

Percorsi e criticità per le persone con GCA in Umbria dalla fase acuta a quella riabilitativa

Perugia 14 dicembre 2018

Federico Scarponi

Responsabile SSD Gravi Cerebrolesioni Acquisite

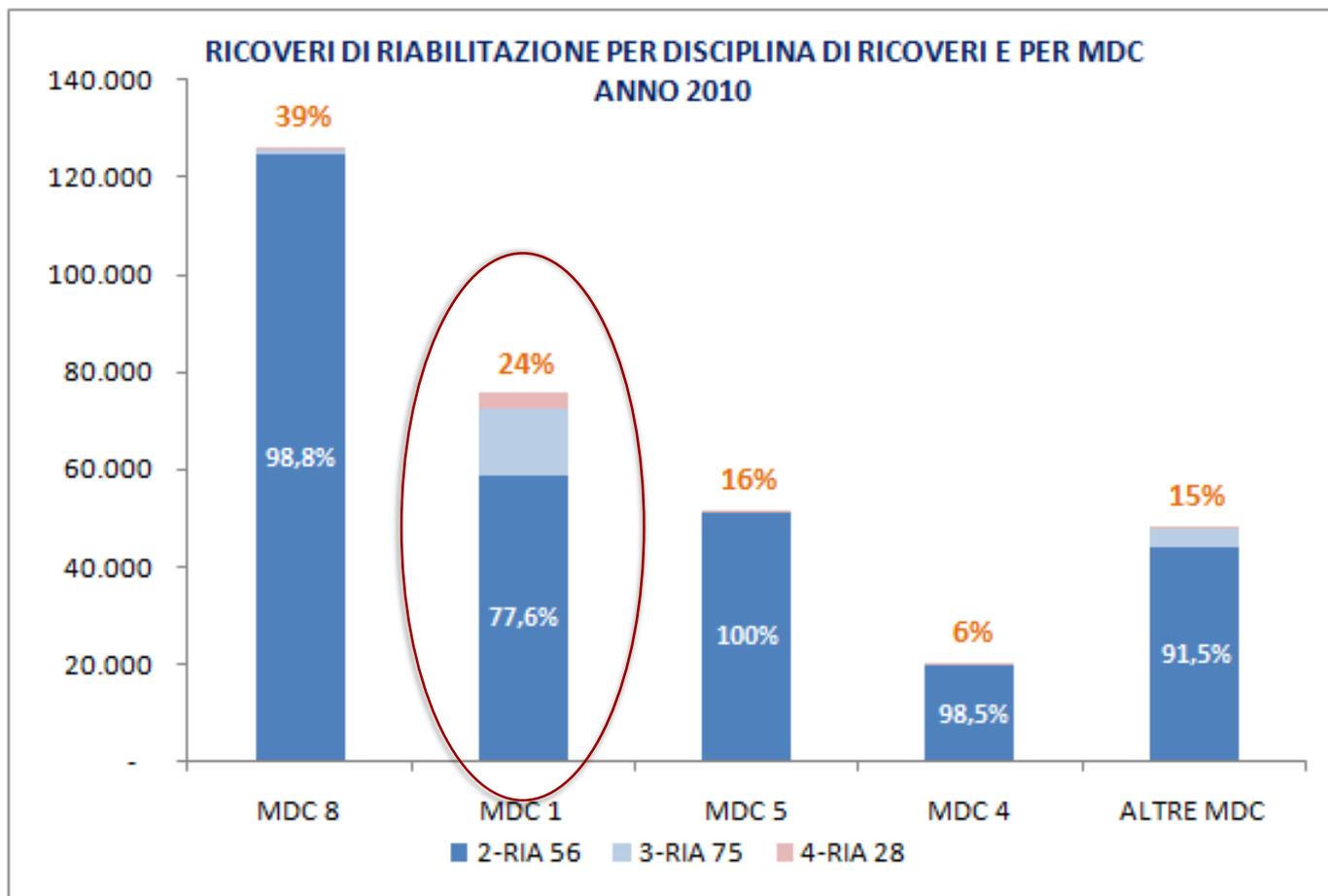
Ospedale S. Giovanni Battista di Foligno

Mail federico.scarponi@uslumbria2.it



USLUmbria**2**

Riabilitazione neurologica in Italia. Quali strutture?



