



REGIONE BASILICATA

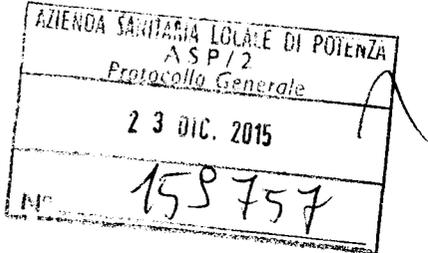
DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA
UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA
IL DIRIGENTE

Viale Verrastro, 9 - 85100 POTENZA
Tel 0971.668709 - Fax 0971.668900
giuseppe.montagano@regione.basilicata.it
sito ufficiale: www.regione.basilicata.it
PEC: sanita@cert.regione.basilicata.it

Potenza 23.12.2015

Prot. n: 267220/13AN

All. n. 1



Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria
Locale di Potenza
Via Torraca, 2 - 85100 Potenza

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria
Locale di Matera
Via Montescaglioso, 20 - 75100 Matera

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Regionale San Carlo di Potenza
Via Potito Petrone - 85100 Potenza

TRASMISSIONE A MEZZO P.E.C. (Posta Elettronica Certificata)
(Valida a fini legali, DPR n.68 dell'11/2/2005, DLgs n.82 del 7/3/2005, "Codice dell'Amministrazione Digitale")

OGGETTO: NOTIFICA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 13AN.2015/D.00737 DEL 27.11.2015.

Per il seguito di competenza, si trasmette in allegato copia della Determinazione Dirigenziale n. 13AN.2015/D.00737 del 27.11.2015, invitando le SS.LL. a darne massima diffusione.

Distinti saluti,

Pubblizzazione sul sito
Decisione di P.P. SS. AA.
U.O. Anestesiologia
U.O. Medicina e Radiologia d'Urgenza
U.O. PP. TT. SS.
U.O. U-T-2016
DS
JM

Il Dirigente
Dott. Giuseppe Montagano

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Massimo DE FINO

Inoltre si invia alla Trasm. Te
e Direttore di U.O. Ass. Primarie
4.1.2016

Per informazioni:
dott.ssa Gabriella Sabino
e-mail: gabriella.sabino@regione.basilicata.it

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Massimo DE FINO

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE



DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA
PERSONA

REGIONE BASILICATA

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA
13AN

STRUTTURA PROPONENTE

COD.

N° 13AN.2015/D.00737

DEL 27/11/2015

Codice Unico di Progetto:

OGGETTO

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA: APPROVAZIONE PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
- PROVVEDIMENTO -.

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

PREIMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma	Capitolo	Importo Euro

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilanci	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno	Num. Impegno Perente

LIQUIDAZIONI

Num. Liquidazione	Bilanci	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

VARIAZIONI / DISIMPEGNI / ECONOMIE

Num. Registrazione	Bilanci	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

ACCERTAMENTO

Importo da accertare

Note

La presente Determinazione Dirigenziale non comporta visto di regolarità contabile

Visto di regolarità contabile

IL DIRIGENTE **Elio Manti**

DATA **04/12/2015**

Allegati N. 1

Atto soggetto a pubblicazione Integrale Per oggetto Per oggetto + Dispositivo

IL DIRIGENTE

VISTE

il DLgs n. 165 del 30.03.2001 in materia di “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

la LR n. 12/1996 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale;

la DGR n. 11/1998 di individuazione degli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;

la DGR n. 2903/2004 “Disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta regionale e dei provvedimenti di impegno e liquidazione della spesa”;

la DGR n. 539/2008 di modifica alla DGR n. 637/2006 concernente la “Disciplina dell'iter procedurale delle determinazioni e delle disposizioni della Giunta Regionale - avvio del sistema informativo di gestione dei provvedimenti”;

la DGR n. 227/2014 di denominazione ed individuazione dei dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali “Presidenza della Giunta” e “Giunta Regionale”, modificata dalla DGR n. 693/2014;

la DGR n. 694/2014 di dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta Regionale - Individuazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali individuali e declaratoria dei compiti loro assegnati;

