



Riunione annuale SIN
Umbro-Marchigiana

Perugia
14 dicembre 2018

Sin
SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA



IL TRIAGE RIABILITATIVO PER IL PAZIENTE NEUROLOGICO IN FASE ACUTA

Antonello Nocella

SC R.I.O. (Riabilitazione Intensiva Ospedaliera)

C.O.R.I. - Passignano sul Trasimeno (PG)

Segretario Regionale SIMFER 2017-2020

....di cosa parleremo...

- **La riabilitazione in UO di Neurologia-Stroke Unit**
- **La scelta del setting alla dimissione (trriage)**
- **Analisi della letteratura sulla precocità di intervento riabilitativo**
- **La nuova scheda di Percorso Riabilitativo Unico (PRU)**

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione



- «L'International Classification of Functioning, Disability and Health (**ICF**) è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo di funzionamento che ne è la base».
- «Il **team** è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare in riabilitazione »
- «Occorre che sia fornito alla persona disabile ricoverata in acuzie la proposta del percorso riabilitativo unico integrato nei vari **setting** terapeutici della rete riabilitativa...»

- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n.50, 2011.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Capo I

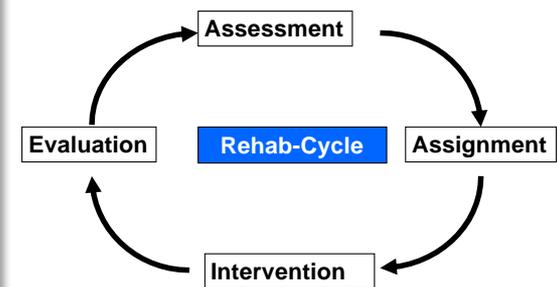
Livelli essenziali di assistenza

ART. 44 RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

2. L'individuazione del setting appropriato di ricovero e' conseguente alla **valutazione del medico specialista in riabilitazione** che predispone il ***progetto riabilitativo*** e definisce gli obiettivi, le modalita' e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.

Progetto riabilitativo individuale

PRI: è lo strumento della “presa in carico dell’utente” attraverso il quale “il medico specialista in riabilitazione (responsabile clinico del paziente)” definisce insieme al team “le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi”.



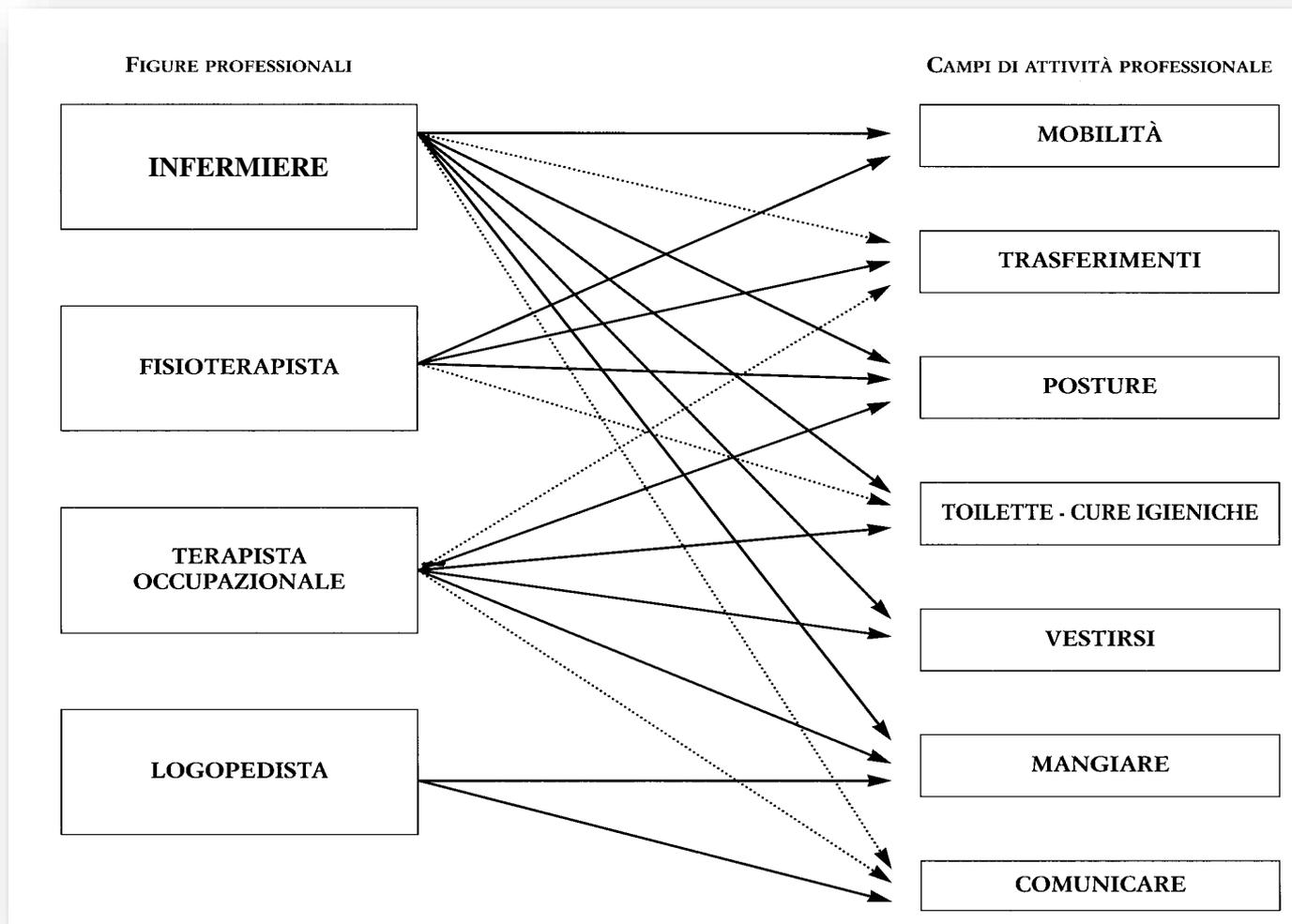
- Linee guida Ministero della Salute per le attività di Riabilitazione 7/05/1998
- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n.50, 2011.

