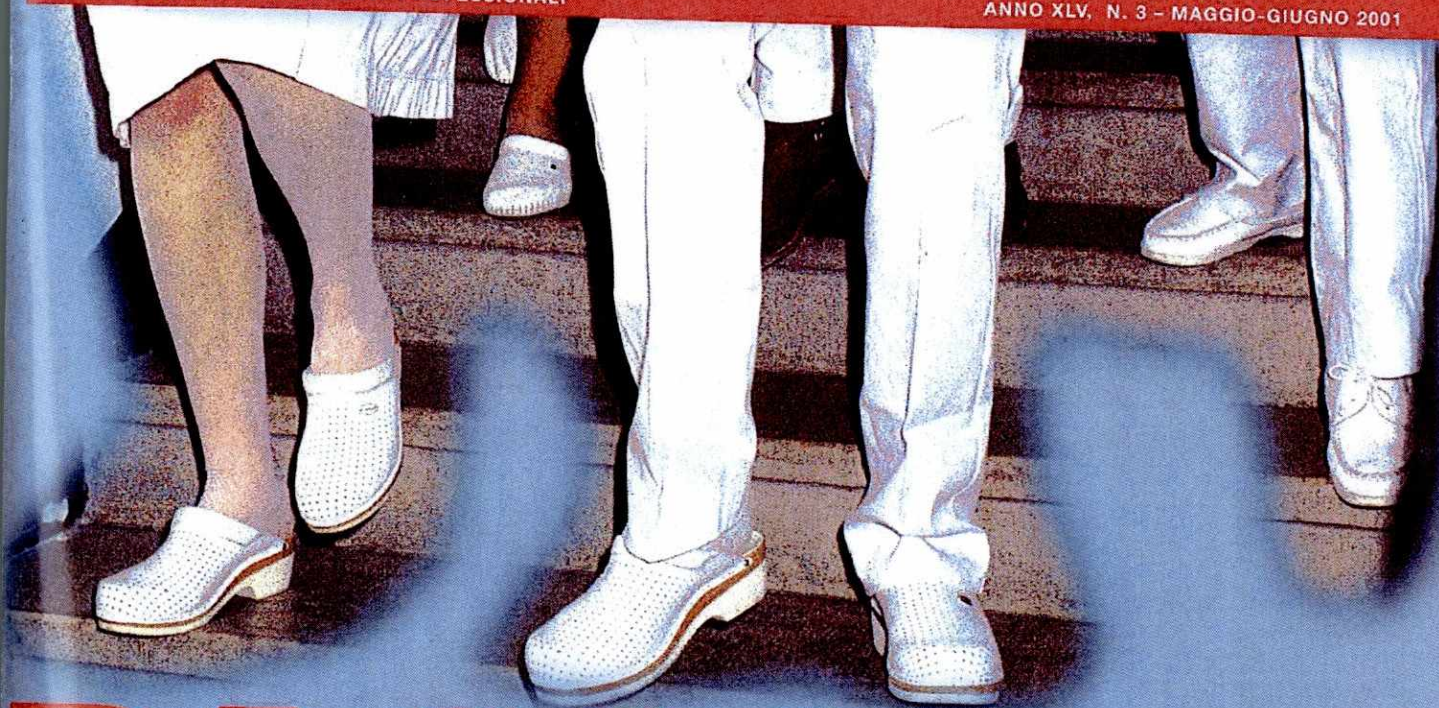


L'infermiere

NOTIZIARIO AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI

ANNO XLV, N. 3 - MAGGIO-GIUGNO 2001



PASSO dopo PASSO

**La valorizzazione
della professione
infermieristica
procede tra conquiste
e resistenze.
Luci e ombre
del nuovo contratto**

Documenti

Pag.

16

La professione infermieristica impegnata nella ricerca: undici abstract che riassumono programmi, esperienze ed esempi di assistenza attivati in tutta Italia

Aggiornamenti professionali

Pag.