VISTI

la Legge n. 833 del 23.12.1978 e s.m.i. di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

il DLgs n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i. di riordino della disciplina in materia sanitaria;

RICHIAMATE

la LR n. 39/2001 di Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale;

la LR n. 12/2008 di Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale;

RICHIAMATE

la DGR n. 175 del 15.2.2011 di approvazione del documento “Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PIDTA) per lo sviluppo della rete dell'infarto miocardico acuto (IMA)”;

la DGR n. 1597 del 27.11.2012 di approvazione della modifica del percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale in caso di infarto miocardico acuto approvato con DGR 175/2011;

la DGR n. 418 del 28.3.2007 di approvazione del documento “Protocollo Attuativo Scopenso Cardiaco”;

CONSIDERATO

che le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nei Paesi occidentali e la principale fonte di spesa sanitaria per ospedalizzazioni, farmaceutica e prestazioni ambulatoriali;

che la Riabilitazione Cardiologica costituisce un processo multidisciplinare, interprofessionale, attivo e dinamico, finalizzato alla riduzione della disabilità conseguente a malattie dell'apparato cardiovascolare, cronica o posta-acuta (dalla dimissione fino al primo anno) ed un modello cost-effective nella gestione del paziente cardiopatico e più efficace per la prevenzione secondaria strutturata a lungo termine;

PRESO ATTO

che il nuovo Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10.2.2011 e recepito dalla Regione Basilicata, con DGR n. 1373 del 11.11.2014, evidenzia l'importanza della riabilitazione a seguito di danno cardiovascolare, promuovendo l'utilizzo di un “percorso assistenziale integrato” per le persone con disabilità;

che i Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDT) costituiscono strumenti di valutazione del grado d'appropriatezza delle prestazioni e delle attività sanitarie che, combinate fra loro, costituiscono l'iter di cura del paziente volto ad ottimizzare il beneficio nel singolo paziente senza trascurare il rapporto costo beneficio nella sua globalità;

CONSIDERATO

di dover approvare il documento allegato alla presente determinazione "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della riabilitazione cardiologica", condiviso con i componenti del tavolo tecnico costituito da specialisti aziendali di settore.

D E T E R M I N A

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

1. **DI APPROVARE** il documento allegato alla presente determinazione "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della riabilitazione cardiologica";
2. **DI IMPEGNARE** i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali a diffondere capillarmente il contenuto del presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti nel percorso, a garanzia di una uniforme applicazione ed a regolamentare procedure/sanzioni da applicare al personale coinvolto per la mancata attuazione dello stesso;
3. **DI STABILIRE** che il raggiungimento degli obiettivi definiti, per le diverse fasi del percorso riabilitativo, con gli indicatori di performance sono oggetto di monitoraggio per la verifica dello stato di attuazione del PDTA al fine di apportare, sulla base degli esiti, eventuali revisioni/aggiornamenti;
4. **DI NOTIFICARE** per il seguito di competenza la presente determinazione all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, all'Azienda Sanitaria Locale di Matera ed all'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza.

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O. **Gabriella Sabino**

IL DIRIGENTE **Giuseppe Montagano**

La presente determinazione è firmata con firma digitale certificata. Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della determinazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

OGGETTO

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA: APPROVAZIONE PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
- PROVVEDIMENTO -.