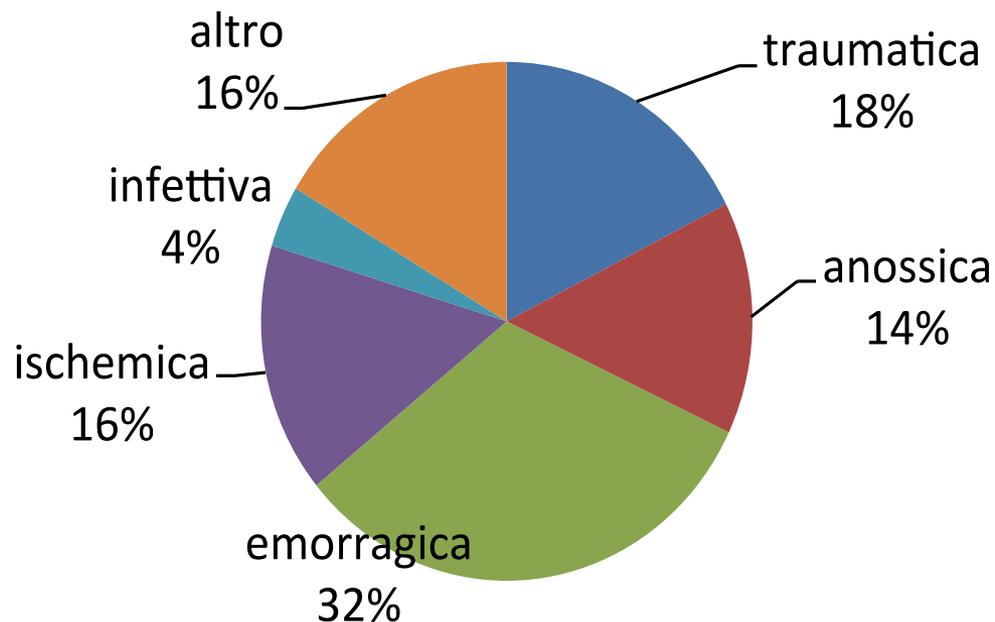
Cosa è la **Grave** Cerebrolesione **Acquisita** (GCA)

Definizione

- È una lesione cerebrale di diversa origine
- In grado di produrre uno stato di **coma** più o meno prolungato
- E menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali
- Che determinano una disabilità grave

INCIDENZA GCA IN UMBRIA (2012)

distribuzione delle GCA per eziologia



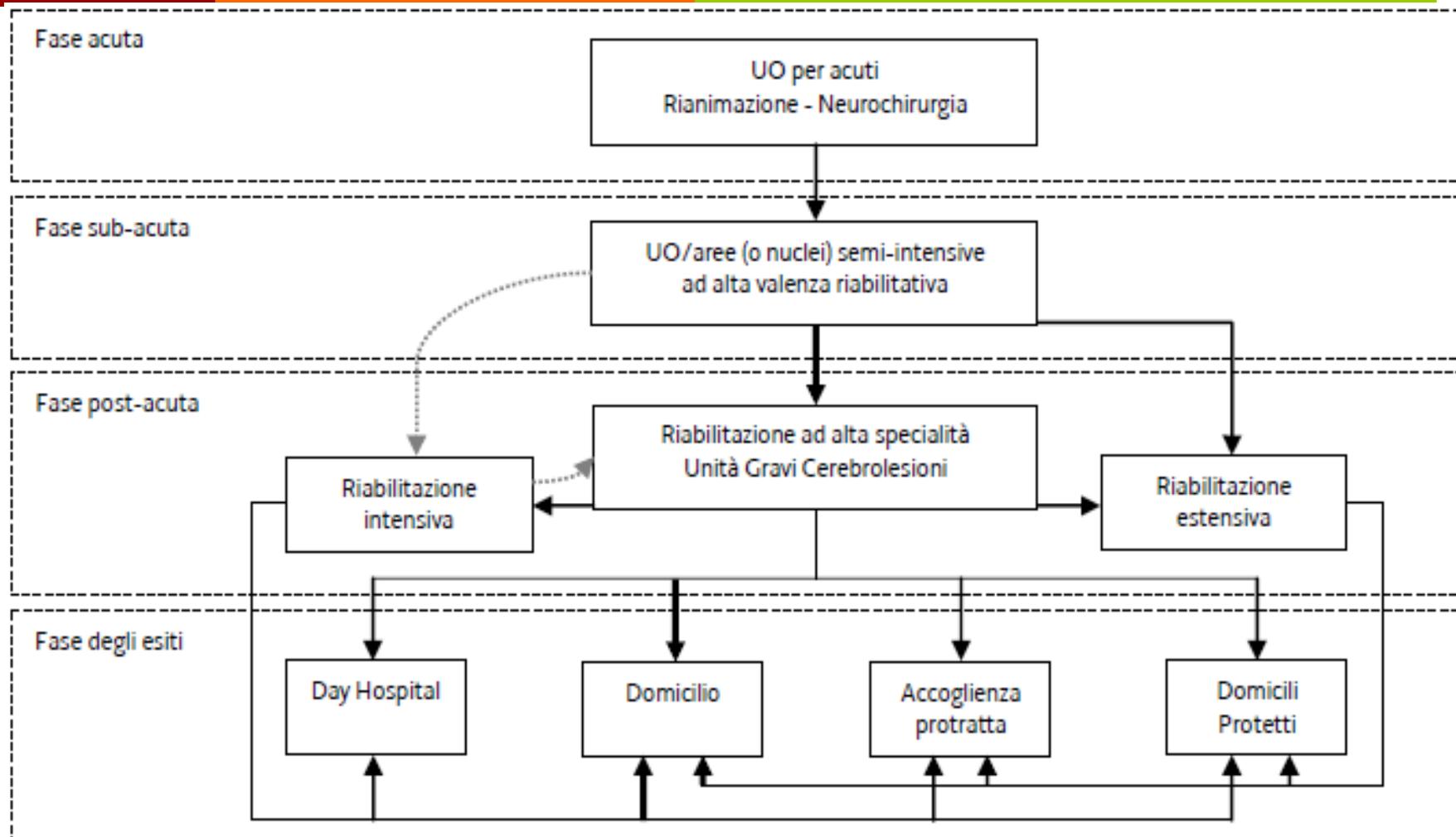
possiamo considerare che coloro che poi potranno avere accesso al percorso regionale per le GCA sono **11,687 x100.000/abitanti/anno**.