27

Il percorso seguito dal paziente politraumatizzato, dal primo intervento col soccorso pre-ospedaliero e l'emergenza, fino alla riabilitazione e al suo reinserimento nella vita di tutti i giorni

Ultim'Ora

Mentre andiamo in stampa apprendiamo che la Corte dei Conti non ha registrato i contratti dei dipendenti della Sanità. La decisione sarebbe dovuta alla mancata copertura finanziaria per la contrattazione di secondo livello. A pag. 44 i testi dell'Ipotesi di Ccnl del Comparto Sanità per il biennio 2000-2001 e l'Ipotesi relativa al Ccnl integrativo del personale del Comparto

scerà in situ l'eventuale catetere peritoneale e verranno completate le indagini diagnostiche. Compito dell'infermiere in questa fase è quello di :

- sistemare il malato in modo da rendere più rapida possibile l'esecuzione delle radiografie ed eventualmente trasportarlo velocemente in Sala operatoria o alla Tac;
- collaborare con il rianimatore o con il chirurgo nell'eventualità dell'esecuzione della puntura esplorativa.

Per quanto riguarda gli operatori del personale tecnico di radiologia, il loro allertamento avviene pressoché immediatamente, con la richiesta delle tre radiografie standard; il loro intervento, invece, avviene dopo circa 15-20 minuti, tempo necessario per la prima valutazione e le conseguenti manovre da attuare. Le radiografie vengono scattate con un apparecchio radiologico pensile e sviluppate immediatamente nella camera oscura adiacente alla saletta.

Altro contributo fondamentale al buon andamento della gestione complessiva dell'urgenza traumatica viene dato dal personale ausiliario del Pronto soccorso.

Un ausiliario del Pronto soccorso infatti è presente fin dall'inizio in saletta e si occupa

di ritirare le unità richieste con il protocollo "sangue", di consegnare i campioni di sangue al laboratorio, di ritirare i referti, di portare materiale - se necessario - dalla Rianimazione al Pronto soccorso, di aiutare gli infermieri a mobilitare in asse il paziente al momento di posizionare le lastre radiografiche.

Fondamentale è poi la preparazione del paziente prima che questo lasci la saletta di Terapia intensiva per procedere alle rimanenti indagini diagnostiche o essere avviato alla Sala operatoria.

Il malato deve spostarsi con al seguito tutto ciò che può essere necessario per sostenere le funzioni vitali e il livello di monitoraggio non deve essere inferiore a quello che adotteremo in Rianimazione.

Pertanto il paziente, posto su un letto barella con pallone autoespansibile, materiale da intubazione, bombola di ossigeno, liquidi, farmaci d'emergenza, ecc, sarà connesso a un respiratore portatile e a un monitor multiparametrico (Fc, Nibp, SaO₂, EtCO₂, temperatura interna) prima di essere trasportato all'esterno della saletta.

Terminata la fase diagnostica il paziente verrà condotto, se necessario, in Rianima-

zione, oppure in Chirurgia o Traumatologia se le sue condizioni sono tali da non rendere necessaria un'assistenza intensiva.

Una volta concluso l'iter del paziente con il suo ricovero, uno degli infermieri che è intervenuto nell'urgenza si occuperà di ricontrollare tutto il materiale utilizzando le check list presenti su ogni carrello, reintegrando il materiale usato.

L'attività di controllo di attrezzature e presidi presenti nella saletta di accettazione viene comunque svolta quotidianamente dall'infermiera della rianimazione addetta alla radiologia.

A conclusione, vorrei sottolineare i vantaggi derivati dall'adozione di questo protocollo:

- riduzione dei tempi di diagnosi-trattamento di pazienti politraumatizzati gravi;
- uniformità di comportamento del personale.

Per raggiungere questi risultati abbiamo impiegato alcuni anni, anche in seguito a un elevato turn-over di personale e alla necessità di diffondere in maniera capillare, attraverso momenti di confronto, "la cultura del trauma" presso tutti i servizi che sono coinvolti nella gestione di questo paziente a elevata complessità non solo assistenziale, ma anche organizzativa. ■



Ricovero

Paziente critico e linee guida

di ENRICO LUMINI*, LUCA PERESSONI**

*Ip Dea, Azienda ospedaliera Careggi, Firenze. **Ip, Terapia intensiva II, Azienda ospedaliera S. Maria della Misericordia, Udine