UFFICIO CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA

Note

Visto di regolarità amministrativa

IL DIRIGENTE **Anna Roberti**

DATA **02/12/2015**

OSSERVAZIONI

IL DIRIGENTE GENERALE **Donato Pafundi**

La presente determinazione è consultabile, previa autorizzazione sulla rete intranet della Regione Basilicata all'indirizzo <http://attidigitali.regione.basilicata.it/AttiDigitali>

Elenco Firme del provvedimento n. 13AN.2015/D.00737 del 27/11/2015

Numero Certificato: 5C18CBC90D7ECB1F866EA17962B2F82D

Rilasciato a: dnQualifier=12550470, SN=Sabino, G=Gabriella,
SERIALNUMBER=IT:SBNGRL72B44G942W, CN=Sabino Gabriella, O=non presente, C=IT

Valido da: 21/11/2013 1.00.00

fino a: 22/11/2019 0.59.59

documento firmato il : 26/11/2015

Numero Certificato: 6DFF3B83475A1B9987DA5D528509EC60

Rilasciato a: dnQualifier=12348372, SN=Montagano, G=Giuseppe,
SERIALNUMBER=IT:MNTGPP58R03F839X, CN=Montagano Giuseppe, O=non presente, C=IT

Valido da: 10/09/2013 2.00.00

fino a: 11/09/2019 1.59.59

documento firmato il : 26/11/2015

Numero Certificato: 0F3BDF9C3B69859DA7CC58826AF0BE37

Rilasciato a: dnQualifier=12823797, SN=Pafundi, G=Donato Vincenzo,
SERIALNUMBER=IT:PFNDTV55E28A519T, CN=Pafundi Donato Vincenzo, O=non presente,
C=IT

Valido da: 03/03/2014 1.00.00

fino a: 03/03/2020 0.59.59

documento firmato il : 27/11/2015

Numero Certificato: 2167D750F06CD8D62366B1D485ACE265

Rilasciato a: dnQualifier=12760018, SN=Roberti, G=Anna,
SERIALNUMBER=IT:RBRNNA53S65F495D, CN=Roberti Anna, O=non presente, C=IT

Valido da: 11/02/2014 1.00.00

fino a: 12/02/2020 0.59.59

documento firmato il : 02/12/2015

Numero Certificato: 1BE31E496439F563403F89F835103D30

Rilasciato a: dnQualifier=14561144, SN=Manti, G=Elio,
SERIALNUMBER=IT:MNTLEI60A27F158H, CN=Manti Elio, O=non presente, C=IT

Valido da: 08/07/2015 2.00.00

fino a: 08/07/2021 1.59.59

documento firmato il : 04/12/2015



ALLEGATO

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE
DELLA
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA**

INTRODUZIONE

Le Linee Guida per le Attività di Riabilitazione della Regione Basilicata emanate con la DGR n. 670/2004, sulla base del Piano Sanitario Nazionale 1994-96 (DPR 1.3.94) e delle Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione (G.U. del 30.05.98), riorganizzano il settore della riabilitazione attraverso la definizione di una strategia che provveda:

- alla presa in carico del malato;
- alla sua valutazione;
- all'elaborazione di un progetto riabilitativo;
- all'effettuazione di un preciso programma di intervento.

Nell'ambito della riabilitazione intensiva ospedaliera possono essere previste Unità di Riabilitazione Cardiologia che, per la loro peculiarità, necessitano di una specifica organizzazione, in quanto strutture interdipartimentali, tra il Dipartimento di Riabilitazione ed i Dipartimenti di Specialità d'organo corrispondente, che nel caso di specie è il Dipartimento di Cardiologia.

Il nuovo Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011 e recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 1373 del 11.11.2014, evidenzia l'importanza della riabilitazione a seguito di danno cardiovascolare, promuovendo l'utilizzo di un "percorso assistenziale integrato" per le persone con disabilità. Tale percorso, infatti, è il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo. Alla persona con disabilità ricoverata in acuzie deve essere fornito un percorso riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa, che si concretizza con la presa in carico dell'utente e l'erogazione degli interventi secondo programmi definiti in un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Il medico specialista in riabilitazione nella definizione del PRI in condivisione con gli altri professionisti coinvolti, deve considerare la prognosi funzionale, il margine di modificabilità del quadro di disabilità, il grado di stabilità clinica del paziente e la sua possibile partecipazione al programma.

