

ALLEGATO A

Regione Toscana

**Percorso assistenziale per le persone con
Gravi Cerebrolesioni Acquisite**

in attuazione del PSR 2008-2010

fasi del percorso, criteri di trasferibilità, stima fabbisogno dei PL

Tab 1 - Percorso assistenziale – fasi fondamentali e criteri di ‘trasferibilità’

N.	Fase	Durata	Elementi caratteristici bisogni fondamentali	Criteri di trasferibilità*	Passaggio ad altra fase
1	Iperacuta (N=100)	Media 7-8 gg min 3 gg max 15 gg	<p>E' presente instabilità del danno cerebrale primario e/o instabilità neurochirurgica, emodinamica e respiratoria</p> <p>E' necessario un primo inquadramento multiprofessionale prognostico e l'avvio, ove possibile, dei primi interventi riabilitativi, e comunque, dei primi contatti per la valutazione e la formulazione del programma riabilitativo</p>	<p>1. E' risolta l'instabilità del danno cerebrale primario e/o neurochirurgica ed emodinamica</p> <p><i>Per quanto riguarda la VA sono possibili due scenari:</i></p> <p>2. Sussiste difficoltà di svezzamento dalla ventilazione assistita (VA), ovvero necessità di periodo di svezzamento prolungato</p> <p>3. E' concluso lo svezzamento dalla VA</p>	<p>1. Miglioramento rapido di tutti i parametri clinici: ritorno a casa - a forme di assistenza sul territorio - oppure passaggio a riabilitazione intensiva ospedaliera - tipo cod. 56 - o estensiva (e uscita dal percorso ospedaliero)</p> <p>2. Criterio 2 (svezzamento prolungato): passaggio a fase 2</p> <p>3. Criterio 3 (conclusione svezzamento): passaggio a riabilitazione intensiva ospedaliera di alta specialità (fase 3)</p>
2	Acuta - subacuta (N=60)	Media 10-15 gg non > 3-5 gg dopo lo svezzamento	<p>E' risolta l'instabilità del danno cerebrale primario e/o della instabilità neurochirurgica ed emodinamica</p> <p>Sussiste difficoltà di svezzamento dalla VA</p> <p>Sono possibili i primi indirizzi prognostici specifici multiprofessionali</p> <p>E' indispensabile e non prorogabile la attivazione di un programma riabilitativo</p> <p>Persiste instabilità clinica con necessità di monitoraggio anche invasivo dei parametri vitali</p>	<p>1. Lo svezzamento è completato da 3-5 gg</p> <p>2. Sono presenti diversi livelli di responsività e indici prognostici</p> <p>3. Non è più necessario il monitoraggio invasivo dei parametri vitali</p>	<p>1. Svezzamento completato e indici prognostici favorevoli: passaggio a fase 3</p> <p>2. Miglioramento neurologico rapido: passaggio a fase 4</p> <p>3. Bassa responsività senza indici prognostici favorevoli: passaggio a fase 5</p>

Tab 1 (segue) - Percorso assistenziale – fasi fondamentali e criteri di ‘trasferibilità’

N.	Fase	Durata	Elementi caratteristici – bisogni fondamentali	Criteri trasferibilità	Passaggio ad altra fase
3	Riabilitazione intensiva ospedaliera precoce di alta specialità (N=75)	Media: 90 gg max 180 gg dall'evento acuto	Il danno cerebrale primario è stabilizzato. Il paziente è stabile dal p.v. neurochirurgico ed emodinamico La respirazione è autonoma, anche arricchita di O2 attraverso cannula tracheale E' risolta l'instabilità clinica acuta ma persiste la necessità di assistenza medica e infermieristica 24/24h, tale da richiedere ambiente ospedaliero e monitoraggio non invasivo dei parametri vitali E' necessaria una riabilitazione intensiva e specifica (compatibilmente con instabilità clinica) E' documentata la modificabilità delle 'abilità' cognitive e/o motorie	1. Non è più necessaria una riabilitazione intensiva di alta specialità: quantità e qualità del trattamento non sono più proporzionali all'entità del recupero (non sono più necessarie dotazioni di personale ed attrezzature specifiche) 2. E' risolta l'instabilità clinica (non è più necessario il monitoraggio dei parametri vitali) <i>Per quanto riguarda il miglioramento delle abilità motorie e cognitive sono possibili due scenari:</i> 3. Il miglioramento è consolidato 4. Il miglioramento è incompleto ma non si prevede un recupero nei 180 gg di ricovero in fase 3	1. Miglioramento consolidato: a) dimissione a domicilio b) riabilitazione territoriale c) passaggio a fase 5 2. Miglioramento incompleto: passaggio a fase 4
4	Riabilitazione intensiva ospedaliera (N=45)	Media: 60 gg max 90 gg	E' risolta l'instabilità clinica ma persiste la necessità di assistenza in ambiente ospedaliero E' ridotta la necessità di riabilitazione intensiva specifica E' documentata la modificabilità delle 'abilità' cognitive e/o motorie	Il miglioramento è consolidato, si ritiene conclusa la riabilitazione intensiva.	Passaggio a riabilitazione extraospedaliera per eventuale prosecuzione trattamento e presa in carico territoriale