I percorsi in Italia e in Umbria



Descrizione generale del percorso pazienti con GCA



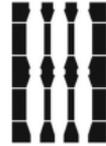
21 possibili diversi modi di calare il modello nella realtà regionale

“é opportuno che ogni singola Regione proceda alla codifica di un sistema istituzionalizzato “coma to community” che assicuri un percorso a rete integrata in grado di garantire la “presa in carico globale” del paziente con GCA, dalla fase acuta al reinserimento domiciliare, un intero setting di fasi, articolate fra funzioni di tipo intensivo-subintensivo, post-acute e croniche”

Il sistema integrato “coma to community” va dimensionato su un bacino di popolazione e adeguato in funzione delle caratteristiche geografiche e degli indicatori epidemiologici

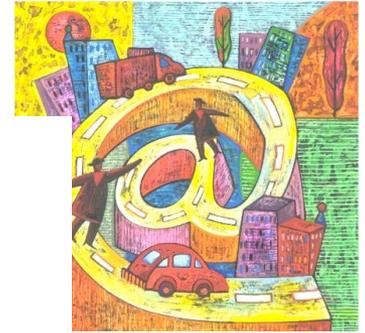
LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA





Regione Umbria

Giunta Regionale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 729 DEL 29/06/2016

OGGETTO: Linee d'indirizzo relative a "Percorsi riabilitativi per le gravi cerebrolesioni e i traumi cranici nella Regione Umbria"



Modello del percorso delle persone con GCA → Coma to community

REGIONE UMBRIA



FASE ACUTA

TERAPIA INTENSIVA cod 49
PG 44 pl.; TR 17 pl.
NEUROCHIRURGIA cod 30
PG 25 pl.; TR 13 pl.
NEUROLOGIA cod 32
PG 26 pl.; TR 21 pl.

FASE SUB ACUTA

NEURORIABILITAZIONE cod 75
SSD GCA Foligno - Trevi
PG (Foligno) 14 pl.

GCA Terni cod 75
8 p.l

FASE POST ACUTA

NEURORIABILITAZIONE cod 75
SCD GCA Trevi
PG (Trevi) 16 pl.

UNITA' DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE cod 56
PG 197 pl.; TR 52 pl.

FASE DEGLI ESITI

DOMICILIO
(con ADI)

CENTRO PER DISABILI
PG 10 pl.

RES. PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
PG 1153 pl.; TR 691 pl.

RSA
PG 159 pl.

CENTRO RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRA-OSPEDALIERA
PG 20 pl.