Tabella 20.14 - Obiettivi della riabilitazione nelle tre fasi di recupero (123)

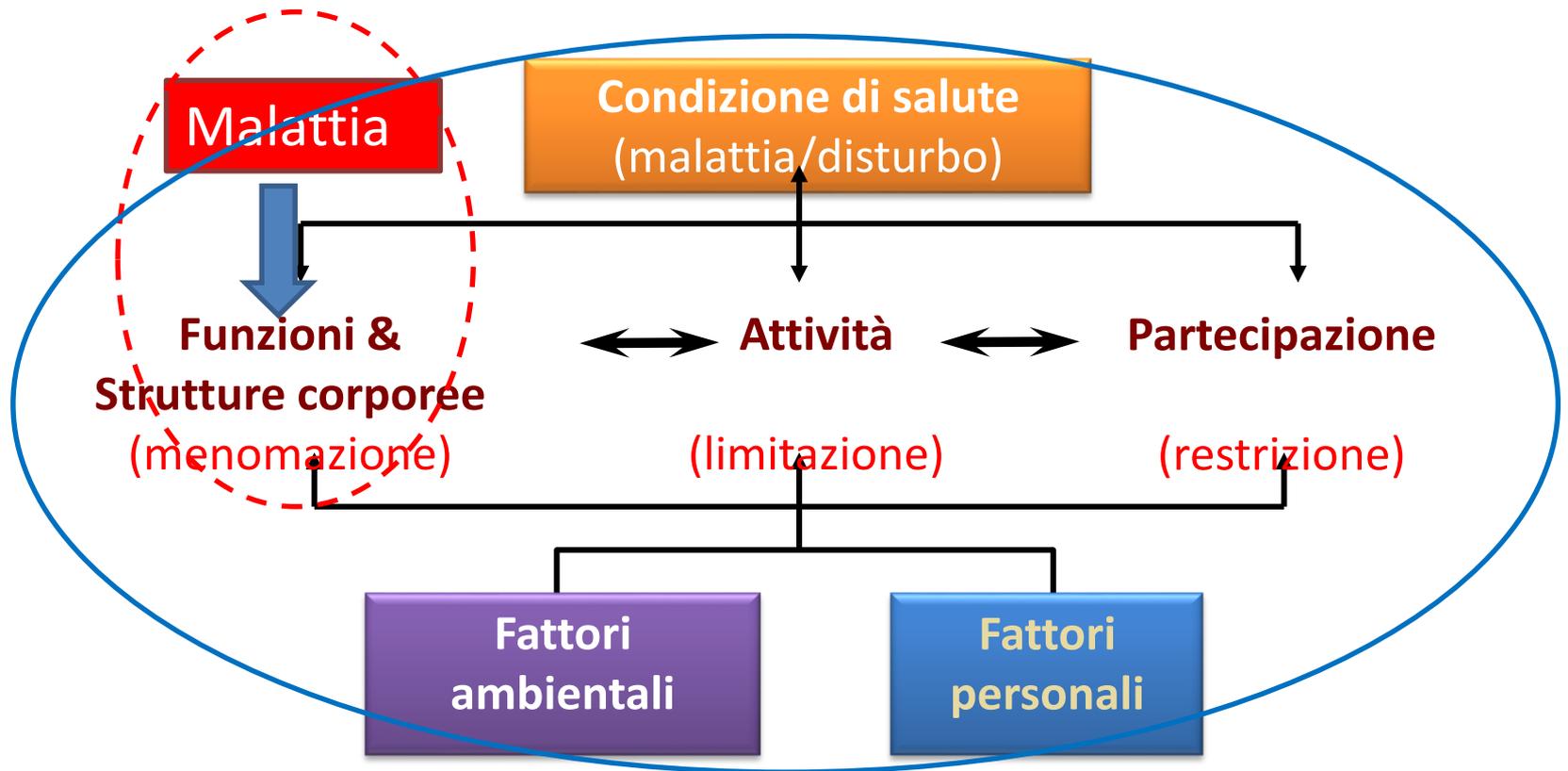
<i>fase acuta</i>	<i>fase di recupero</i>	<i>fase degli esiti</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenire complicanze (cutanee, circolatorie, pneumologiche, etc.) 	→	→
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere la mobilità 	→	→
<ul style="list-style-type: none"> • Dare consapevolezza dei normali pattern di movimento 	Insegnare al paziente a riprodurre i normali pattern di movimento	Muoversi il più normalmente possibile
<ul style="list-style-type: none"> • Iniziare ad esercitare il paziente al recupero della simmetria nella postura e nel movimento 	Permettere il recupero della simmetria	Provvedere alla pratica continua della simmetria
<ul style="list-style-type: none"> • Fornire normali input sensoriali 	→	→
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare i cambiamenti del tono muscolare 	Tradurre in funzionalità il recupero motorio acquisito	Mantenere il massimo livello di indipendenza e di capacità funzionale raggiunto
<ul style="list-style-type: none"> • Raccogliere altri elementi utili per la prognosi funzionale e l'impostazione e conduzione del trattamento riabilitativo 	Insegnare al paziente a prendere coscienza delle modificazioni del tono e come influire su di esse	→
	→	→

Legenda: → indica la continuazione dello stesso obiettivo

Teamwork



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE NELL'ICF
come superamento diarchia sanitario <> sociale



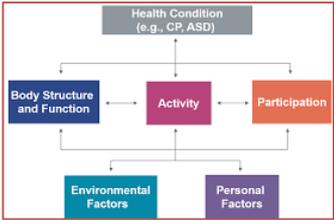
Aspetti peculiari in U.O. neurologia



Per fare il percorso riabilitativo occorre una prognosi riabilitativa

- Il triage riabilitativo è un processo di **valutazione prognostica** finalizzato a **selezionare** i pazienti che possono trarre beneficio dal ricovero in ambito riabilitativo.
- È finalizzato a definire, dopo un'adeguata valutazione, i **bisogni medici, infermieristici e riabilitativi** del paziente.
- Da questi elementi nasce la **prognosi riabilitativa** (potenziale di recupero) a breve e medio termine e viene determinato il **percorso riabilitativo**.