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nei Paesi occidentali e la principale fonte di spesa sanitaria per ospedalizzazioni, farmaceutica e prestazioni ambulatoriali. Negli ultimi anni si sono registrati progressi significativi nel trattamento della fase acuta di queste patologie, nella ricerca clinica per la cura dei cardiopatici post-acuti e nella prevenzione secondaria a lungo termine dei pazienti cronici.

Il Dipartimento di riabilitazione regionale comprende funzionalmente la riabilitazione Cardiorespiratoria, nell'ambito della quale si effettua l'attività di Cardiologia Riabilitativa.

L'OMS definisce la Riabilitazione Cardiologica (RC) come un processo multidisciplinare, interprofessionale, attivo e dinamico, finalizzato alla riduzione della disabilità conseguente a malattie dell'apparato cardiovascolare, cronica o posta-acuta (dalla dimissione fino al primo anno) e quale modello più "cost-effective" nella gestione del paziente cardiopatico e più efficace per la prevenzione secondaria strutturata a lungo termine. La RC è caratterizzata dall'associazione del "progetto riabilitativo di struttura" con i "progetti riabilitativi individuali", i cui obiettivi, secondo l'OMS, sono:

favorire la stabilità clinica, recuperare e migliorare le componenti fisica, psichica ed emozionali per la ripresa di un ruolo attivo nella società, riducendo il rischio di successivi eventi cardiovascolari e migliorare la qualità della vita.

I primi programmi di RC si sono sviluppati negli anni 60-70 e le indicazioni in merito hanno subito importanti variazioni negli ultimi 10 anni, a seguito dei progressi nella cura globale del cardiopatico e delle evidenze circa i benefici della mobilitazione precoce durante l'ospedalizzazione dopo un evento coronarico, in rapporto alla evoluzione demografica ed alle caratteristiche dei pazienti. Tenuto conto che la progressiva riduzione della durata dell'ospedalizzazione, orientata alla soluzione esclusiva del problema acuto, non consente un adeguato intervento (finalizzato alla stratificazione del rischio residuo, alla valutazione funzionale globale, all'ottimizzazione terapeutica, all'educazione-informazione sanitaria nonché alla ripresa di adeguata attività fisica in regime di sicurezza), la forma più efficace di RC si ottiene combinando un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico ed interventi strutturati educativi e psicologici.

I **pazienti** eleggibili al trattamento riabilitativo cardiologico sono quelli affetti da:

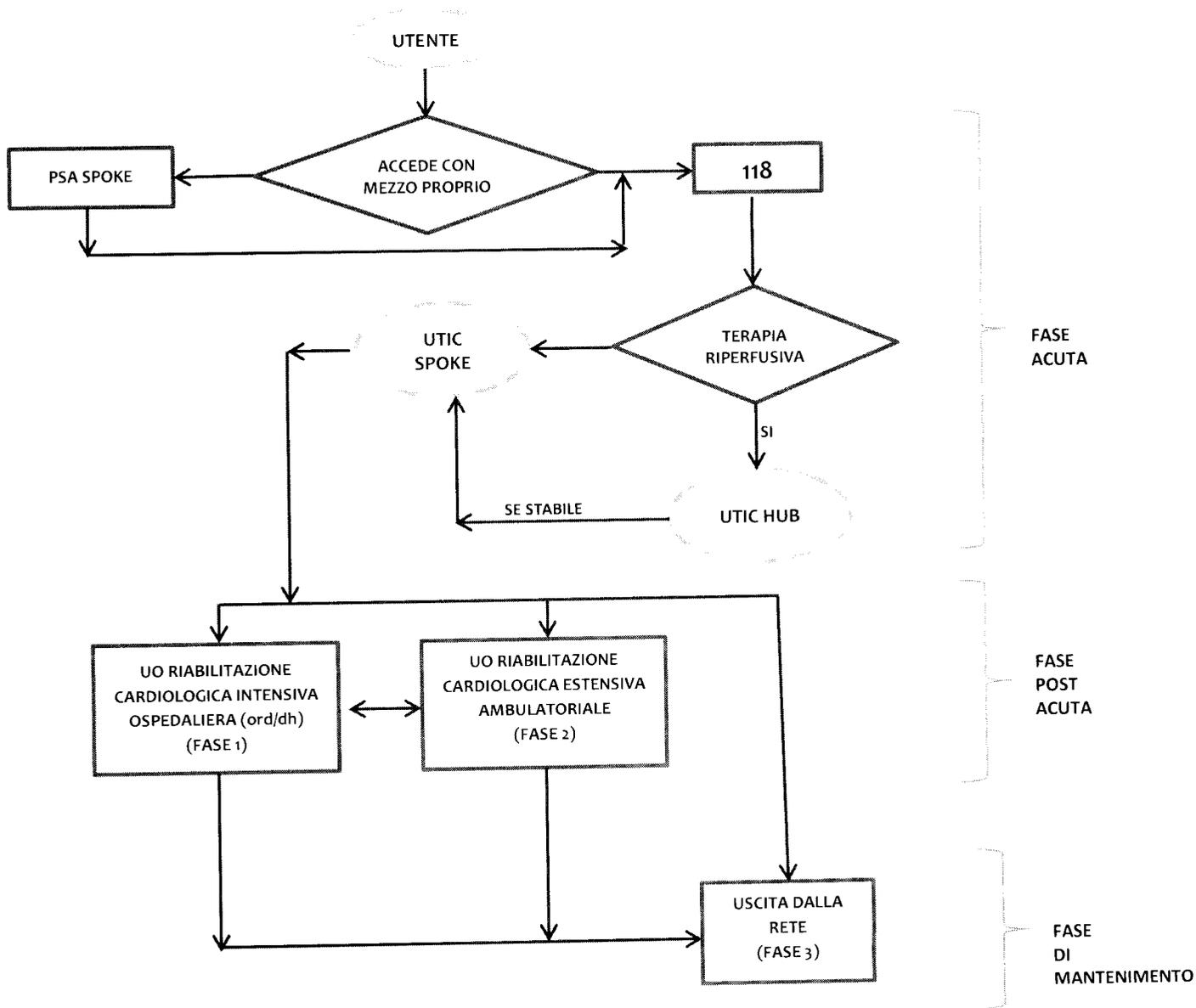
- esiti di infarto del miocardio (IMA) in fase post- acuta ed in fase successiva,
- esiti di rivascularizzazione miocardica meccanica (PTCA) o chirurgica (BPAC) o di interventi di cardiochirurgia per patologie congenite o acquisite in fase immediatamente post-acuta e successiva;
- scompenso cardiaco cronico in fase instabile o stabile.

La gestione degli eventi sopra riportati è demandata:

- in fase acuta intensiva, alle UO di cardiologia (UTIC, Emodinamiche Interventistiche) e di cardiochirurgia;
- in fase post-acuta intensiva, alle UO di recupero e riabilitazione cardiologica;
- in fase post-acuta estensiva, alle strutture di riabilitazione estensiva ambulatoriali ospedaliere e territoriali.

In Basilicata, tali unità operative sono integrate in una rete assistenziale che ha come Hub strutture di livello e complessità superiore, collocate in Dipartimenti di cardiologia, mentre la prevenzione secondaria in ambulatori cardiologici ospedalieri e territoriali. La rete regionale dell'IMA, di cui alla DGR n. 1597/2012, si integra con la rete della riabilitazione cardiologica come segue.

FLOW-CHART



In questo contesto organizzativo, le Linee Guida nazionali ed internazionali sottolineano la necessità di programmi strutturati di riabilitazione cardiologica in regime di degenza e/o ambulatoriale, le cui componenti sono:

- assistenza clinica volta alla stabilizzazione;
- valutazione del rischio cardiovascolare globale;
- formulazione di un piano di trattamento individuale che include un programma di attività fisica, interventi educativi volti al controllo dei fattori di rischio e interventi di mantenimento.

