti.

I dati rilevati devono essere disponibili almeno semestralmente.

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

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**).

1) Presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione

A) 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.

Per le strutture di nuova progettazione, il presidio deve disporre di un'area per lo svolgimento di attività specifiche, con le necessarie separazioni, e garantire un minimo di m^2 6 per posto di cura (box); la superficie complessiva non può essere inferiore a m^2 100, di cui almeno m^2 45 da destinare ad ambiente palestra per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 6 pazienti o per le attività dinamiche; per le strutture esistenti la superficie complessiva non deve essere inferiore a m^2 90. Per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di m^2 5.

Nelle strutture esistenti l'area per le attività specifiche di gruppo dovrà essere di almeno m^2 36.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

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

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

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

Ad integrazione degli strumenti di rilevazione regionali (scheda di rilevazione regionale), devono essere rilevabili nella cartella ambulatoriale la priorità del trattamento e il programma terapeutico.

I dati devono essere rilevati almeno semestralmente.

2) Centri ambulatoriali di riabilitazione

A) 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.

Nello specifico devono essere previste:

- area complessiva di almeno m² 200 articolata in:
 - aree attrezzate per attività di gruppo dinamiche e occupazionali, dalla superficie non inferiore a m² 100;
 - 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.

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

B) REQUISITI TECNOLOGICI

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

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 delle diverse tipologie di menomazioni (motorie, cognitive e comportamentali) e disabilità correlate;
- 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.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Ogni centro deve dichiarare la tipologia di pazienti presi in carico nonché le attività che vengono erogate anche con riferimento al nomenclatore tariffario.

La costituzione del team deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle attività erogate e le attività erogate devono essere quantificate secondo metodologie e programmi validati.

Devono essere garantite modalità operative interprofessionali.

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 comunque essere rilevabili nella cartella ambulatoriale, anche ad integrazione degli strumenti di rilevazione regionali, la priorità del trattamento e la sintesi del progetto riabilitativo: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei, gli obiettivi e i risultati raggiunti.

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

Unità operativa di riabilitazione intensiva

Le Unità Operative di Riabilitazione Intensiva sono dirette alla presa in carico di persone affette da:

- 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 che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
- disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

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

- 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 neuropsicologiche nell'ambito della comunicazione;
- rieducazione delle funzioni cognitive;
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- gestione delle problematiche internistiche;
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;
- assistenza sociale.

Concorrono alla formazione del tempo complessivo di assistenza le seguenti figure professionali: fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, massofisioterapisti (fino ad esaurimento di tale figura professionale), educatori professionali, infermieri. Questi ultimi esclusivamente per attività codificate di addestramento all'autonomia.

Le dimensioni della struttura sono definite dalla programmazione regionale, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sotto individuati sono dimensionati in riferimento ad una articolazione organizzativa di 20 p.l..

Qualora siano presenti uno o più moduli, i requisiti strutturali e organizzativi sono considerati non come multipli interi ma in proporzione alla tipologia e al volume della casistica e in relazione ai protocolli assistenziali adottati dalle singole strutture.

Qualora si assemblino uno o più moduli gli spazi comuni possono essere considerati non come multipli interi ma in relazione alla tipologia e al volume della casistica.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per l'area di degenza dalla normativa vigente, devono essere posseduti i seguenti requisiti

A) 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

- area attrezzata per colloquio ed addestramento familiari (possono essere rispettivamente sostituite dalla sala riunioni di utilizzo del reparto o dalla medicheria);
- un bagno assistito (almeno ogni 20 p.l.);
- spazio per il deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozine, deambulatori, etc.);
- spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero (soluzione obbligatoria per le nuove strutture);
- deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;
- devono essere assunti tutti i provvedimenti che facilitino 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.

Area destinata alla valutazione

- un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a m² 36 e comunque collocata nella struttura.

Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione

- la superficie complessiva non può essere inferiore a m² 100, di cui almeno m² 45 da destinare ad ambiente palestra per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 6 pazienti; per le strutture esistenti la superficie complessiva non deve essere inferiore a m² 90. Per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di m² 5. Nelle strutture esistenti l'area per le attività specifiche di gruppo dovrà essere di almeno m² 36.
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Area destinata alla 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;
- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;
- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;
- sistema pesapersone;
- ausili antidecubito;
- dotazione di carrozzine di tipologia e qualità adeguate alle patologie trattate, al numero di posti letto, complete di accessori.