COMUNITÀ ALLOGGIO PER SOGGETTI DISABILI GRAVI
PG 65 pl.

UNITÀ RESIDENZIALE SPECIALE
PG 20 pl.

Selezionare i pazienti

CRITERI
TRASFERIBILITA'

CRITERI DI
AMMISSIONE



CRITERI DI
INAPPROPRIATEZZA

CRITERI DI
PRIORITY



CRITERI TRASFERIBILITA'

Criteria di trasferibilità da fase acuta
a riabilitativa

- Criterio Generale= Un paziente può essere dimesso dalla terapia intensiva e/o post intensiva quando :
 - Le sue condizioni fisiologiche si siano stabilizzate
 - Sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti



Consensus
conference
Modena 2000

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi ipertensive, non aritmie “minacciose” o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O2 terapia)
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano



Criteri di sufficiente stabilità clinica

Consensus
conference
modena 2000

➤ Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni :

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

➤ frequenza cardiaca $> 90'$

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

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



Criteri di sufficiente stabilità clinica

Criteri di sufficiente stabilità clinica

- ➔ Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)
- ➔ Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica



CRITERI DI AMMISSIONE

Unità Gravi cerebrolesioni (cod 75)

- **Criterio di ammissione : paziente con GCA**
- caratterizzati dal coesistere **di gravi menomazioni comportamentali, disabilità multiple e complesse**, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture

Modalità di accesso per cod 75

- Nella USL Umbria 2 esistono due strutture per la riabilitazione delle persone con grave cerebrolesione.
- La Struttura Semplice Dipartimentale Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite , che è situata all'interno del Presidio Ospedaliero di Foligno
- la Struttura Complessa di Riabilitazione Intensiva Neuromotoria di Trevi.
- **Accesso tramite FAX di richiesta ricovero**
- La differente collocazione logistica spiega perché le due unità provvedano a creare insieme un percorso riabilitativo.

Criteri che rendono il ricovero non appropriato



- Soggetto totalmente o gravemente dipendente precedentemente l'evento attuale.
- Soggetto affetto da patologia tumorale a rapido aggravamento.
- Soggetto affetto da grave insufficienza cardiaca con frazione di eiezione inferiore al 25% (FE<25%).
- Soggetto in stato vegetativo post anossico con dimostrata assenza di risposta N20 ai PESS nella prima settimana di coma, non attribuibile a fattori extracerebrali.
- Tempo trascorso dall'evento morboso > di 6 mesi per un evento morboso neurologico di eziologia non traumatica, > 12 mesi per eziologia traumatica.

Complessità dei ricoveri in UGCA: quale riabilitazione?

Identifying clinical complexity in patients affected by severe acquired brain injury in neurorehabilitation: a cross sectional survey