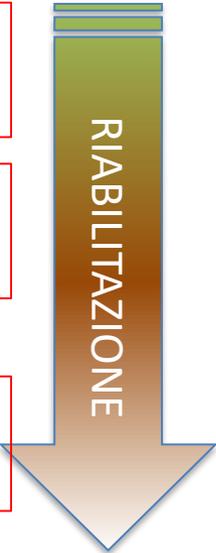
VALUTAZIONE (TEAM)



REPARTO ACUTI

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

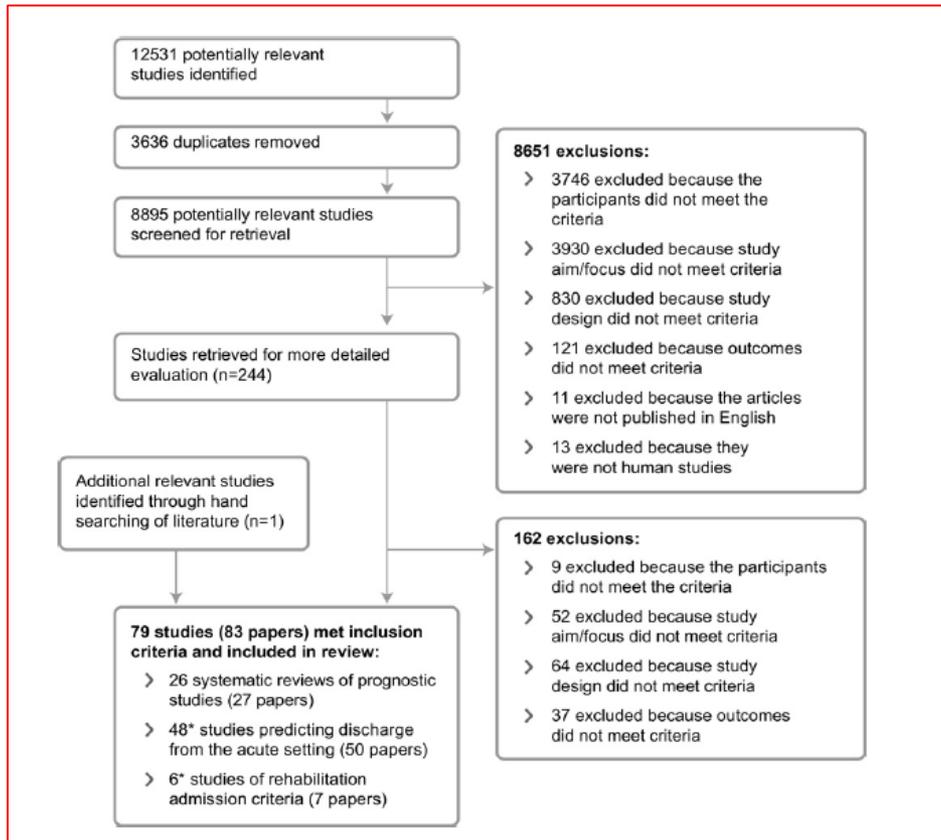
RIABILITAZIONE TERRITORIALE



Selection for Inpatient Rehabilitation After Acute Stroke: A Systematic Review of the Literature

Sharon J. Hakkennes, BPhy, Kim Brock, PhD, Keith D. Hill, PhD

Arch Phys Med Rehabil Vol 92, December 2011



Variabili associate con la predittività del recupero funzionale, La destinazione alla dimissione e i criteri di ammissione in Riabilitazione dopo stroke

Conclusioni:
L'età, lo stato cognitivo, il livello funzionale dopo stroke e, in minore Rilevanza, l'incontinenza urinaria sono fattori associati con la prognosi e l'ammissione in riabilitazione

Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process

Robert Teasell MD, Norhayati Hussein MBBS, Norine Foley MSc

Last updated: March 2018

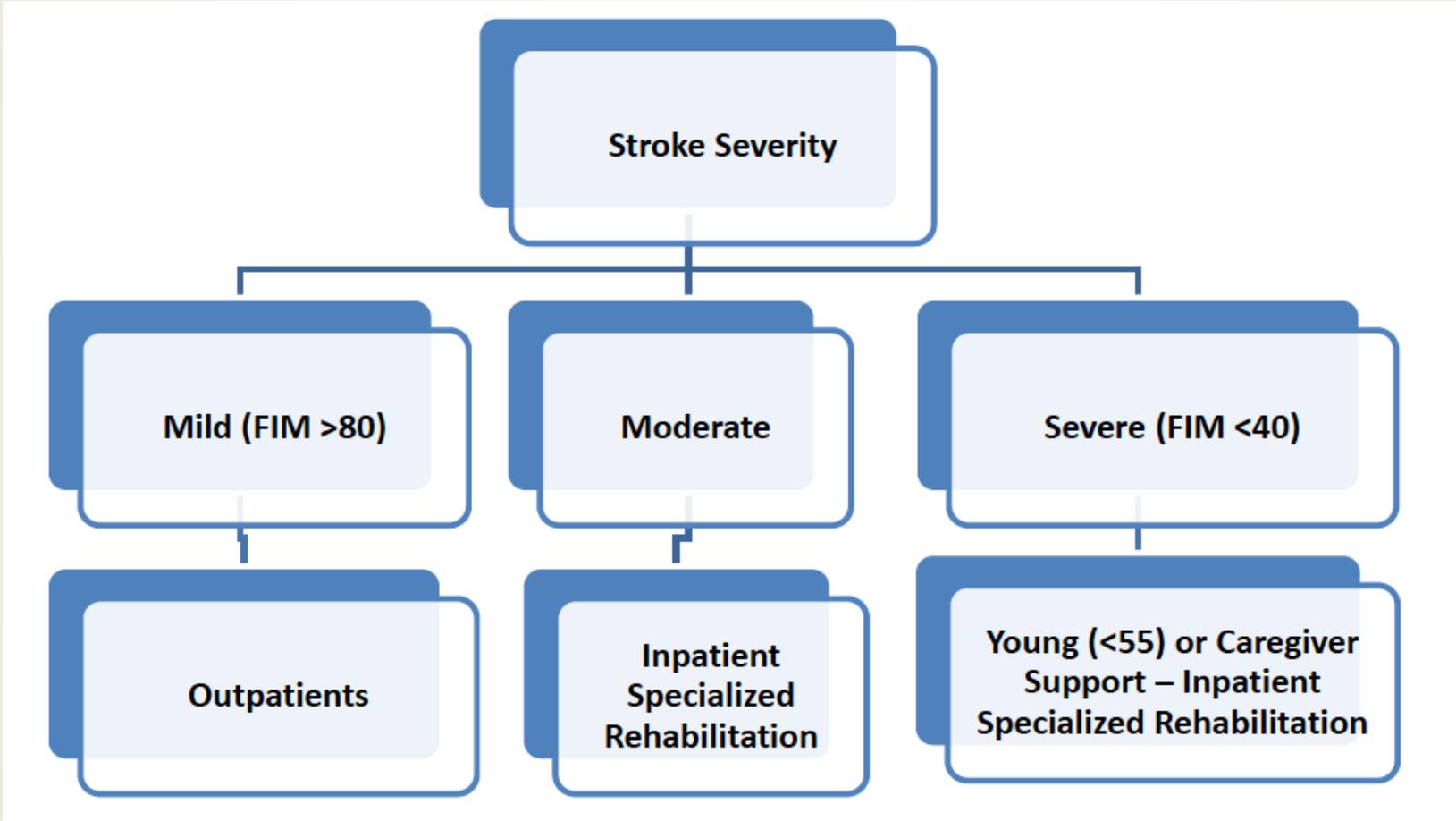
- ❑ Il più potente predittore degli esiti della riabilitazione è **la gravità iniziale** dell'ictus seguita dall'**età**.
- ❑ I pazienti **lievi** beneficiano meno della riabilitazione dell'ictus a causa di un «effetto soffitto» (FIM score)
- ❑ Mentre gli ictus da **moderati a gravi** migliorano maggiormente con la riabilitazione dell'ictus
- ❑ L'aumento della gravità dell'ictus è comunque associato a esiti peggiori.

Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process

Robert Teasell MD, Norhayati Hussein MBBS, Norine Foley MSc

Last updated: March 2018

- **L'età avanzata** può influire negativamente sul recupero dell'ictus, sebbene il suo contributo sia ridotto rispetto alla gravità dell'ictus. Nel complesso, anche l'età non è considerata un forte fattore predittivo di recupero funzionale dopo l'ictus.
- I pazienti **più giovani** con ictus rappresentano una piccola percentuale di individui con ictus. Questi pazienti in genere si comportano bene con la riabilitazione, ottenendo significativi guadagni funzionali e quasi tutti sono dimessi a casa.
- I pazienti **molto anziani** con ictus devono essere considerati candidati per la riabilitazione, indipendentemente dalla gravità dell'ictus, e ogni caso deve essere considerato sulla base delle caratteristiche e del potenziale individuali.
- Fattori come il fitness premorbo, il funzionamento cognitivo, il sostegno familiare / comunitario e le comorbidità sono considerati importanti in questi casi.





Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial



The AVERT Trial Collaboration group*

Lancet 2015; 386: 46–55

Published Online

April 17, 2015

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60690-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60690-0)

See [Comment](#) page 7

*Members listed in the appendix

Correspondence to:

Prof Julie Bernhardt, The Florey Institute of Neuroscience and Mental Health, Austin Campus, Heidelberg, VIC 3084, Australia
julie.bernhardt@florey.edu.au

See Online for appendix

Summary

Background Early mobilisation after stroke is thought to contribute to the effects of stroke-unit care; however, the intervention is poorly defined and not underpinned by strong evidence. We aimed to compare the effectiveness of frequent, higher dose, very early mobilisation with usual care after stroke.

Methods We did this parallel-group, single-blind, randomised controlled trial at 56 acute stroke units in five countries. Patients (aged ≥ 18 years) with ischaemic or haemorrhagic stroke, first or recurrent, who met physiological criteria were randomly assigned (1:1), via a web-based computer generated block randomisation procedure (block size of six), to receive usual stroke-unit care alone or very early mobilisation in addition to usual care. Treatment with recombinant tissue plasminogen activator was allowed. Randomisation was stratified by study site and stroke severity. Patients, outcome assessors, and investigators involved in trial and data management were masked to treatment allocation. The primary outcome was a favourable outcome 3 months after stroke, defined as a modified Rankin Scale score of 0–2. We did analysis on an intention-to-treat basis. The trial is registered with the Australian New Zealand Clinical Trials Registry, number ACTRN12606000185561.

Findings Between July 18, 2006, and Oct 16, 2014, we randomly assigned 2104 patients to receive either very early mobilisation ($n=1054$) or usual care ($n=1050$); 2083 (99%) patients were included in the 3 month follow-up assessment. 965 (92%) patients were mobilised within 24 h in the very early mobilisation group compared with 623 (59%) patients in the usual care group. Fewer patients in the very early mobilisation group had a favourable outcome than those in the usual care group ($n=480$ [46%] vs $n=525$ [50%]; adjusted odds ratio [OR] 0.73, 95% CI 0.59–0.90; $p=0.004$). 88 (8%) patients died in the very early mobilisation group compared with 72 (7%) patients in the usual care group (OR 1.34, 95% CI 0.93–1.93, $p=0.113$). 201 (19%) patients in the very early mobilisation group and 208 (20%) of those in the usual care group had a non-fatal serious adverse event, with no reduction in immobility-related complications with very early mobilisation.

Interpretation First mobilisation took place within 24 h for most patients in this trial. The higher dose, very early mobilisation protocol was associated with a reduction in the odds of a favourable outcome at 3 months. Early mobilisation after stroke is recommended in many clinical practice guidelines worldwide, and our findings should affect clinical practice by refining present guidelines; however, clinical recommendations should be informed by future analyses of dose–response associations.

Funding National Health and Medical Research Council, Singapore Health, Chest Heart and Stroke Scotland, Northern Ireland Chest Heart and Stroke, UK Stroke Association, National Institute of Health Research.



Raccomandazione 14.2.e Forte a favore

In pazienti con ictus è raccomandato **già dalle prime 24 ore** attuare interventi di mobilizzazione e attività riabilitative (a intensità moderata), se non sussistono controindicazioni al programma.

Raccomandazione 14.2.f Forte contro

Nelle prime 24 ore dopo un ictus **non sono raccomandati** interventi di mobilizzazione intensiva con precoce verticalizzazione, in particolare negli ictus severi e negli ictus emorragici.

.

Impact of Rehabilitation on Outcomes in Patients With Ischemic Stroke

A Nationwide Retrospective Cohort Study in Japan

Maiko Yagi, RPT, DBA; Hideo Yasunaga, MD, PhD; Hiroki Matsui, RPT, MPH; Kojiro Morita, RN, MPH; Kiyohide Fushimi, MD, PhD; Masashi Fujimoto, MD; Teruyuki Koyama, MD, PhD; Junko Fujitani, MD, PhD

Background and Purpose—We aimed to examine the concurrent effects of timing and intensity of rehabilitation on improving activities of daily living (ADL) among patients with ischemic stroke.

Methods—Using the Japanese Diagnosis Procedure Combination inpatient database, we retrospectively analyzed consecutive patients with ischemic stroke at admission who received rehabilitation ($n=100\,719$) from April 2012 to March 2014. Early rehabilitation was defined as that starting within 3 days after admission. The average rehabilitation intensity per day was calculated as the total units of rehabilitation during hospitalization divided by the length of hospital stay. A multivariable logistic regression analysis with multiple imputation and an instrumental variable analysis were performed to examine the association of early and intensive rehabilitation with the proportion of improved ADL score.