Area destinata alla valutazione

Devono essere presenti attrezzature per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie delle disabilità e delle menomazioni prese in carico.

Devono essere disponibili dispositivi per la valutazione degli esiti.

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;
- 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(BioFeedBack);
- presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente;
- attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Devono essere definiti con le strutture inviati protocolli di appropriatezza dei ricoveri, in linea con i requisiti previsti dalla programmazione regionale (documenti Hub & Spoke).

Il team interprofessionale deve essere composto almeno da: medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario.

Devono essere disponibili l'assistente sociale e lo psicologo.

Per le U.O. che prendono in carico pazienti affetti da disabilità e menomazioni secondarie a patologie neurologiche cerebrali, il team deve comprendere il logopedista.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Deve essere garantita l'attività di terapia occupazionale.

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.

Deve essere individuato, adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito con particolare riferimento a quelle raccomandate dalla Regione Emilia Romagna.

L'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione deve prevedere momenti di formazione ed educazione nei confronti degli utenti e loro familiari, degli operatori dei servizi sociali. I pazienti e loro familiari devono essere informati delle procedure relative alla tutela dei diritti 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.

La valutazione iniziale deve essere riportata sulla cartella clinica.

La cartella clinica, costruita tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo), gli obiettivi e i risultati raggiunti.

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 una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale ed internazionale.

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.

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 (Piano Sanitario Regionale 98-2001).

Per garantire i livelli minimi di sicurezza, devono essere presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.) almeno due operatori (infermieri/OTA) h 24, 7 giorni su 7. La presenza del fisiatra deve essere garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore. Per le restanti ore deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O., secondo modalità da definirsi a livello aziendale.

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

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, cardiologica e respiratoria.

RIABILITAZIONE ORTOPEDICA

Fatti salvi i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di livello autorizzativo, per l'accreditamento deve essere fatto riferimento ai requisiti dell'U.O. di riabilitazione intensiva applicabili.

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

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.

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.

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono avere le caratteristiche strutturali previste per la degenza di riabilitazione intensiva.

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

Attrezzature per la valutazione

sistema Holter - ECG e Holter pressione, ergometria, ecocardiografia (disponibile), ECG.

Attrezzature per il trattamento

Sistema telemetrico ECG, ossimetri, bracciale a pressione, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant, pompe a infusione, attrezzature usuali della palestra di cinesiologia, letti per rieducazione funzionale respiratoria, attrezzatura per il drenaggio bronchiale.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

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.

I pazienti da avviare alla riabilitazione cardiologica devono essere preventivamente sottoposti a selezione tramite una stima del rischio all'attività riabilitativa.

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.

Le professionalità necessarie sono il cardiologo, il fisiatra, il fisioterapista, l'infermiere, operatore socio sanitario.

Devono essere disponibili lo psicologo, l'assistente sociale, il dietologo/il dietista.

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

Il team riabilitativo svolge le funzioni di:

- definire il progetto riabilitativo individuale che comprende:
 - definizione del responsabile del progetto;
 - quantificazione della disabilità totale;
 - 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, di condizionamento all'attività fisica, di rieducazione funzionale (ADL primarie e secondarie, attività lavorative, sessuali, ecc.).

Devono essere documentate le prestazioni erogate e devono essere formulati programmi specifici per il paziente cardioperato e per il paziente affetto da infarto.

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

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.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

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.

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.

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

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 della struttura di ricovero.

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

Attrezzature per la valutazione

- saturimetro
- spirometro-analizzatore gas espirati
- monitoraggio transcutaneo PtcO₂
- PtcCO₂
- ECG
- ergometria
- Emogasanalisi.

Attrezzature per il trattamento

- sollevatore
- apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva
- sistema di broncoaspirazione
- ossimetria dotata di frequenzimetro
- apparecchi portatili per O₂ terapia.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La struttura riabilitativa deve:

- definire il progetto riabilitativo individuale 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 specifici di intervento relativi alla disabilità in esame; documentare le prestazioni erogate ed elaborare programmi specifici per i pazienti con sindromi restrittive e per quelli con sindromi ostruttive.