Tali elementi si esplicitano nel Progetto Riabilitativo individuale, strumento adeguato per esplicitare i bisogni, le preferenze e le aspettative del paziente cardiopatico, nonché le abilità residue e recuperabili, tenuto conto della diagnosi principale, di eventuali comorbilità e della valutazione complessiva dei fattori di rischio cardiovascolari. Il Progetto Riabilitativo individuale procede con la definizione degli obiettivi (a breve, medio e lungo tempo) e per fasi di intervento con setting diversi, in corretta progressione ed integrazione logica del "disease management". Tale progetto viene sviluppato dal medico specialista in riabilitazione con il medico specialista che ha in carico il paziente nella UO di riabilitazione cardiologica intensiva/estensiva.

Gli obiettivi a breve termine sono:

1. perseguire la stabilità clinica;
2. limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia;
3. migliorare globalmente la capacità funzionale e incidere favorevolmente sul grado di autonomia e di indipendenza e sulla qualità della vita.

Gli obiettivi a medio/lungo termine sono:

1. ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari;
2. ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante ed il deterioramento clinico;
3. ridurre morbilità e mortalità.

La presa in carico inizia già nella fase acuta (Fase 0) e la RC si articola in tre fasi in relazione ai livelli di rischio clinico del paziente. In particolare, la prima (Fase 1) si svolge durante la fase immediatamente post-acuta della malattia (infarto miocardico, chirurgia cardiaca, prima diagnosi di scompenso cardiaco), generalmente in regime di ricovero ordinario e/o day hospital, caratterizzata da: valutazione clinica globale, gestione delle complicanze, mobilitazione precoce, educazione sanitaria, adeguata pianificazione della dimissione. La seconda fase (Fase 2) si svolge durante la fase post acuta della malattia, generalmente in regime ambulatoriale o, eventualmente, a domicilio del paziente e prevede un programma strutturato di attività fisica e supporto educativo e psicologico, con percorsi finalizzati a modificare i principali fattori di rischio. La terza fase (Fase 3), gestita preferibilmente con il MMG, comprende tutta la fase cronica, il follow-up ambulatoriale ed il mantenimento a lungo termine dell'attività fisica e dei cambiamenti di stile di vita, anche attraverso l'attivazione di gruppi locali di supporto cardiaco e di auto sostegno (Esempio, Amici del Cuore in Potenza).

Alla dimissione dai reparti per acuti, sono avviati alla degenza ordinaria o Day-Hospital (Fase 1) i pazienti a medio-alto rischio cardiologico mentre quelli a medio-basso rischio sono avviati al regime ambulatoriale (Fase 2). Le fasi possono schematizzarsi come segue:

Fase		Obiettivi	Struttura di intervento (DCR 317/2012)	Luogo di attività
0	fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni	Prevenzione danni secondari da allettamento	U.O. di Medicina Riabilitativa (recupero e rieducazione funzionale)	U.O. per acuti
1	fase della riabilitazione intensiva	Stabilizzazione clinica, individuazione dei fattori di rischio, autonomia funzionale monitorata, Conselling comportamentale, psicologico e pianificazione dimissione con predisposizione alla Fase 2	U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica	Degenza ordinaria/DH specifico (con attivazione del Progetto di Struttura)
2	fase della riabilitazione estensiva di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione	Sorveglianza dei fattori di rischio, controllo farmacologico, strutturazione programma attività fisica, conseilling psicologico. predisposizione alla Fase 3	U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica	Ambulatorio
3	fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità	Come Fase 2		MMG, AFA, associazionismo

L'OMS classifica, inoltre, i livelli dell'intervento riabilitativo in tre categorie sulla base della qualifica del personale, delle dotazioni strumentali, della complessità e specializzazione dell'intervento:

- il livello avanzato si effettua in un ospedale dove sono disponibili servizi e prestazioni di alta specialità, riservato a pazienti nella fase post-acuta della malattia e a pazienti a rischio elevato (Fase 1).