“ Il paziente con malattia da politrauma è quel paziente che presenta due o più lesioni, periferiche o viscerali, associate a compromissione della funzionalità respiratoria e/o cardiocircolatoria”: già dalla definizione classica del politraumatizzato si evince con chiarezza la criticità del quadro patologico. L'insulto traumatico a più organi o distretti comporta una serie di reazioni, in parte legate al trauma stesso e in parte legate alle risposte fisiologiche dell'organismo, che pongono il paziente a un elevato rischio di mor-

talità e morbilità. Ci troviamo quindi di fronte un paziente all'inizio di un lungo percorso diagnostico e terapeutico che lo porterà, dopo la tappa d'ingresso al Dea, in un reparto di Rianimazione o Terapia intensiva e, successivamente, in un'unità di degenza; opportuno poi ricordare che con molte probabilità dovrà più volte essere sottoposto, nel frattempo, a interventi chirurgici. È chiaro che a causa delle molteplicità dei problemi di salute, ma anche del numero di Unità, Servizi e discipline coinvolti, l'approccio assistenziale risulta

complesso: ben rende l'idea l'immagine tratta dal manifesto del *Course in Advanced Trauma Nursing* a cura dell'Emergency Nurses Association nella quale sono esplicitate le principali sfere d'intervento che l'infermiere si trova a dover affrontare.

Di seguito, cercheremo di evidenziare gli obiettivi generali e specifici assistenziali nella gestione del politraumatizzato.

Obiettivi generali

- continuità assistenziale

- controllo e miglioramento della qualità, verifica dei risultati
- standardizzare e uniformare comportamenti
- razionalizzare tempo e risorse, garantire sicurezza, efficacia ed efficienza del trattamento

Obiettivi specifici

- supporto e controllo funzioni vitali (Terapia intensiva)
- prevenzione sepsi, Mof (Terapia intensiva)
- prevenzione e correzione lesioni invalidanti (Terapia intensiva e Degenza)
- completamento interventi eseguiti in urgenza (Degenza)

IL SISTEMA DELLE LINEE GUIDA

Nella complessità dell'approccio al politraumatizzato - dove collaborano figure professionali di diverse Unità operative (Uo) e dove la logica assistenziale è quella dell'équipe multidisciplinare - meccanismi operativi quali le linee guida diventano indispensabili, poiché forniscono delle indicazioni generali e orientative per la realizzazione di attività e l'adozione di modalità di comportamenti che guidano il singolo o il gruppo professionale nello svolgimento delle prestazioni. Ci troviamo così dinanzi a un vero e proprio "sistema" nel quale è possibile incontrare linee guida elaborate al fine di suggerire metodiche organizzative o assistenziali. E proprio sulla scorta delle nostre esperienze professionali, e integrando tra loro le principali linee guida internazionali, proponiamo di seguito una serie di indicazioni relative all'organizzazione di questo "sistema" e all'approccio con il paziente politraumatizzato.

IL PAZIENTE CRITICO

Valutazione iniziale

Dati soggettivi: relazione sull'accaduto da parte del paziente o dall'équipe di primo soccorso; anamnesi patologica remota; eventi precipitanti; terapia farmacologica prescritta o in atto.

Dati oggettivi/Esame obiettivo: rivalutazione Primary e Secondary Survey

Risposta al trattamento: stabilità funzioni vitali; trattamento chirurgico; stabilizzazione; analgesia-narcosi.

Indagini diagnostiche: esami ematochimici; Ecg; radiodiagnostica per immagini; ecografia; Tac; Rnm; arteriografia; lavaggio peritoneale.

Stato di coscienza

Alterazioni dello stato di coscienza in un paziente politraumatizzato sono possibili e fre-

quenti anche in assenza di trauma cranico (shock, ipossia ecc.) per cui si rende necessario un accurato monitoraggio neurologico al pari degli altri parametri vitali.

Management ventilatorio

La funzionalità ventilatoria va presidiata e supportata in rapporto all'entità e localizzazione del trauma, considerando la possibilità di aggravamento delle condizioni. In tal caso può non essere più sufficiente fornire ossigeno supplementare con maschera, ma può rendersi necessario un supporto meccanico senza o con intubazione tracheale, con conseguente ventilazione artificiale (Vam), che andrà gestita in maniera efficace.