Le professionalità necessarie sono il fisiatra, il pneumologo, il fisioterapista, l'infermiere, l'operatore socio sanitario.

Devono essere disponibili lo psicologo, l'assistente sociale, il dietologo/il dietista.

Il personale della struttura opera secondo le indicazioni congiunte del medico fisiatra e del pneumologo, secondo progetti e programmi condivisi; il personale della riabilitazione è coordinato dal medico fisiatra.

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.

DH RIABILITATIVO

Fatti salvi i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di livello autorizzativo, per l'accreditamento deve essere fatto riferimento ai requisiti del Day Hospital applicabili.

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, i cui requisiti specifici vengono di seguito individuati, sono:

- a) per il trattamento dei gravi traumatizzati cranio-encefalici e di altre gravi cerebrolesioni acquisite: l'**Unità per le Gravi Cerebrolesioni (UGC)**;
- b) 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 regionale 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.

La struttura di tipo A deve essere strettamente raccordata, sulla base di protocolli condivisi, con le strutture afferenti al sistema dell'emergenza/urgenza sanitaria individuati sul territorio, con il 'SIAT' 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, secondo le modalità indicate per il "trauma center" pubblicate con Delibera della Giunta Regionale 22 luglio 2000, n.1267.

L'U.O. garantisce 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 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.

Le dimensioni della struttura sono definite dalla programmazione regionale.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono dimensionati in riferimento all'articolazione organizzativa di 25 p.l..

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 della comunicazione;
- rieducazione delle funzioni cognitive;
- rieducazione dei disordini comportamentali;
- 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 percorso di connessione con strutture per emergenza-urgenza secondo i riferimenti della programmazione regionale.

A) REQUISITI STRUTTURALI

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

Area destinata alla degenza

- 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.

Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione

- 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;
- ambiente predisponibile per l'accoglienza di pazienti con gravi disordini comportamentali.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Degenza

- 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;
- 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;
- 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;
- 1 sistema pesapersone disabili;
- 2 ventilatori a supporto della funzione respiratoria cronicamente compromessa.

Attrezzature per la valutazione

- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive;
- almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea.

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;
- 4 standing ad altezza variabile;
- 1 pedana stabilometrica;
- dinamometri;
- dispositivi per BioFeedBack.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

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

Il team interprofessionale deve comprendere almeno: fisiatra, fisioterapista, infermiere, logopedista, operatore socio sanitario.

Devono essere disponibili lo psicologo, l'assistente sociale e l'educatore professionale.

Deve essere garantita l'attività di terapia occupazionale.

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 della 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
- supporto per l'adattamento della disabilità inemendabile al paziente e alle persone di riferimento
- educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse finanziarie disponibili nel lungo periodo.

Deve essere individuato adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito con particolare riferimento a quelle raccomandate dalla Regione Emilia-Romagna.

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

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 e con la Terapia Intensiva, la Rianimazione, la Neurochirurgia.

La valutazione iniziale deve essere riportata sulla cartella clinica.

La cartella clinica, costruita tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo), gli obiettivi e i risultati raggiunti.

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

- gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;
- gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;
- prevenzione e trattamento dei secondarismi;
- promozione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana.

Gli interventi educativi e formativi, svolti dall'équipe multiprofessionale, 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 sia 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 una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale ed internazionale.

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.

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.

Personale

La dotazione di personale deve essere rapportata alla tipologia ed ai volumi di attività espletata.

Si ritiene, per garantire la sicurezza del paziente, che debbano essere presenti nel reparto 2 infermieri h 24, 7giorni su 7.

La presenza del fisiatra deve essere garantita nelle ore diurne per almeno 9 ore.

Per le restanti ore deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità medica, con modalità da definirsi a livello aziendale.

Area semintensiva ad alta valenza riabilitativa

L'area semintensiva ad alta valenza riabilitativa 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.

L'Unità di semintensiva 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 semintensiva, associato a specifiche attività riabilitative ed attrezzato in modo da accogliere i familiari per più ore nella giornata (i genitori in caso di minore).

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.