Journal: European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine

Paper code: Eur J Phys Rehabil Med-5342

Submission date: May 9, 2018

Article type: Original Article

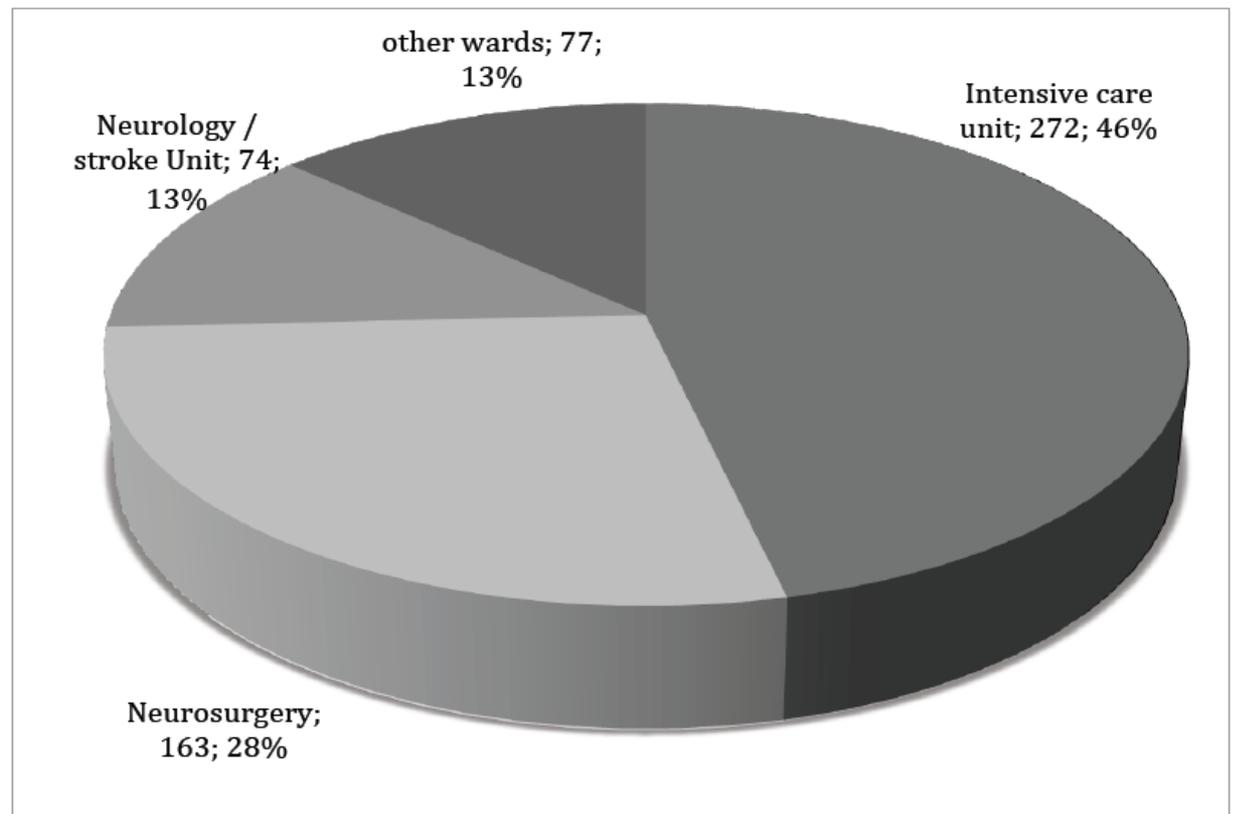
Scarponi Federico, Zampolini Mauro, Zucchella Chiara, Bargellesi Stefano, Fassio Chiara, Pistoia Francesca, Bartolo Michelangelo on the behalf of C.I.R.C.LE (Comorbidità in Ingresso in Riabilitazione nei pazienti con grave CerebroLEsione acquisita) study group.

Table I. Overall description of the sample at admission.

		N (%)	Mean \pm SD	Range
Gender	M	362 (61.8)		
	F	224 (38.2)		
Age (years)			55.16 \pm 17.1	18 – 89
Aetiologies	Anoxic	83 (14.2)		
	Neoplastic	17 (2.9)		
	Infectious	15 (2.6)		
	Vascular	315 (53.8)		
	Traumatic	150 (25.6)		
	Mixed	6 (1)		
GOS			2,63 \pm 0.56	2 - 5
ERBI			(-202,5) \pm 87.07	(-325) - 100
LCF			3,22 \pm 1.53	1 - 8

SV o SMC

Provenienza dei pazienti



Condizioni cliniche in ingresso

Nasogastric tube	250 (42.7)	331 (56.4)	5 (0.9)	
Percutaneous Endoscopic Gastrostomy	214 (36.5)	354 (60.4)	18 (3.1)	
Pressure sores	201 (34.3)	378 (64.5)	7 (1.2)	
Cardiocirculatory instability	352 (60.1)	224 (38.2)	10 (1.7)	
<i>with multiparametric monitoring necessary or recommended</i>				
Need for Isolation due to multi drug resistant bacteria	154 (26.3)	431 (73.5)	1 (0.2)	
Nutrition (per os)	133 (22.7)	445 (75.9)	8 (1.4)	
Infectious disease at admission	100 (17.1)	486 (82.9)	-	
Infectious disease within the first week	91 (15.5)	493 (84.1)	2 (0.4)	
Assisted breathing	77 (13.1)	495 (84.5)	14 (2.4)	
Paroxysmal sympathetic hyperactivity	77 (13.1)	507 (86.6)	2 (0.3)	
Acute organ failure	67 (11.4)	517 (88.2)	2 (0.3)	
Fungine infection	62 (10.6)	523 (89.2)	1 (0.2)	
Parenteral nutrition over 7 days	51 (8.7)	535 (91.3)	-	
Evidence of Brain tumor after craniolacunia	38 (6.5)	542 (92.5)	6 (1.1)	
Neurogenic heterotopic ossification	30 (5.2)	523 (89.2)	33 (5.6)	
Pre-existing disability	21 (3.6)	562 (95.9)	3 (0.5)	
Worsening postoperative subdural hygroma	18 (3.1)	558 (95.2)	10 (1.7)	
Cerebral anoxia with bilateral absence of N20 wave at SEPP	14 (2.4)	476 (81.2)	96 (16.4)	
Pre-existing cancer	12 (2.0)	569 (97.2)	5 (0.8)	
Anamnestic heart failure with ejection fraction <25%	8 (1.4)	575 (98.1)	3 (0.5)	
Surgery within the 1st week	5 (0.9)	581 (99.1)	-	