- Il livello intermedio si sviluppa all'interno di un ospedale per acuti ed è riservato a pazienti in fase post-acuta e a rischio intermedio (Fase 1).
- Il livello base si svolge in regime ambulatoriale, riservato a pazienti a basso rischio, cronici, stabili, con la finalità di mantenere un alto grado di indipendenza funzionale e di aderenza terapeutica (Fase 2).

In pratica, i modelli di CR più diffusi sono quelli sviluppati a livello ospedaliero da team multiprofessionali, specializzati per pazienti più complicati, instabili, a medio-alto rischio o disabili e la riabilitazione ambulatoriale per pazienti più autonomi, stabili, a basso rischio e che richiedono minore supervisione. I livelli di assistenza previsti dall'OMS corrispondono di fatto ai diversi livelli di CR ed alle diverse strutture che nella realtà italiana si sono sviluppate in coerenza con le linee guida, elaborate dalle società scientifiche nazionali ed internazionali.

Pertanto, le strutture di Riabilitazione Cardiologica, in relazione alla stabilità e complessità clinica del paziente, all'intensità del trattamento riabilitativo e clinico-assistenziale necessario, si classificano come segue:

Unità di Recupero e Riabilitazione Cardiologica Intensiva Ospedaliera in regime di ricovero (codice 56), ordinario o di day hospital (DH) per pazienti a medio/alto rischio di instabilità, disabili e più complessi ma emodinamicamente stabili. Tali unità, all'interno di Presidi Ospedalieri sede di dea, assicurano tutela medica specialistica cardiologica e nursing dedicato. Erogano prestazioni ad elevata intensità riabilitativa ed assistenziale clinica a pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia indice ma permangono ad alto rischio potenziale di instabilità clinica, a riposo o, durante attività di recupero, sotto sforzo. La durata dell'intervento intensivo è, di norma, fra le 2 e le 6 settimane per il ricovero ordinario e le 4-8 settimane per il day hospital e dipende, come la priorità di accesso, dal grado di complessità assistenziale del paziente.

I pazienti eleggibili per tale riabilitazione sono quelli:

- in fase post cardiocirurgica, con particolare priorità per quelli ad alto rischio di nuovi eventi, quelli clinicamente instabili o dopo periodi prolungati in Terapia intensiva, con morbidità associate o difficoltà logistiche o socio-assistenziali;
- con scompenso cardiaco in classe funzionale NYHA /II-IV che richiedono terapie infusive o da titolare, supporto nutrizionale e meccanico o che richiedano trattamento riabilitativo intensivo;
- in fase post-infarto e post angioplastica a rischio medio-elevato di eventi (specie se con grave disfunzione ventricolare sx) o con complicanze e instabilità clinica.

Unità di Riabilitazione Estensiva Cardiologica in regime ambulatoriale (Ospedaliera/territoriale) per pazienti a basso rischio, comunque clinicamente stabili e che non richiedono speciale supervisione, a cui vengono erogate prestazioni ad elevata intensità riabilitativa ed a bassa intensità assistenziale clinica. Tali Unità si occupano, pertanto, di pazienti che hanno superato la fase acuta della patologia cardiovascolare, a basso rischio di instabilità clinica a riposo o in attività di recupero sotto sforzo e che non hanno necessità di tutela medica e infermieristica per le 24 ore. La durata dell'intervento (sempre in relazione alla complessità del paziente e del relativo programma) è, di norma, compresa tra le 8 e le 12 settimane. Tali ambulatori sono in genere funzionalmente collegati oltre che con le Cardiologie, UTIC, Cardiocirurgie di riferimento, anche con le Unità di Riabilitazione cardiologica Intensiva ospedaliera.