A) REQUISITI STRUTTURALI

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

- 6 posti-letto (4 posti-letto per le strutture esistenti), possono essere distribuiti in stanze ad 1-2 posti letto (va prevista una stanza con un letto per il genitore di minore)
- 15 mq/posto-letto

Devono essere previsti:

- superfici di pavimenti, pareti e soffitti continue, non scalfibili, lavabili e trattabili con disinfettanti, raccordate ad angoli smussi
- ampiezza delle porte e dei percorsi all'interno dell'U.O. tale da consentire lo spostamento dei letti
- pensili e/o travi a soffitto per l'appoggio di apparecchiature e presidi per favorire l'accesso, le manovre e la pulizia
- uno spazio dedicato al colloquio con i famigliari e riunioni (anche in comune con la UO di Medicina Riabilitativa o di Rianimazione)

Deve essere possibile una buona visione dei pazienti dalla postazione infermieristica.

Deve essere previsto un adeguato spazio dietro alla testata letto per garantire le manovre assistenziali.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di Terapia semintensiva, deve essere prevista ogni altra attrezzatura utile all'espletamento dei programmi riabilitativi.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia delle attività (vedi documento di pianificazione)

Deve essere garantita la presenza di un medico specialista 8-20, 7 giorni su 7 e la pronta disponibilità di un medico specialista nelle ore notturne.

Deve essere presente un referente per garantire la continuità assistenziale.

Deve essere previsto 1 infermiere ogni 4 pl.

Devono essere definiti a livello aziendale protocolli concordati e condivisi con le U.O. interessate per l'accesso e la dimissione dalla Terapia Semintensiva.

Durante il periodo di degenza in Terapia Semintensiva il decorso clinico del paziente deve risultare adeguatamente documentato (set minimo cartella clinica).

Ogni Terapia Semintensiva deve avvalersi di Procedure, Linee Guida, Protocolli per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza del paziente in Semintensiva:

- gestione materiale assistenza respiratoria
- allergia al lattice
- gestione del paziente in ventilazione
- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie
- utilizzo antibiotici
- prevenzione lesioni da decubito
- analgesia e sedazione
- ammissione/dimissione pazienti
- valutazione e trattamento degli stati di malnutrizione
- alimentazione artificiale.

Deve essere garantito il trattamento riabilitativo per le attività statiche in rapporto alla tipologia delle prestazioni da erogare.

Set minimo della cartella Terapia Semintensiva

All'ingresso

- Dati anagrafici
- Dati antropometrici
- Provenienza
- Diagnosi
- Motivo del ricovero in Terapia Semintensiva

- Anamnesi
- Obiettività
- Inquadramento clinico all'ingresso con Indice di gravità e procedure intraprese
- Trattamenti in atto

Foglio Giornaliero (Daily Planning)

- Pianificazione terapeutico diagnostico assistenziale
- Registrazione dei trattamenti in atto e delle manovre assistenziali
- Evoluzione clinica
- Evoluzione di score di gravità generali e mirati
- Grafica giornaliera, con possibilità di indicazione oraria dei parametri monitorizzati e clinici, della terapia programmata ed eseguita e delle modalità di supporto vitale

La cartella clinica deve contenere tutti gli esami diagnostici effettuati.

Deve essere previsto un documento di trasferimento che descriva le procedure effettuate e la situazione clinica del paziente.

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 della comunicazione e della deglutizione;
- rieducazione delle funzioni cognitive;
- rieducazione dei disordini comportamentali e cognitivi connessi alle disabilità motorie;
- 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 in connessione con un presidio ospedaliero.

Le dimensioni della struttura sono definite dalla programmazione regionale.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono dimensionati in riferimento all'articolazione organizzativa di 10 p.l.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente previsti per l'area di degenza devono essere previsti:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Area destinata alla degenza.

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 m² 36 e collocati nella struttura; 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 m² 36;
- 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 m² 36;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra;
- 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.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Degenza

- 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;
- 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.

Attrezzature per la valutazione

- 1 podoscopio;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive;
- almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea.

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;
- dinamometri;
- dispositivi per BioFeedBack.

Impianti speciali

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

C) 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 almeno: fisiatra, fisioterapista, infermiere, logopedista, operatore socio sanitario.

Devono essere disponibili l'assistente sociale e lo psicologo.