Results—The proportion of improved ADL score was higher in the early and intensive rehabilitation group. The multivariable logistic regression analysis showed that significant improvements in ADL were observed for early rehabilitation (odds ratio: 1.08; 95% confidence interval: 1.04–1.13; $P<0.01$) and intensive rehabilitation of >5.0 U/d (odds ratio: 1.87; 95% confidence interval: 1.69–2.07; $P<0.01$). The instrumental variable analysis showed that an increased proportion of improved ADL was associated with early rehabilitation (risk difference: 2.8%; 95% confidence interval: 2.0–3.4%; $P<0.001$) and intensive rehabilitation (risk difference: 5.6%; 95% confidence interval: 4.6–6.6%; $P<0.001$).

Conclusions—The present results suggested that early and intensive rehabilitation improved ADL during hospitalization in patients with ischemic stroke. (*Stroke*. 2017;48:740-746. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.015147.)

Key Words: activities of daily living ■ inpatient ■ rehabilitation ■ retrospective study

European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine
EDIZIONI MINERVA MEDICA

ARTICLE ONLINE FIRST

This provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance.
A copyedited and fully formatted version will be made available soon.
The final version may contain major or minor changes.

Evidence Based Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for persons with stroke. The European PRM position (UEMS PRM Section)

Ayse A KüçükDEVECI, Katharina Stibrant SUNNERHAGEN, Volodymyr GOLYK,
Alain DELARQUE, Galina IVANOVA, Mauro ZAMPOLINI, Charlotte KIEKENS, Enrique
VARELA DONOSO, Nicolas CHRISTODOULOU

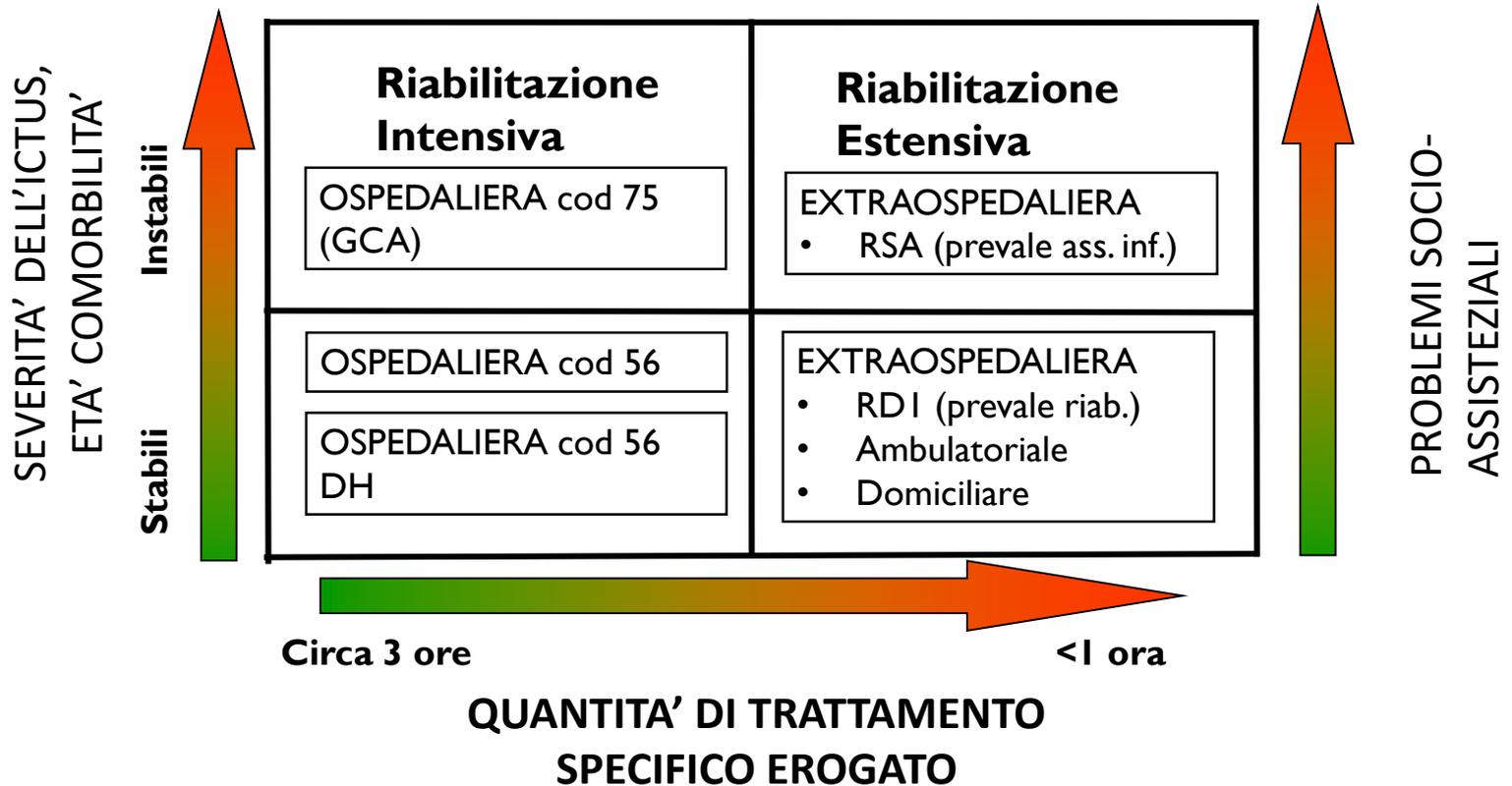
European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2018 Aug 29
DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05501-6