L'insorgenza di pnx ed enfisema sottocutaneo, così come l'aggravamento di una contusione polmonare, vanno sempre considerati nel trauma toracico. È quindi fondamentale effettuare a intervalli un esame obiettivo del torace e uno scrupoloso controllo dei parametri cardio-respiratori. L'Rx torace può evidenziare l'insorgenza di complicate meccaniche o infettive. Mantenere la pervietà di eventuali sistemi di drenaggio e osservare l'insorgenza di complicanze dopo rimozione. Sofferenza respiratoria, barotrauma, riduzione della gittata cardiaca e infezione polmonare sono le più frequenti complicanze della Vam; vanno presidiati segni e sintomi che possono manifestare l'insorgenza, in tempo utile per un'azione correttiva.

Lo svezzamento va favorito e supportato con fisioterapia respiratoria, drenaggio posturale, copertura analgesica, pulizia polmonare con broncoscopia ed utilizzo di sistemi incentivanti. Una tosse valida garantisce pervietà e pulizia delle vie respiratorie; come tale va incoraggiata.

Monitorare i parametri respiratori secondo le necessità oggettive del paziente, i protocolli in uso e il grado di complessità organizzativa dell'Uo.

Gestione emodinamica

Le principali cause di instabilità emodinamica sono legate a perdita acuta della massa circolante (shock emorragico da trauma arti e/o bacino; emotorace; lesioni aortiche; lesioni a organi parenchimali dell'addome) o da meccanismo indiretto (pnx iperteso; contusione polmonare; tamponamento cardiaco). Un paziente adulto ipoteso ha perso almeno il 30 per cento della massa ematica: tali perdite vanno corrette parzialmente o totalmente a seconda del tipo di trauma tenendo conto della distribuzione dei fluidi.

Vanno considerate l'importanza di quantificare l'emorragia e l'inaffidabilità, in fase acuta, dei valori di crasi quali segni precoci. La valutazione e il controllo dell'insorgenza di segni o sintomi di shock risultano fondamentali durante l'intero processo assistenziale (PAS ≤ 90 , FC ≥ 120 , tempo di riempimento capillare $> 2''$, estremità fredde/sudore/pallore).

In presenza di instabilità emodinamica lieve, risultano necessari sia la presenza di cateteri venoso centrale e vescicale per monitorare correttamente la quantità di volume da infondere, sia la perfusione renale. In presenza di shock grave o non ancora definito (cardiogeno, neurogeno, settico) può essere preferibile posizionare catetere arterioso e di Swan Ganz.

L'eventuale insorgenza di nuove foci emorragiche va sorvegliata durante l'intero processo. Nel caso di pazienti ipotermici considerare l'infusione di liquidi caldi.

In uno stato di shock emodinamicamente instabile, con compromissione dei meccanismi compensativi, la somministrazione di liquidi può causare un passaggio da uno stato di carenza a un sovraccarico con rischio di edema polmonare, scompenso cardiaco congestizio ed edema cerebrale. Vanno perciò controllati segni e sintomi di congestione venosa, di alterazione elettrocardiografica e di funzionalità renale. La redistribuzione di liquidi post traumatica e la deplezione di elettroliti sierici possono indurre un sequestro di massa circolante che può riproporre il quadro di shock: in questo caso va puntualizzata l'esigenza della verifica del bilancio idroelettrolitico ogni due ore per un opportuno trattamento.

La contusione cardiaca, il tamponamento e la lesione di grossi vasi possono essere conseguenze di un trauma toracico importante; considerare quindi la sorveglianza emodinamica con monitoraggio invasivo e seriato, la necessità di pericardiocentesi e il trattamento chirurgico. Monitorare i parametri emodinamici secondo le necessità oggettive del paziente, i protocolli in uso e il grado di complessità organizzativa dell'Uo.

Complicanze infettive

Le lesioni della barriera cutanea, l'ischemia e la necrosi tissutale, il numero di procedure invasive, la nutrizione non fisiologica e gli agenti farmacologici, sono fattori che contribuiscono a rendere elevato il rischio di infezioni. La Vam e la stasi di secrezioni bronchiali rappresentano la prima causa di pneumonia; linee intravascolari, cateteri e drenaggi sono i principali responsabili di batteriemia.