Deve essere garantita l'attività di terapia occupazionale.

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 della qualità di vita
- elaborazione, realizzazione e valutazione del progetto riabilitativo;
- pianificazione della restituzione del paziente alle strutture e/o servizi della rete regionale;
- mantenere rapporti funzionali con la rete integrata dei servizi sanitari regionali destinati all'infanzia;
- supporto per l'adattamento alla disabilità inemendabile al paziente e alle persone di riferimento.

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

- gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;
- gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;
- gestione e trattamento dei secondarismi;
- promozione dell'autonomia nelle ADL primarie (attività della vita quotidiana).

Deve essere individuato adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito con particolare riferimento a quelle raccomandate dalla Regione Emilia-Romagna

Gli interventi educativi e formativi, svolti dall'équipe multiprofessionale, 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 devono essere utilizzate scale che permettano un confronto nazionale ed internazionale.

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.

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

Personale

La dotazione del personale adeguata alla tipologia e al volume delle attività erogate.

La presenza del fisiatra deve essere garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore.

Per le restanti ore deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità medica, con modalità da definirsi a livello aziendale.

Acquisizione servizi

- *Per tutte le attività devono essere disponibili:*

Laboratorio di Analisi chimico cliniche e Radiologia

Devono essere concordati con il Laboratorio e la Radiologia (convenzionale, comprensiva di ecografia, TAC e RMN) di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta .

Cardiologia

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

- *Per l'UGC Devono essere garantite le competenze specialistiche per le seguenti attività:*

rianimazione e terapia intensiva, urodinamica, neurochirurgia, otorinolaringoiatria, oculistica, gastroenterologia (alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica, impianti o revisioni di PEG, ecc.), chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, psichiatria, chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia.

Deve essere disponibile di un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es. Elettromiografia, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati Somatosensoriali, valutazione spasticità, ecc.).

Deve essere garantita la funzione laboratorio ortopedico protesico/ortotico per la progettazione, realizzazione, adattamento di ausili.

Deve inoltre essere disponibile la consulenza infettivologica secondo le specifiche necessità.

- *Per l'UDGEE Devono essere garantite le competenze specialistiche per le seguenti attività:*

anestesia, rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia con modulo specificamente orientato agli interventi correttivi nelle disabilità infantili, neurochirurgia, pediatria, neurologia (per la valutazione neurofisiopatologica), otorinolaringoiatria, oculistica, gastroenterologia (alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica, impianti o revisioni di PEG, ecc), otorinolaringoiatria, chirurgia generale, medicina generale, chirurgia infantile con funzione di urologia pediatrica, neuropsichiatria infantile.

I servizi di supporto necessari alla UGDEE sono i seguenti:

- neurofisiologia clinica, elettroencefalografia, potenziali tronco encefalici, potenziali evocati acustici, visivi, somatosensoriali;

- attività di raccolta intraoperatoria del sangue;
- attività di laboratorio di istochimica e anatomia patologica specializzati nella valutazione delle patologie neuromuscolari.

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

- traumatologia;
- pneumologia.

Clinical competence e formazione

La Medicina Fisica e Riabilitativa si caratterizza con un approccio d'intervento multiprofessionale che richiede la necessità di operare con modalità interprofessionali nella predisposizione e gestione del percorso paziente, prendendolo in carico globalmente.

La Clinical Competence richiede pertanto competenze di tipo: relazionale, professionale e gestionale.

La Clinical Competence deve essere condivisa da tutti gli operatori della struttura organizzativa.

Gli operatori del team interprofessionale devono essere in grado di coniugare la competenza professionale con attitudini di empatia e capacità relazionali. A tal fine deve essere pertanto prevista una verifica all'ingresso delle conoscenze, capacità ed attitudini del personale. Tali verifiche devono essere proseguite nel tempo anche con uno specifico supporto formativo.

Devono essere previste attività di prevenzione del burn-out anche tramite sedute di supervisione.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) deve essere programmata dalla U.O. secondo quanto previsto a livello nazionale e regionale, in ragione della tipologia e dell'evoluzione delle conoscenze richieste.

I Direttori di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici devono effettuare una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Dovranno essere inoltre effettuate verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali e confronti sui parametri concordati a livello regionale e locale.