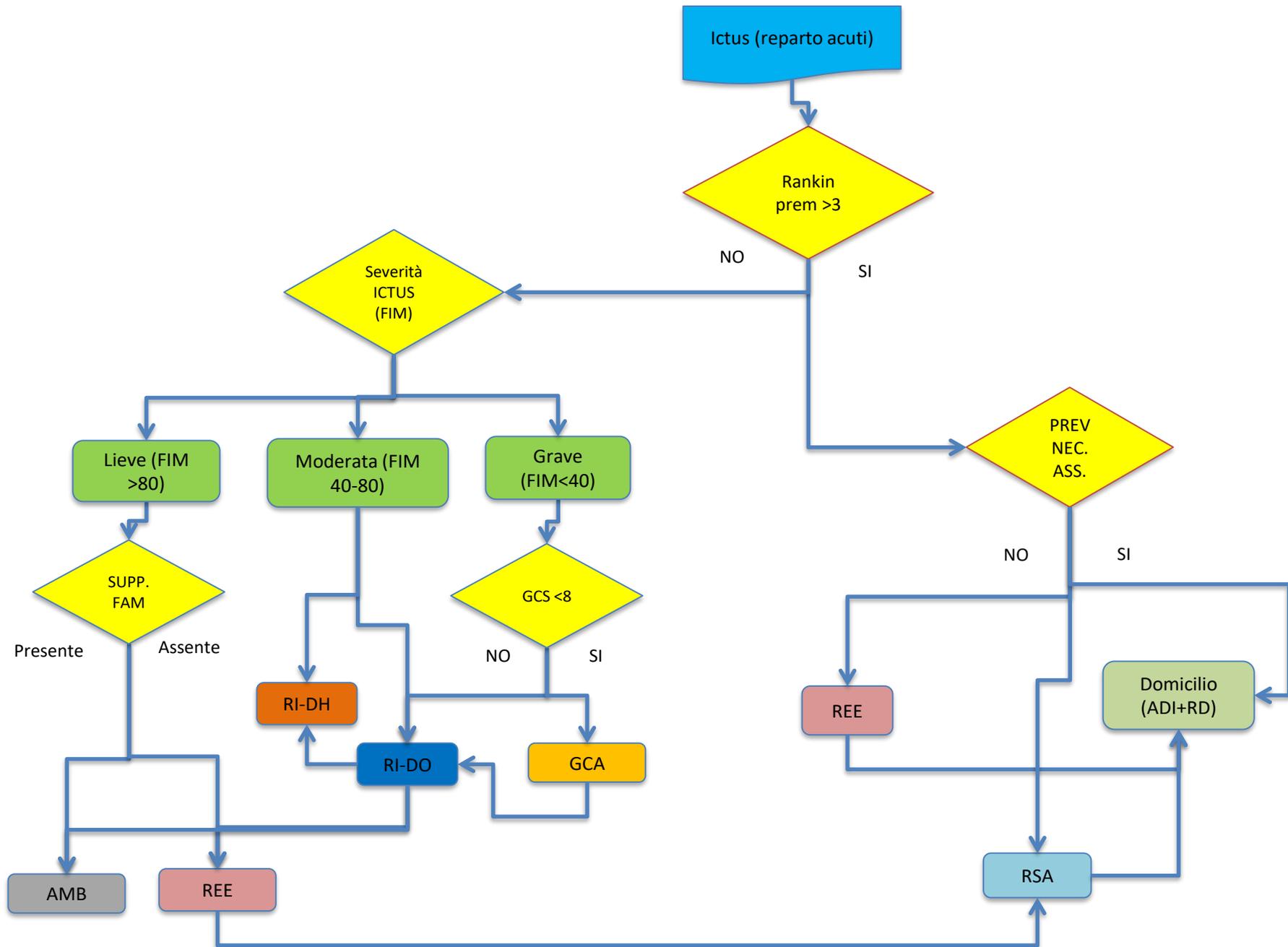


It is recommended that all persons with stroke should receive rehabilitation health care as early as possible once they are determined to be ready for and able to participate in rehabilitation

- **Lavoro in team**
- **Early rehabilitation**
- **Prevenzione recidive**
- **Continuità di presa in carico**

Scelta del setting in Umbria





Framework ICF della scheda di Percorso Unico Riabilitativo



DISABILITA' ANAMNESI CA	FATTORI AMBIENTALI Barriera/facilitatore (0-4)		BISOGNI CLINICO- ASSISTENZIALI Gravità (0-4)		PROFILO FUNZIONALE Gravità (0-4) Modificabilità (0-4)	
Rankin (0-6)	supporto familiare	e310	coscienza	b110	cura della propria persona	d5
	persone che forniscono					
	assistenza	e340	demenza	b117	problemi motori	b7
	operatori sanitari	e355	decubiti	b810	problemi sensoriali	b2
			respirazione (invariato)			
	Barriere architettoniche	e1550			dolore	b280
	Necessità ausili	e115	nutrizione		problemi cardio/respiratori	b4
			catetere vescicale			
	invalidità civile	si/no			problemi cognitivi	b164
			Dialisi		problemi di comunicazione	b167
			Gessi		problemi nel controllo del tronco	b4153
			Carico		problemi di trasferimenti da sdraiato	d4201
			TVP		problemi di trasferimenti da seduto	d4200
			Germi MDR		problemi nel cammino	d450
					problemi alimentazione	b5105
					problemi di continenza urinaria	b6202
					problemi di continenza fecale	b5253



- Atl@nte
 - Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - Dimissioni protette
 - Cartelle personali
 - Test
 - Suite InterRAI
 - S.Va.M.Di.
 - Data Analysis System

Anagrafica

Residenza

Dettagli

Fonte Esterna

Informazioni generali:

Nominativo: 01_PROVA RIAB ...

Data di nascita: 05/04/1940 Et : 77

Data decesso:

Sesso: Femmina Maschio

Comune di nascita: PERUGIA 054039 ... PG

Cittadinanza: Italiana

Codice fiscale: PRVRBI40D05G478V ...

Altre informazioni:

Pratica:

Grado di istruzione:

Stato civile:

Professione svolta:

Condizione professionale:

Ramo attiv :

Pensione: [Non risposta] Invalidit  civile:

Indennit  accompagnamento: [Non risposta]

Entit  proprietaria: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)**

Unit  operativa associata:

Servizi attivi

Entit  corrente:

S 

Rete geografica territoriale:

S 

In mobilit 

No



- Atl@nte
 - Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - Dimissioni protette
 - Cartelle personali
 - Test
 - Scheda di percorso riabilitativo
 - Suite InterRAI
 - S.Va.
 - Data

Entità: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)** Selezione test somministrati:

Compilatori: [] Data: 25/01/2018

Ultimo agg.

Valutazione: []

ASSISTENZA SANITARIA

Iscritto SSN
 STP
 Privo di ASS. SAN.

USL di residenza []

ATTUALE COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Rankin Scale

NOME.....
 ETA'.....
 DATA.....

Grado	Descrizione
0	Assenza totale di sintomi
1	Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi : è in grado di svolgere tutte le attività e i compiti abituali
2	Disabilità lieve: incapace di svolgere tutte le attività precedenti ma capace di badare alle proprie faccende senza assistenza
3	Disabilità moderata: richiede qualche aiuto, ma è in grado di deambulare senza assistenza
4	Disabilità moderatamente grave: incapace di camminare senza assistenza e incapace di badare ai bisogni del proprio corpo senza assistenza
5	Disabilità grave: costretto a letto, incontinente e bisognoso di assistenza infermieristica costante e di attenzione.