Al termine del periodo di intervento, tutte le strutture si rapportano con la medicina di base mediante protocolli condivisi per un'adeguata presa in carico del paziente dimesso. In questo modo assicurano la trasmissione dei dati clinico-riabilitativi, degli obiettivi di prevenzione da perseguire nel lungo termine e delle modalità di follow-up specialistico (fornendo adeguati indicatori di rischio) e di supporto al fine di garantire ulteriori interventi specifici e know-how riabilitativo (in particolare educazione sanitaria, counselling e training fisico) da erogare a cura della struttura, quando indicato.

I pazienti eleggibili per tale riabilitazione sono quelli:

- in fase post-acuta, tranne quelli con indicazione a RC in regime di degenza o successivamente ad essa;
- con Cardiopatia ischemica cronica;
- con Scopenso cardiaco in fase stabile;
- ad alto rischio cardiovascolare.

Nella Fase 2 il paziente è sottoposto ad:

- Inquadramento con visita cardiologica, ECG di controllo e prova da sforzo ed ulteriore ed eventuale valutazione strumentale (TSA, Doppler arterioso degli arti inferiori, spirometria etc.);
- intervista alimentare con calcolo del BMI e misurazione della circonferenza addominale per definire la dieta personalizzata;

Alla fine del periodo riabilitativo, il paziente, previa esecuzione di alcuni esami di laboratorio, viene sottoposto a valutazione conclusiva cardiologica, fissando altresì gli appuntamenti per il follow-up (fase 3) e gli viene consegnata una relazione da presentare al MMG che ha in carico il paziente.

In Basilicata la programmazione sanitaria regionale (cfr. DCR n. 317/2012) assegna rispettivamente all'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e all'Azienda Sanitaria Locale di Matera 12 posti letto per la riabilitazione cardiorespiratoria, per un totale di 24 posti letto. Attualmente sono attivi 4 posti letto (3 di degenza ordinaria ed 1 di DH) allocati presso l'AOR. Tale riorganizzazione consente all'AOR di soddisfare i criteri OMS per i tre livelli dell'intervento riabilitativo (avanzato, intermedio e di base), coprendo le tre fasi.

Indicatori di performance per la riabilitazione cardiologica

- a. % dei pazienti lucani che accedono alle U.O. di Riabilitazione Ospedaliera Intensiva in regime di degenza presenti nelle altre regioni.

Fase 1 - Intensiva

- b. % di pazienti trasferiti dalla U.O. per acuti alla U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica Intensiva ospedaliera in regime di degenza (standard 75%);
- c. % di pazienti trasferiti dalle U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica Intensiva ospedaliera in regime di degenza ritornano alla U.O. per acuti (standard 75%);
- d. % di pazienti di genere femminile che accedono alla U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica Intensiva ospedaliera in regime di degenza, calcolato sul totale delle donne eleggibili;

- e. % di pazienti di genere maschile che accedono alla U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica Intensiva ospedaliera in regime di degenza, calcolato sul totale degli uomini eleggibili;
- f. Numero medio di giornate di degenza nelle U.O. di Recupero e riabilitazione cardiologica Intensiva ospedaliera.

Fase 2 - Estensiva

- a. % di pazienti dimessi dalla U.O. di Riabilitazione Estensiva ospedaliera in regime ambulatoriale che ritornano alla U.O. per acuti (standard $\leq 20\%$);
- b. % di pazienti morti a 30 gg ed a 60 gg dalla dimissione dalla U.O. di Riabilitazione Estensiva ospedaliera in regime ambulatoriale (standard $\leq 10\%$).

Fase 3 – di mantenimento

- a. % di pazienti con dimissione programmata verso una presa in carico non riabilitativa (standard 90%).

La cartella clinica del paziente sarà composta dall'insieme delle schede di valutazione compilate nelle diverse fasi dell'intervento riabilitativo, comprensive delle scale uniche di valutazione.