Per la realizzazione dell'attività clinico-assistenziale dovranno essere assunte linee-guida riconosciute e validate e sviluppati protocolli e procedure verificabili e aggiornati.

COMPETENZE SINGOLI PROFESSIONISTI

Medici

Sono richieste al Medico che opera in tali strutture organizzative le seguenti competenze, attività e prestazioni minime:

Devono essere in grado di predisporre e condurre progetti riabilitativi individuali di riabilitazione intensiva in soggetti affetti da menomazioni e disabilità secondarie a danni neurologici, ortopedici, traumatologici, reumatologici, pneumologici, cardiologici, oncologici.

Devono essere in grado di predisporre e condurre progetti riabilitativi individuali di riabilitazione estensiva in soggetti affetti da menomazioni e disabilità secondarie a danni neurologici, ortopedici, traumatologici, reumatologici, pneumologici, cardiologici, oncologici.

In particolare devono essere in grado di predisporre e realizzare progetti e programmi riabilitativi nei confronti di

- soggetti affetti dalle seguenti menomazioni delle funzioni e strutture corporee (ICF-OMS, 2001):

Funzioni corporee:

Funzioni mentali

Funzioni sensoriali e dolore

Funzioni della voce e dell'eloquio

Funzioni dei sistemi cardio-vascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio

Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino
Funzioni genitourinarie e riproduttive
Funzioni neuro-muscolo-scheletriche e correlate al movimento
Funzioni della cute e delle strutture correlate
Strutture corporee
Strutture del sistema nervoso
Occhio, orecchio e strutture correlate
Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio
Strutture dei sistemi cardio-vascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio
Strutture correlate all'apparato digerente ed ai sistemi metabolico ed endocrino
Strutture correlate ai sistemi genitourinario e riproduttivo
Strutture correlate al movimento
Cute e strutture correlate

- soggetti affetti dalle seguenti restrizioni delle attività e della partecipazione (ICF-OMS, 2001):

Apprendimento e applicazione delle conoscenze

Compiti e richieste generali

Comunicazione

Mobilità

Cura della propria persona

Vita domestica

Interazioni e relazioni interpersonali

Aree di vita principali

Vita sociale e di comunità

Devono essere in grado di interpretare ed utilizzare nella progettazione riabilitativa valutazioni strumentali di imaging, dinamometriche, cinematiche, neurofisiologiche e neuropsicologiche.

Devono essere in grado di condurre il team interprofessionale.

Devono dimostrare capacità di una corretta gestione della documentazione clinica e, in particolare, della cartella integrata.

Devono conoscere e essere in grado di utilizzare correttamente le principali scale di valutazione della menomazione delle disabilità e dell'handicap.

Devono essere in grado di prescrivere correttamente la terapia fisica strumentale e le diverse tecniche di rieducazione motoria.

Devono essere in grado di prescrivere ed utilizzare correttamente protesi, ortesi ed ausili tecnologici.

Devono essere in grado di svolgere adeguata informazione agli utenti.

Devono essere in grado di valutare i "fattori ambientali", così come individuati nell'ICF, nell'ambito del progetto e dei programmi riabilitativi individuali.

Devono essere in grado di predisporre il percorso riabilitativo post-dimissione.

Personale infermieristico

L'infermiere e l'OSS devono essere in possesso delle competenze tecnico-assistenziali e professionale specifiche per identificare le necessità assistenziali correlate, oltre che alla malattia disabilitante e al suo trattamento, anche allo stile di vita, alle modificazioni della vita quotidiana, alla qualità di vita percepita e alle dinamiche familiari. Devono improntare la propria attività al raggiungimento della maggiore autonomia possibile da parte del paziente e delle persone a lui vicine.

L'infermiere e l'OSS devono attivamente collaborare alla predisposizione e realizzazione del progetto riabilitativo individuale dei singoli utenti e realizzare, per quanto di competenza, i programmi a lui affidati con modalità interprofessionali.

Personale tecnico della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, educatore professionale, tecnico ortopedico,..)