Le lesioni endoaddominali vengono solitamente trattate precocemente da un punto di vista chirurgico e il rischio di complicanze infettive è elevato, soprattutto se consideriamo che nel paziente politraumatizzato la sola flora batterica fisiologicamente presente, può essere responsabile dell'evoluzione verso un quadro di insufficienza pluriorganica. Valutare periodicamente segni e sintomi d'infezione, le cui fonti vanno identificate e ridotte attraverso l'uso di tecniche asettiche, sorveglianza microbiologica e antibiotico-terapia. Il rischio di ulcera da stress è particolarmente elevato: il posizionamento di un sondino nasogastrico, il monitoraggio del ristagno e una precoce terapia farmacologica, risultano vantaggiosi. Il deficit nutrizionale può essere conseguente all'incapacità di digerire i nutrienti o a uno stato ipermetabolico: un'adeguata nutrizione è indispensabile per prevenire o ridurre complicanze, preferendo ove possibile la via enterale; in alternativa considerare la nutrizione parenterale totale.

Gestione del dolore

Il dolore è sempre dannoso nel paziente politraumatizzato: se non controllato aumenta e peggiora la prognosi, inoltre il controllo del dolore è fondamentale per l'esecuzione delle manovre di nursing. Deve perciò essere bloccato con diverse strategie, a livello sistemico o locale. La scelta tra analgesia e sedazione va rapportata a: area di ricovero; opzioni disponibili; distribuzione delle lesioni; complicanze; anamnesi.

L'uso di infusioni endovenose di oppioidi è necessario nelle Uti come atto terapeutico (v. trauma cranico grave) e a tali unità va limitato. L'analgesia peridurale risulta vantaggiosa (v. trauma toracico) ma anch'essa richiede un controllo qualificato. Approccio sistemico: oppioidi; sedazione con eventuale blocco neuromuscolare e Fans; anestesia e analgesia regionale: blocchi nervosi locali; anestesia intrapleurica; tecniche epidurali.

Insulto cranio-encefalico e vertebro-midollare

Nel caso specifico del politraumatizzato con grave trauma cranico il nemico da combattere è il danno cerebrale secondario provocato da un abbassamento del flusso ematico cerebrale e dall'alterazione dell'omeostasi intracranica. L'intervento assistenziale è teso alla valutazione del livello di coscienza (Gcs), delle funzioni motorie e sensitive, delle reazioni pupillari. Dove indicato, la sorveglianza neurologica si completa

con i monitoraggi della pressione intracranica (Pic) e della relativa pressione di perfusione cerebrale (Ppc), nonché della saturazione del sangue venoso prelevato dal bulbo della giugulare interna (SJO2) ed Eeg continuo. Tale strategia consente adeguamenti terapeutici rapidi e mirati al modificarsi della situazione intracranica. Picchi ipertensivi, tachicardia o rialzo termico possono essere la spia di involuzione e costituire indicazione per una rivalutazione neurologica e per l'esecuzione di un controllo Tac. È comunque imperativo garantire adeguata perfusione e ossigenazione cerebrali, correggendo l'ipossia e l'ipercapnia. Ciò giustifica l'intubazione tracheale di tutti i traumatizzati cranici gravi fin dall'inizio del trattamento. L'eventuale sedazione del cranioleso ha l'obiettivo di limitare l'ipertensione endocranica, facilitare le terapie e fornire un certo grado di protezione cerebrale. Valutare la comparsa di attività convulsiva: l'ipertermia e il brivido vanno combattuti, sia con mezzi fisici, sia farmacologici, poiché aumentano il rischio di danno ischemico cerebrale. La posizione proclive a 30 gradi è utilissima per mantenere una Ppc stabile e come tale, escluse lesioni del rachide, va mantenuta. Considerare la necessità di assistenza dopo trattamenti chirurgici per l'evacuazione di masse o craniectomie decompressive.