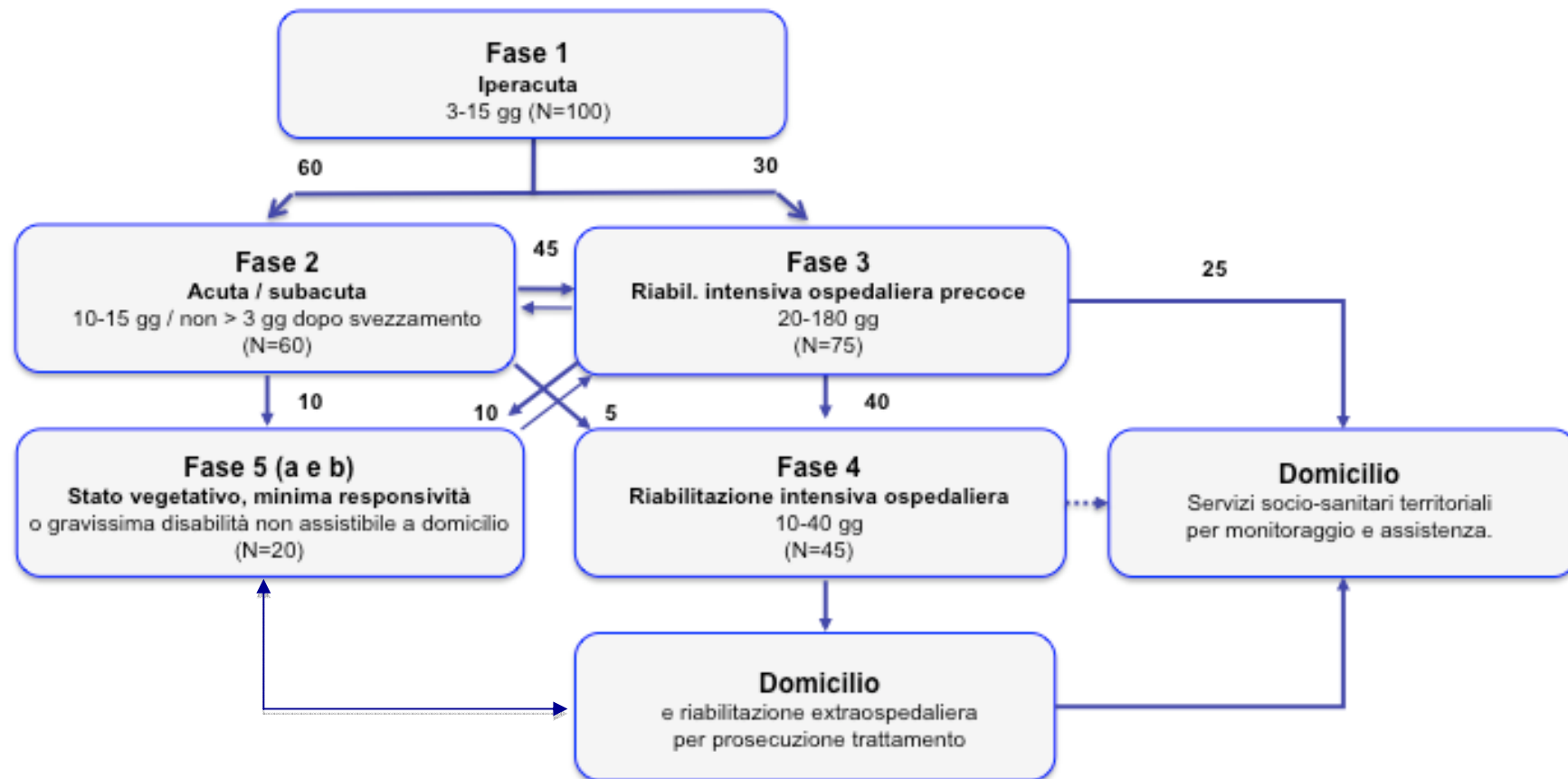
Tab 1 (segue) - Percorso assistenziale – fasi fondamentali e criteri di ‘trasferibilità’

N.	Fase	Durata	Elementi caratteristici – bisogni fondamentali		
5	Stato vegetativo o minima responsività (N=20)	Mesi, anni	<p>Persistono bassa responsività e assenza di indici prognostici favorevoli</p> <p>E' necessaria assistenza infermieristica 24h/24</p> <p>E' necessaria assistenza di base e sociale</p> <p>E' necessario monitoraggio delle condizioni funzionali e cognitive allo scopo di evidenziare eventuali elementi prognostici favorevoli.</p> <p>E' assicurata l'assistenza da parte del medico di MG</p>		
5a	<i>(Long stay care - strutture ex-art. 26?)</i> (N=10)	Mesi, anni	<p>Il paziente è sostanzialmente stabile ma è ancora necessaria la sorveglianza medica</p> <p>E' presente respiro autonomo o assistito (ventilatore domiciliare)</p>	Criteri trasferibilità	Passaggio ad altra fase
5b	Moduli in RSA (N=10)		Paziente stabile, respiro autonomo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparsa di elementi prognostici favorevoli 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criterio 1 → passaggio a fase 3
				<ol style="list-style-type: none"> 2. Completa stabilità clinica 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Criterio 2 → passaggio a fase 5b