Il personale tecnico specifico della riabilitazione deve essere in possesso delle competenze tecnico-professionali specifiche per identificare le necessità d'intervento correlate, oltre che alla malattia disabilitante e al suo trattamento, anche allo stile di vita, alle modificazioni della vita quotidiana, alla qualità di vita percepita e alle dinamiche familiari. Devono improntare la propria attività al raggiungimento della maggiore autonomia funzionale possibile da parte del paziente e delle persone a lui vicine.

Il personale tecnico della riabilitazione deve attivamente collaborare alla predisposizione e realizzazione del progetto riabilitativo individuale dei singoli utenti e realizzare, per quanto di competenza, i programmi a lui affidati con modalità interprofessionali.

Assistenza psicologica

Lo psicologo operante in strutture organizzative di Medicina Fisica e Riabilitativa deve documentare una formazione e una competenza specifica nel campo della riabilitazione.

Assistenza sociale

Deve essere documentata la competenza relativa a funzioni di segretariato sociale ed al mondo dell'handicap.

Qualificazione dei processi diagnostico - terapeutici e assistenziali

RIABILITAZIONE D'ORGANO

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 dei pazienti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di misura validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.

Ai fini di una confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale ed internazionale.

La relazione scritta redatta per ogni paziente alla dimissione deve includere:

- 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).

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Indicatori di Riabilitazione Intensiva

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 alla dimissione raggiungono gli obiettivi previsti (efficacia);
- incremento del recupero funzionale secondo scale di valutazione nazionali e internazionali tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati (efficacia).

Indicatori Riabilitazione Cardiologica

È necessario che la struttura di riabilitazione cardiologica valuti il risultato delle proprie attività in termini di:

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);

- incidenza delle complicanze algiche, pneumologiche e dello scompenso cardiaco (appropriatezza);
- % dei decessi intercorsi con follow up a 6 mesi (indicatore di risultato)
- valutazione della qualità di vita attraverso l'utilizzo di un questionario validato (SF36, EOQL, CIQ) (efficacia).

Indicatori Riabilitazione Respiratoria

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

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- incidenza delle complicanze infettive e dello scompenso cardio-respiratorio (efficacia).
- valutazione della qualità di vita attraverso l'utilizzo di un questionario validato (SF36, EOQL, CIQ) (efficacia).

Indicatori UGC

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 alla dimissione raggiungono gli obiettivi previsti (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia);
- incremento del recupero funzionale secondo scale di valutazione nazionali e internazionali tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati (efficacia);
- 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 scolastica (esito).

Indicatori UDGEE

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

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

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI RIABILITAZIONE INTENSIVA								
Trasferimenti non programmati in un Reparto per Acuti	N° pazienti trasferiti non programmati in un reparto per acuti / N° totale pazienti trasferiti programmati * 100		Indicatore che valuta l'appropriatezza del trasferimento /presa in carico		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in percentuale che in valore assoluto	
Raggiungimento obiettivo terapeutico	N° pazienti che alla dimissione raggiungono gli obiettivi previsti / N° totale pazienti dimessi *100		Indicatore che valuta la qualità del percorso assistenziale in termini di efficacia del trattamento		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Incremento dell'autonomia funzionale dei pazienti	Delta scala di valutazione tra ingresso e dimissione in incremento		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA								
Trasferimenti non programmati in un Reparto per Acuti	N.° pazienti trasferiti non programmati / N° totale pazienti trasferiti programmati * 100		Indicatore che valuta l'appropriatezza del trasferimento		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	
Incidenza delle complicanze algiche, pneumologiche e dello scompenso cardiologico	N.° pazienti con complicanze algiche, pneumologiche e dello scompenso cardiologico / N° Totale dei pazienti trattati		Indicatore di processo di natura epidemiologica		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. (registro o altro strumento). Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato ai fini epidemiologici e gestionali. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero favorisce l'assunzione di misure preventive e permette di attivare percorsi di miglioramento.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
% dei decessi intercorsi con follow up a 6 mesi	N° pazienti deceduti con follow up a 6 mesi / N°totale dei pazienti con follow up a 6 mesi		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. (registro o altro strumento).	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali e gestionali. La conoscenza dei riscontri effettuati permette di attivare percorsi di miglioramento.
Valutazione della qualità di vita	Utilizzo di un questionario validato (SF36, EOQL, CIQ)		Indicatore che valuta l'efficacia del progetto terapeutico in relazione al miglioramento della qualità di vita del paziente		U.O. e Aziendale		Indagine periodica sulla base della programmazione aziendale relativa alla rilevazione della soddisfazione. Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività).	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre
--------------------	--	--	------------------	--------------------------------	--	----------------------	--	---