Il livello di disabilità riferita al momento immediatamente precedente l'attuale evento acuto. Concorre alla programmazione del corretto percorso riabilitativo alla dimissione



RIABILITATIVO

MORBOSA

No Si

0
1
2
3
4
5

Nuovo [Icona] [Icona] [Icona] Copia [Icona] Incolla [Icona] [Icona] [Icona]

- Atl@nte
 - Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - Dimissioni protette
 - Cartelle personali
 - Test
 - Scheda di percorso riabilitativo
 - Suite InterRAI
 - S.Va.M.Di.
 - Data Analysis System

Entità: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)** Selezione test somministrati: [Menu a tendina]

Compilatori: **Massucci Maurizio** Data: **25/01/2018** [Calendario]

Ultimo agg. [Menu a tendina]

Valutazione: [Menu a tendina]

PROBLEMATICHE ANAMNESTICHE

Internistiche	[Menu a tendina]
Psichiatriche	[Menu a tendina]
Neurologiche	[Menu a tendina]
Muscolo-scheletriche	[Menu a tendina]
Abuso di sostanze	[Menu a tendina]
TCE	[Menu a tendina]
Demenza	[Menu a tendina]

FATTORI AMBIENTALI

Supporto familiare

<i>i</i> [Menu a tendina] Barriera	[0] [1] [2] [3] [4] [9]
<i>i</i> [Menu a tendina] Facilitatore	[0] [1] [2] [3] [4] [9]

Persone che forniscono assistenza

<i>i</i> [Menu a tendina] Barriera	[0] [1] [2] [3] [4] [9]
<i>i</i> [Menu a tendina] Facilitatore	[0] [1] [2] [3] [4] [9]

Operatori sanitari

[0] [1] [2] [3] [4] [9]

1947

Nuovo Copia Incolla

- ▼ Atl@nte
 - ▼ Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - Dimissioni protette
 - Cartelle personali
 - ▼ Test
 - Scheda di percorso ri...
 - Suite InterRAI
 - S.Va.M.Di.
 - Data Analysis System

Entità: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)** Selezione test somministrati:

Compilatori: Data:

Ultimo agg. **09/04/2018 16:53 Nocella Antonello**

Valutazione:

BISOGNI CLINICO ASSISTENZIALI

Disturbi della coscienza o vigilanza	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
Demenza	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
Decubiti	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
Respirazione	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="S"/>	<input type="text" value="C"/>	<input type="text" value="O"/>	<input type="text" value="V"/>	
Nutrizione	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="O"/>	<input type="text" value="S"/>	<input type="text" value="P"/>	<input type="text" value="N"/>
Catetere vescicale					<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/>
Dialisi					<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/>
Gessi, Valve, Fea					<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/>
Carico			<input type="text" value="N"/>	<input type="text" value="S"/>	<input type="text" value="P"/>	<input type="text" value="T"/>
TVP					<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/>

Specificare

Nuovo [Icona] [Icona] [Icona] Copia [Icona] Incolla [Icona] [Icona] [Icona]

- Atl@nte
 - Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - Dimissioni protette
 - Cartelle personali
 - Test
 - Scheda di percorso riabilitativo
 - Suite InterRAI
 - S.Va.M.Di.
 - Data Analysis System

Entità: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)** Selezione test somministrati:

Compilatori: Data:

Ultimo agg.

Valutazione:

PROFILO FUNZIONALE

Problemi motori

		Gravità	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
		Potenziale miglioramento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>		

Problemi sensoriali

		Gravità	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
		Potenziale miglioramento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>		

Dolore

		Gravità	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
		Potenziale miglioramento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>		

Problemi cardio/respiratori

		Gravità	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
		Potenziale miglioramento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>		

Problemi cognitivi

		Gravità	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
		Potenziale miglioramento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>		

Problemi di comunicazione

		Gravità	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="9"/>
		Potenziale miglioramento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>		

1947

Nuovo

 Copia
 Incolla

- ▼ Atl@nte
 - ▼ Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - ▼ Dimissioni protette
 - ▼ Cartelle personali
 - ▼ Test
 - Scheda di percorso ri...
 - ▼ Suite InterRAI
 - ▼ S.Va.M.Di.
 - ▼ Data Analysis System

Entità: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)** Selezione test somministrati:

Compilatori:
 Data:

Ultimo agg. **09/04/2018 16:53 Nocella Antonello**

Valutazione:

Problemi nel controllo del tronco

Gravità

Potenziale miglioramento

Problemi di trasferimenti da sdraiato

Gravità

Potenziale miglioramento

Problemi di trasferimenti da seduto

Gravità

Potenziale miglioramento

Problemi nel cammino

Gravità

Potenziale miglioramento

RISCHIO DIMISSIONE DIFFICILE

1936 

 Nuovo    Copia  Incolla    

- ▼ Atl@nte
 - ▼ Generale
 - Anagrafica generale
 - Dati sanitari
 - Gestione servizi
 - Persone di riferimento
 - Dimissioni protette
 - Cartelle personali
 - Test
 - Scheda di percorso ric...
 - Suite InterRAI
 - S.Va.M.Di.
 - Data Analysis System

Entità: **MIV STROKE UNIT - Az. Ospedaliera (PG)** Selezione test somministrati: 23/04/2018

Compilatori: Data: 

Ultimo agg. **23/04/2018 16:09 Massucci Maurizio**  **Test bloccato**

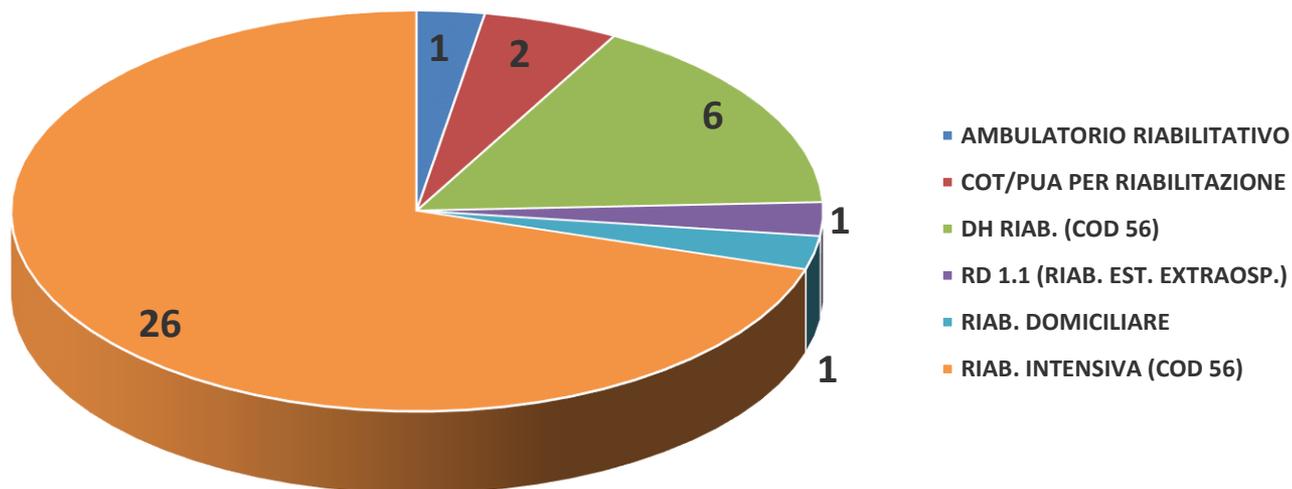
Valutazione:

 	REPARTO PER ACUTI			
 	GCA (COD 75)			
 	USU (COD 28)			
 	RIAB. INTENSIVA (COD 56)			
 	DH RIAB. (COD 56)			
 	RD 1.1 (RIAB. EST. EXTRAOSP.)			
 	LUNGODEGENZA			
 	RD 1.2 (STATO VEGETATIVO)			
 	AMBULATORIO RIABILITATIVO			
 	RIAB. DOMICILIARE			
 	COT/PUA PER RIABILITAZIONE			

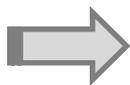
Specificare

Prima scelta 1	Conteggio di Matricola	Media di Età	Media di Rankin pre-morbosa
AMBULATORIO RIABILITATIVO	1	61	0
COT/PUA PER RIABILITAZIONE	2	59	3
DH RIAB. (COD 56)	6	71,83333333	0,833333333
RD 1.1 (RIAB. EST. EXTRAOSP.)	1	85	1
RIAB. DOMICILIARE	1	62	0
RIAB. INTENSIVA (COD 56)	26	73,26923077	0,884615385
Totale complessivo	37	71,94594595	0,945945946

Ictus cerebrale (N° 37): destinazione alla dimissione



Popolazione target
Elenco da definire



IN OSPEDALE
Applicazione scheda
Percorso Riabilitativo Unico

PRU modificata
Codici ICF alimentati attraverso PRU
Altro (Schede monodimensionali)

Genera PRI (indica cosa la persona recupera in quanto tempo e in quale setting di cura)*

▪ Definire Algoritmo PRU

Sintesi dimissione
definizione Percorso Riabilitativo

Chiude servizio
con assegna entità
pratica aperta

Chiude servizio,
chiude pratica con
assegna entità

Chiude servizio,
chiude pratica con
assegna entità

Unità Riabilitativa Ospedaliera
(cod. 56, 28, 75)
Stessa scheda
Percorso Riabilitativo Unico

Chiude servizio,
chiude pratica con
assegna entità

Sintesi dimissione
definizione Percorso Riabilitativo

Destinazione di Riabilitazione
Territoriale (Domiciliare e
Ambulatoriale, RD 1.1 , RD 1.2)
Percorso Riabilitativo Unico

Collaborazione
con assistenza
domiciliare

- 1) prestazione riabilitativa singola (ambulatoriale o domiciliare)
- 2) prestazione riabilitativa all'interno dell'ADI.

CASA del Paziente/Utente.

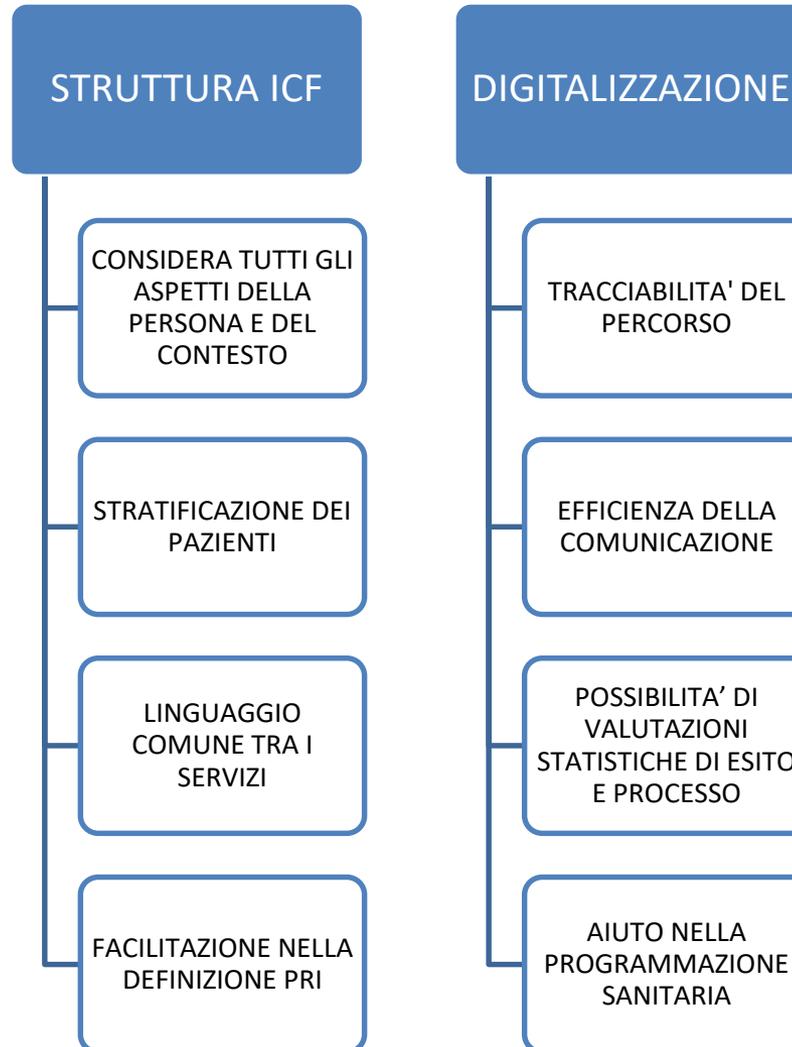
Gestione work-flow

La chiusura pratica deve prevedere il motivo di chiusura

Considerazioni sulla scheda PRU

- La costruzione del PDTA dell'ictus fornisce l'opportunità di costruire una piattaforma unica per la valutazione funzionale nei setting riabilitativi
- La scheda di PRU garantisce trasparenza e tracciabilità in ogni momento del percorso dell'ictus
- E' possibile una fotografia della situazione clinico-funzionale del paziente in ogni fase riabilitativa
- La scheda PRU sottende una piattaforma ICF utile per l'utilizzo di scale di valutazione dell'ictus

ICF e digitalizzazione



A scenic view of a town at sunset. The sky is filled with vibrant, colorful clouds in shades of pink, purple, and orange. In the center, a tall, cylindrical stone tower stands prominently. The foreground shows the rooftops of buildings, including a red-tiled roof and a white air conditioning unit. The background features rolling hills and a distant cityscape under the twilight sky.

GRAZIE DELL'ATTENZIONE