Percorsi possibili (integrati o meno da ulteriore riabilitazione extraospedaliera) – vedi **Figura 1**

- 1 → 2 → 3 → 4 → domicilio
- 1 → 3 → 4 → domicilio
- 1 → 2 → 5
- 1 → 3 → domicilio
- 1 → 2 → 3 → domicilio
- 1 → 2 → 4 → domicilio

Fig. 1
GCA: percorso assistenziale
Fasi fondamentali e criteri di
‘trasferibilità’



Nota: nelle fasi 2 e 3 deve essere attivata la segnalazione ai servizi territoriali, in modo da avviare la pianificazione del percorso ospedaliero.

Tab. 2 – N. di PL da attivare in RT sulla base di diverse ipotesi e valori variabili di: a) degenza media in fase 2 (10 o 15 gg); b) incidenza annua totale di GCLA (400 o 450). Occupazione PL all'80%.

Incidenza casi/anno in RT ¹	Stima fabbisogno PL				
	1	2 (degenza 10 gg)	2 (degenza 15 gg)	3	4
400	11	8	12	92	37
450	12	9	14	104	42

Note

Tabella 1 e Figura 1

- La **relazione tra le fasi 1 e 2** è influenzata dalla durata dell'intervallo compreso tra la fine delle instabilità principali (danno cerebrale primario, neurochirurgica, emodinamica) e la risoluzione della instabilità respiratoria. La durata di questo intervallo è a sua volta influenzata da diversi fattori: tipo di GCA (traumatica vs non traumatica, trauma isolato vs politrauma ecc.), età, gravità del danno cerebrale e delle patologie preesistenti. Al momento non esistono dati certi in proposito; il fenomeno potrebbe essere agevolmente studiato in modo prospettico nell'ambito di una registrazione pilota dei nuovi casi di GCA a livello regionale (*survey*)
- l'**instabilità clinica** può consistere in una o più delle seguenti condizioni: instabilità metabolica (ad es. diabete non controllato), squilibrio idroelettrolitico, persistenza o comparsa di addensamenti polmonari, persistenza di crisi vegetative, crisi epilettiche, disproteidemia ecc.;
- la fase 2 non può essere definita una fase riabilitativa, ma più correttamente una fase *rehabilitation oriented*; la modalità più appropriata ed equa di remunerazione di questa fase dovrà essere oggetto di attenta valutazione e condivisione;
- nel caso, sempre possibile, che un paziente passi dalle fasi 1-2 alla fase 4 (nel suo modello organizzativo ottimale) il dettato del cod. 56 prevede che la durata della degenza possa raggiungere i 180 gg.;
- durante le fasi 2 e 3 deve essere garantita un'adeguata connessione funzionale tra le strutture di ricovero coinvolte, mirata ad assicurare l'integrazione tra i diversi professionisti ospedalieri, per una risposta efficace sia ai bisogni diagnostico-terapeutici di fase acuta sia ai bisogni riabilitativi;
- durante le fasi 2 e 3 deve essere assicurata la comunicazione tra ospedale e servizi territoriali, per una corretta pianificazione della risposta assistenziale dopo la dimissione.
- per il ricovero in emergenza/urgenza, in fase 1, del paziente affetto da GCLA spontanea e/o traumatica e che presenta *chance* di sopravvivenza, il GdL indica come appropriata una collocazione in Terapie Intensive di Ospedali dotati di U.O. di Neurochirurgia e di Neuroradiologia. Questa indicazione è del resto coerente con quanto osservato nell'attività di ricovero attuale, che mostra come la maggior parte dei ricoveri di questi pazienti converga già sulle 3 Aziende Ospedaliero-universitarie.

¹ I casi in questione non sono la totalità dei pazienti con GCLA, ma solo di quelli destinati a sopravvivere con disabilità e quindi ad attraversare l'intero percorso assistenziale, dalla fase acuta a quella post-acuta (e post-ospedaliera). Sono quindi esclusi da queste stime di incidenza i pazienti con GCLA deceduti e quelli sopravvissuti senza esiti.

Tabella 2

- La stima dell'incidenza annua si basa sui valori indicati dalle conferenze di consenso nazionali, ma è anche compatibile con le stime proposte dall'ARS Toscana, basate sull'analisi delle SDO; una rilevazione prospettica realizzabile *ad hoc* nel 2008-2009 potrà confermare tali stime;
- le stime proposte non affrontano il problema delle GCA a eziologia anossica; anche in questo caso una rilevazione *ad hoc* potrà fornire ulteriori indicazioni;
- per i PL destinati ai pazienti in fase 2 il GdL indica come appropriata una collocazione in contiguità con le Terapie Intensive