Nel trauma vertebro-midollare le priorità attualmente condivise sono quelle della stabilizzazione chirurgica precoce e della prevenzione dell'estensione del danno neurologico: se infatti l'aggressione chirurgica consente precoci possibilità di mobilitazione e riabilitazione, contrastare l'estensione del danno midollare si traduce in termini di possibilità e qualità di recupero. Pazienti con lesioni midollari definite "alte" necessitano di Vam immediata e di una adeguata perfusione correggendo un eventuale shock neurogeno (dovuto alla denervazione simpatica con conseguente vasoplegia) e associando alla reinfusione di liquidi anche la somministrazione di catecolamine. La prevenzione dell'estensione del danno è mirata soprattutto a minimizzare l'edema perilesionale e viene attualmente ottenuta tramite somministrazione di cortisone. Fino alla stabilizzazione chirurgica è necessario minimizzare movimenti e spostamenti del paziente. Accanto a un accurato monitoraggio e sostegno dei parametri vitali, l'assistenza infermieristica deve tendere alla prevenzione e riduzione delle complicanze. Gli insulti cutanei, tromboembolici e le altre com-

plicazioni possono prolungare marcatamente i tempi di degenza; i metodi di prevenzione dipendono tuttavia dal livello di lesioni e trattamento. Indispensabile risulta la collaborazione con altre figure professionali quali fisioterapisti motori, respiratori e psicologi.

Lesioni scheletriche

Un'altra evenienza di lesione concomitante è quella delle fratture scheletriche. Se non compromettono l'emodinamica in maniera importante (es. le gravi fratture di bacino) vengono trattate definitivamente in un secondo momento dopo stabilizzazione con fissatori esterni o con trazioni transcheletriche. In questo caso le priorità assistenziali riguardano l'asepsi delle ferite nel caso di fratture esposte per non compromettere il tessuto osteoarticolare, muscolare e nervoso eventualmente interessato e la corretta gestione degli eventuali apparecchi applicati al paziente. Attenzione va posta alla scelta del posizionamento e al controllo del dolore. La prevenzione e il controllo delle complicanze richiama il trauma vertebro-midollare.

Dalla terapia intensiva/rianimazione alla degenza

Quando i parametri vitali sono ormai stabili e le condizioni del paziente lo consentono il paziente viene trasferito all'Unità di degenza più idonea a seconda delle lesioni ancora da trattare. In questa fase, di solito, i problemi principali sono legati al rischio/paura di lesione permanente, alle alterazioni della mobilità o dell'integrità tissutale, al deficit dello stato nutrizionale, al dolore, alle alterazioni dell'immagine corporea, allo stress post traumatico. Lo sforzo riabilitativo che dovrebbe essere già iniziato in ambiente intensivo deve essere implementato, così come va facilitato l'adattamento alla realtà. Gli interventi assistenziali saranno volti a proseguire il controllo dei parametri vitali, a fornire aiuto nell'espletamento dei bisogni di base, a preparare il paziente agli interventi residui, a garantire un apporto nutrizionale (calorico e proteico) crescente onde evitare calo ponderale e favorire il ritorno alle abitudini. La rilevazione di complicanze tardive quali ascessi, fistole, stati settici ecc., completa il processo assistenziale. Ai fini di un miglioramento dei risultati è utile prevedere un follow up dei pazienti per misurare i risultati ottenuti e studiare strategie per un miglioramento continuo.

Conclusioni

L'assistenza al politraumatizzato in ospedale

è un processo complesso e le raccomandazioni principali basate sull'attuale evidenza scientifica e sulla pratica clinica qui contenute sono una minima parte di quelle disponibili in letteratura specifica. Costituiscono però un tentativo di dare una visione d'insieme del processo globale e di palesare la necessità di un impegno sempre maggiore, per migliorare costantemente la qualità e l'efficacia del trattamento di una patologia di così importante rilevanza.