Tipo di attività riabilitativa effettuata nella prima settimana in riabilitazione

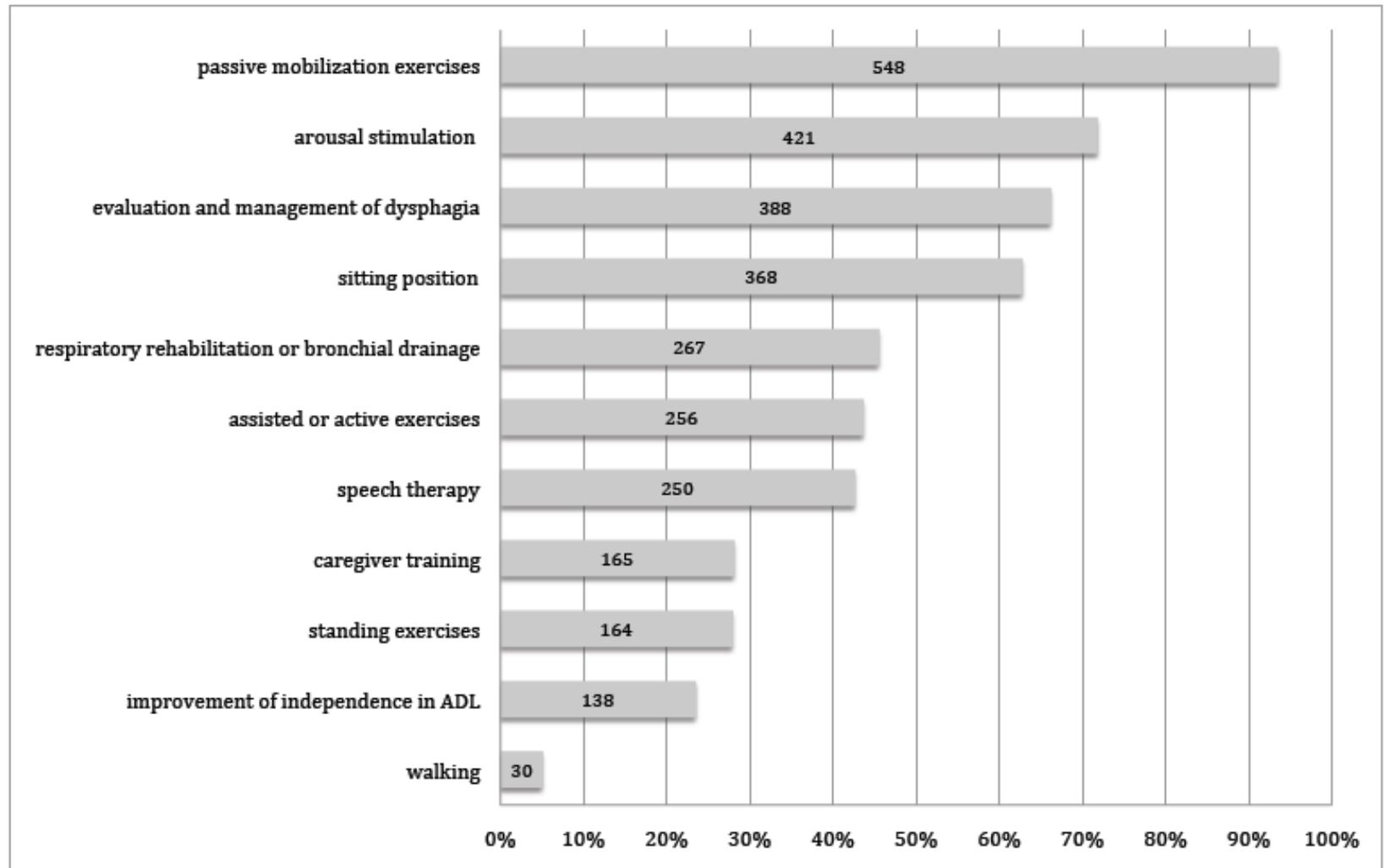
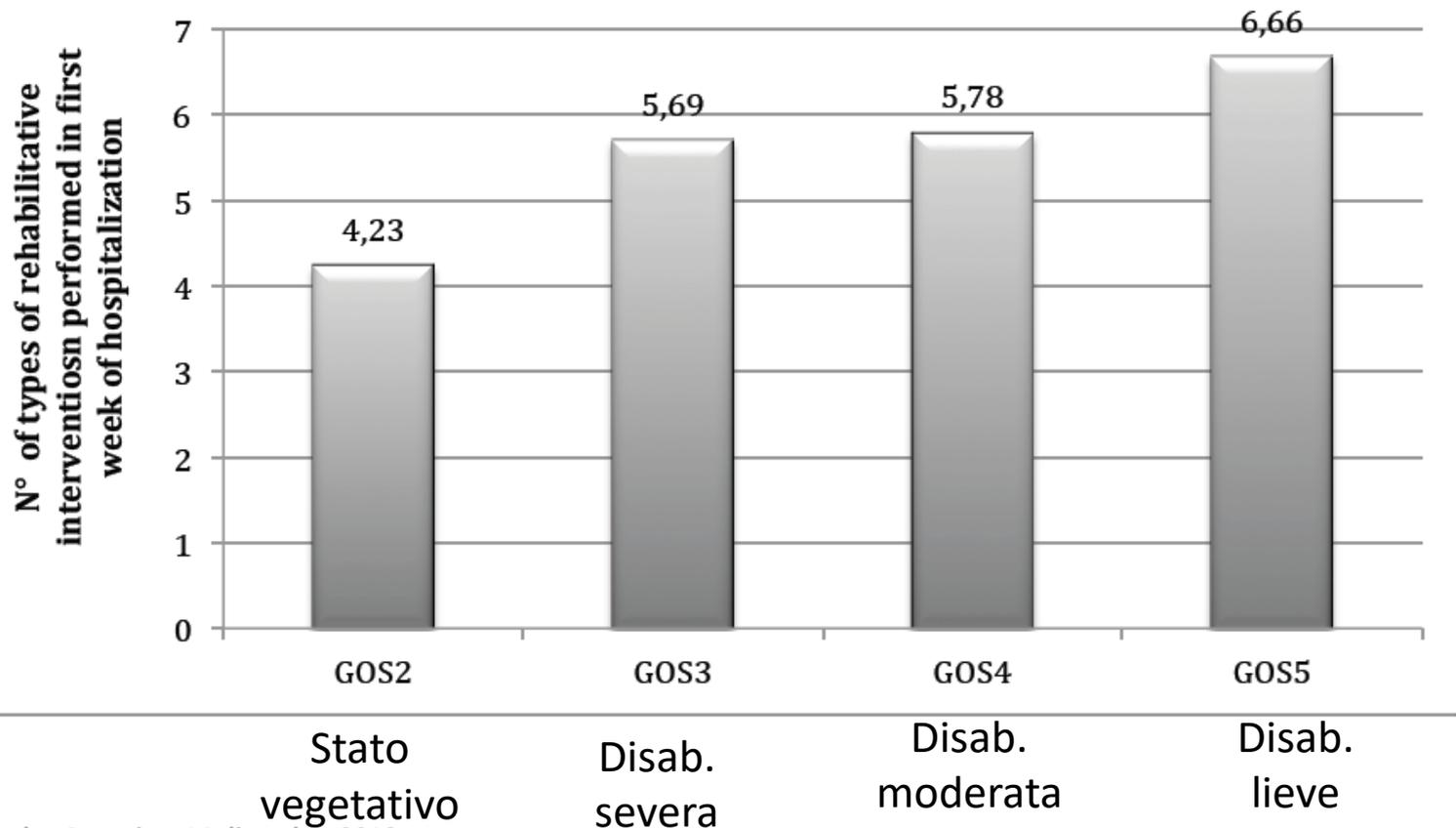


Figure 3. Rehabilitation programs performed during the first week.

Quadro funzionale e riabilitazione proponibile

Tipi di interventi riabilitativi proposti in ingresso



conclusioni

- Seppur I pazienti mostrino frequentemente delle complicanze o condizioni di complessità clinica, solo poche di queste sembrano influire sullo svolgimento dell'attività riabilitativa
- L'analisi multivariata mostra che l'instabilità cardiocircolatoria, insufficienza acuta d'organo, PSH , eziologia anossica e valore delle scale GOS e LCF sembrano condizionare I possibili trattamenti riabilitativi proposti inizialmente ($F(28.476) = 5.214$, $p < .0005$).