	denominatore)				fornisce informazioni)		(RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI RIABILITAZIONE RESPIRATORIA								
Trasferimenti non programmati in un Reparto per Acuti	N.° pazienti trasferiti non programmati / N° totale pazienti trasferiti programmati * 100		Indicatore che valuta l'appropriatezza del trasferimento		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	
Incidenza delle complicanze infettive e dello scompenso cardio-respiratorio	N.° pazienti con complicanze infettive e dello scompenso cardio-respiratorio / N° Totale dei pazienti trattati		Indicatore di processo di natura epidemiologica		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. (registro o altro strumento). Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato ai fini epidemiologici e gestionali. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero favorisce l'assunzione di misure preventive e permette di attivare percorsi di miglioramento.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Valutazione della qualità di vita	Utilizzo di un questionario validato (SF36, EOQL, CIQ)		Indicatore che valuta l'efficacia del progetto terapeutico in relazione al miglioramento della qualità di vita del paziente		U.O. e Aziendale		Indagine periodica sulla base della programmazione aziendale relativa alla rilevazione della soddisfazione. Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività).	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI UGC								
Trasferimenti non programmati in un Reparto per Acuti	N.° pazienti trasferiti non programmati / N° totale pazienti trasferiti programmati * 100		Indicatore che valuta l'appropriatezza del trasferimento /presa in carico		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	
Raggiungimento obiettivo terapeutico	N° pazienti che alla dimissione raggiungono gli obiettivi previsti / N° totale pazienti dimessi *100		Indicatore che valuta la qualità del percorso assistenziale in termini di efficacia		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	Indicatore che valuta la qualità assistenziale
Dimissioni verso una struttura protetta	N° pazienti dimessi verso una struttura protetta / N° totale pazienti dimessi		Indicatore che valuta la continuità assistenziale in termini di efficacia		U.O. Aziendale Regionale	Cartella clinica o registro		Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato ai fini gestionali (assorbimento di risorse)

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
% dei decessi	N°pazienti deceduti /N°totale dei pazienti presi in carico		Indicatore che misura l'appropriatezza della presa in carico		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. (registro o altro strumento). Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza del processo di presa in carico
Incremento dell'autonomia funzionale dei pazienti	Delta scala di valutazione tra ingresso e dimissione in incremento		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali e gestionali.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Ripresa dell'attività lavorativa o scolastica dei pazienti a 12 mesi dalla dimissione	N° pazienti che riprendono l'attività lavorativa o scolastica a 12 mesi dalla dimissione, / N° pazienti che all'ingresso già svolgevano attività lavorativa o scolastica		Indicatore che valuta l'esito monitorizzando la capacità di ripresa dell'attività lavorativa		Aziendale e regionale	Rilevazione ad hoc mediante registro	La valutazione è annuale	Indicatore dell'efficacia efficienza del processo assistenziale

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI UDGEE								
Raggiungimento obiettivo terapeutico	N° pazienti che alla dimissione raggiungono gli obiettivi previsti / N° totale pazienti dimessi *100		Indicatore che valuta la qualità del percorso assistenziale in termini di efficacia		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	
Pazienti operati sul totale dei ricoveri	N° pazienti operati / N° totale dei pazienti ricoverati		Indicatore di attività che valuta le prestazioni in relazione alla complessità della casistica.		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato a fini epidemiologici e gestionali

Indice

Premessa	2
Attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione.....	3
Unità operativa di riabilitazione intensiva.....	7
Unità operative di riabilitazione specificatamente destinate al trattamento di esiti di patologie ortopediche, pneumologiche e cardiologiche (Cod.Struttura 56).....	11
Alte specialità riabilitative.....	15
Unità per le gravi cerebrolesioni.....	16
Area semintensiva ad alta valenza riabilitativa	20
Unità per le gravi disabilità in età evolutiva.....	23
Acquisizione servizi.....	27
Clinical competence e formazione.....	29
Qualificazione dei processi diagnostico - terapeutici e assistenziali.....	32