BIBLIOGRAFIA

Miconi G. et altri. *Linee guida per la gestione dell'emergenza in sala operatoria*. Scenario, 3:18-21, 1999.
 Cardona et altri. *Trauma nursing: from resuscitation through rehabilitation*. Saunders, 1994.
 American College of Surgeons Committee on Trauma. *ATLS, Course manual*, 1997.
 Holloway N. *Piani di assistenza in*

Area Critica. Sorbona, 1992.
Current opinion in Critical Care, 5: 523-528, 1999.
 Aa. Vv., *Infermieristica clinica in Area Critica*. Ed. it a cura di Rossella Barcaiolo, McGraw-Hill, 1998.
 Aa. Vv., *Infermieristica clinica in Medicina e Chirurgia*. Ed. italiana a cura di Katia Maura Bonvento e Carmelo Gagliano, McGraw-Hill, 1998.
 Kuner E., Schlosser V. *Handbook di Traumatologia*. Mediserve 1998


 Riabilitazione

RIABILITAZIONE: un problema culturale

di NICOLA BARBATO - Dai, dirigente Lusan Srl, professore a contratto Discipline infermieristiche Università "Tor Vergata", Roma

“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa” (articolo 1, comma 2, Dm 14 settembre 1994, n.739). A pieno titolo, quindi, l'ambito della riabilitazione entra tra le competenze degli infermieri e mai, come in questi ultimi anni, ha rivestito un'importanza tale da richiedere l'investimento di risorse ingenti, scatenando forti interessi economico-politici. Prima di entrare nel merito della riabilitazione del paziente con politraumatismo, è necessario specificare cosa si intende per riabilitazione e come è intesa oggi l'organizzazione assistenziale infermieristica in tali ambiti. Fino alla fine degli anni Settanta non vi era cultura infermieristica riabilitativa in Italia e nelle poche strutture che s'interessavano di riabilitazione, il corpo infermieristico era rappresentato soprattutto da infermieri generici, infermieri con titolo straniero provenienti in prevalenza da Paesi del Terzo Mondo (Africa, Asia e America Latina), ausiliari socio sanitari con qualificazioni in parte legali che svolgevano funzioni assistenziali. Negli anni Ottanta, con lo sviluppo delle scienze riabilitative, inizia un nuovo interesse che si sviluppa maggiormente nella classe medica e negli operatori specifici della riabi-

lizzazione quali fisioterapisti e logopedisti; l'interesse degli infermieri, invece, rimane scarso così come superficiale è la considerazione di questo ruolo, anche a causa della carenza di infermieri che alla fine degli anni Ottanta diviene drammatica. Questo è anche il momento della formazione degli Ota che, istituiti da una normativa che prevedeva un ruolo di supporto e non di sostituzione, copriranno l'organico infermieristico specialmente nei centri di riabilitazione. Negli anni Novanta, nonostante questa pesante eredità, la cultura infermieristica nella riabilitazione riprende forza: è un momento difficile che spesso non trova risposta nelle istituzioni mentre la maggior parte delle strutture riabilitative è in mano a privati. A questo si aggiunga la scarsa considerazione del ruolo infermieristico nel progetto riabilitativo di struttura. A rendere ancor più difficile la situazione va considerata anche la mentalità degli infermieri di allora: per loro lavorare presso i centri di riabilitazione era un ripiego, in attesa di una situazione migliore (concorso pubblico) o si trattava di scelte dettate da motivi non professionali. Non va trascurata a questo proposito l'assenza di un corpo dirigenziale infermieristico nei centri di riabilitazione: spesso gli infermieri sono organizzati e gestiti da personale non in-

fermieristico - medico e/o amministrativo - che certo non comprende gli obiettivi assistenziali. Tutto ciò ha limitato fortemente lo sviluppo dell'assistenza infermieristica in riabilitazione e la continua emorragia di risorse (neo infermieri) non permette ancora oggi di sviluppare obiettivi a lungo termine, né tanto meno di attuare modelli assistenziali. Il 30 maggio 1998 è pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* un importante documento *Le linee guida del ministero della Sanità per le attività di riabilitazione*. L'obiettivo è quello di fornire gli indirizzi per l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attuabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Psn, utilizzando come modello di riferimento un percorso integrato socio-sanitario.

Nel documento sono identificati tre stadi di intervento:

1. Il primo stadio della riabilitazione è contemporaneo all'evento acuto o alla fase diagnostica della malattia.
2. Il secondo stadio prevede un intervento post-acuzie che coinvolge strutture ospedaliere ed extraospedaliere.
3. Il terzo stadio richiede interventi sanitari meno sistematici e pertanto praticabili anche