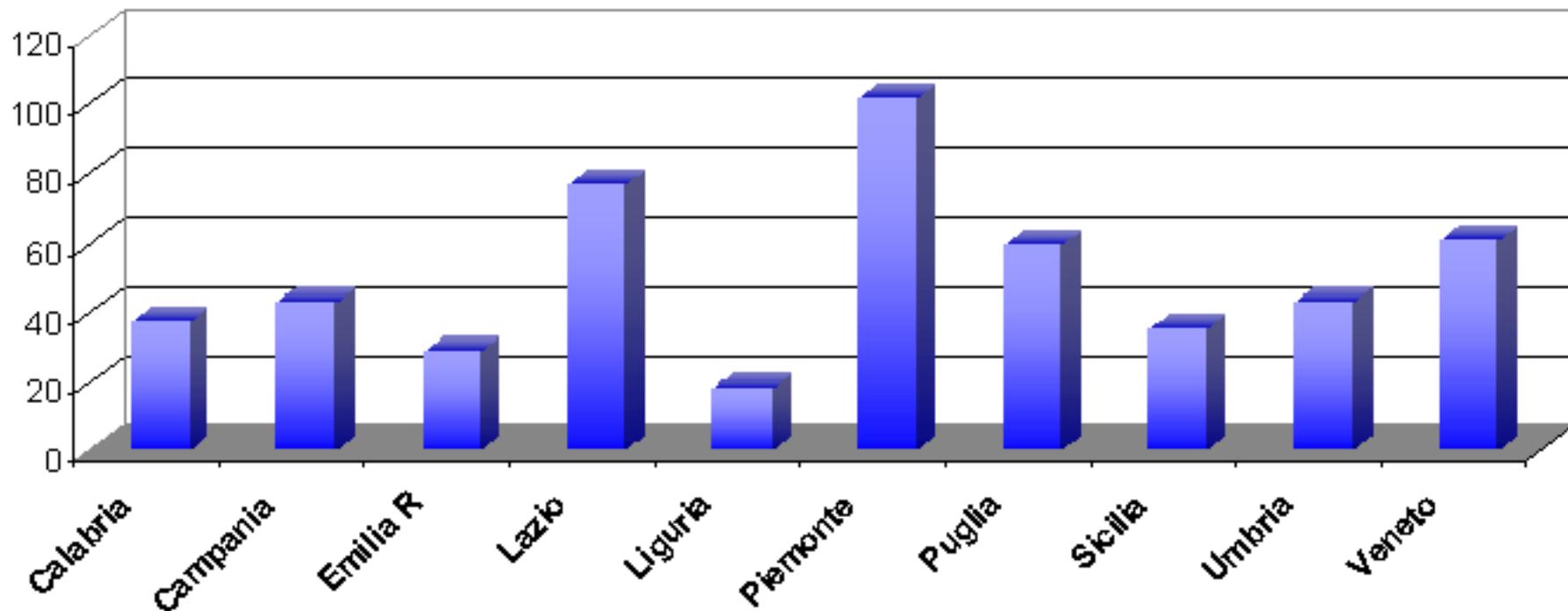
USL Umbria 2
Servizio Sanitario Regionale



SIMFER
SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA FISICA
E RIABILITATIVA
The Italian Society
of Physical and
Rehabilitative Medicine



Tempi fase acuta per pazienti con DOC



“tempi reali” FASE RIABILITATIVA

REGIONE	N° DI RICOVERI EFFETTUATI IN REPARTI DI RIABILITAZIONE (Cod. 75, 56, 28, 60) (media per regione)	GIORNATE DI DEGENZA IN RIABILITAZIONE (mediana per regione)
→ Calabria	1.77	300
→ Campania	1.75	214
→ Emilia R.	5.1	210
→ Lazio	2.6	503
→ Liguria	2.5	196
→ Piemonte	1.25	368
→ Puglia	2	153
→ Sicilia	1.1	488
→ Umbria	1.7	179
→ Veneto	2	238

3 MODELLI DIVERSI di presa in carico

Verde : modello 1

Rosso: modello 2

Blu: modello 3

Congresso SIN Umbria Marche. Perugia, 14 dicembre 2018

Fonte: Progetto Nazionale CCM
INCARICO 2012