Gruppo di ricerca geriatrica

18 novembre
2011

I rapporti tra la riabilitazione e gli ospedali per acuti

Simona Gentile

E’ un tema di interesse ?

Casa di Cura Ancelle delle Carità 2010

n° ricoveri tot 928
n° ricoveri provenienti da ospedale per acuti 539 **(58.1%)**
N ° trasferimenti int 48 (5.2%)

casa 341 (36.7%)

- Ortopedia 165 (30.7%)
- Pneumologia 129 (24 %)
- Medicina 80 (14.8%)
- Neurologia/neurochirurgia 79 (14.6%)
- Cardiologia 53 (9.8%)
- Chirurgia 33 (6.1%)

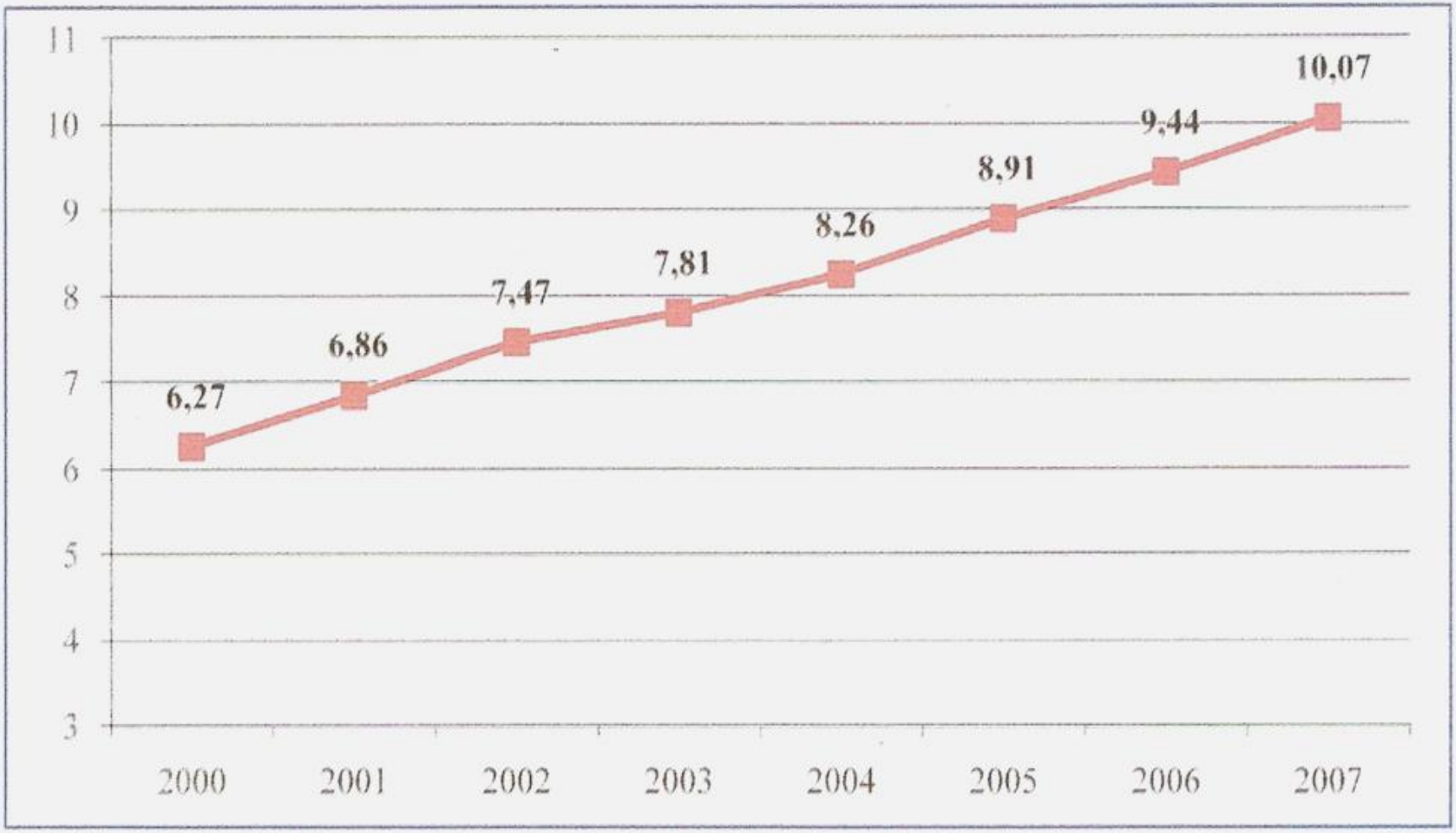
Totale numero di ricoveri nel 2008	12.128.678
riabilitazione	361.391
Regime ordinario	294.644
Day Hospital	64.747

La banca dati nazionale dei ricoveri ospedalieri

Istituita nel 1994, la banca dati nazionale sui ricoveri ospedalieri, alla quale affluiscono le informazioni di tutti i ricoveri registrati in Italia, si è progressivamente ampliata quantitativamente e migliorata qualitativamente

Anno	Numero totale ricoveri	Giornate totali ricoveri	Degenza media ricoveri ordinari acuti
2000	12.671.564	82.484.479	6.9
2001	12.939.571	81.425.592	6.8
2002	12.948.710	80.393.353	6.7
2003	12.818.905	78.450.940	6.7
2004	12.991.102	78.750.718	6.7
2005	12.955.882	79.070.702	6.7
2006	12.671.564	78.008.561	6.7
2007	12.342.537	76.340.751	6.7
2008	12.100.698	75.371.789	6.8

Figura 1 – Percentuale di posti letto ospedalieri per la riabilitazione sul totale dei posti letto



FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

Il Governo Clinico integrato è un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone.

Fare la cosa giusta, al momento giusto, nel posto giusto rappresentano la sintesi del concetto di qualità tecnica.

Piano di indirizzo per la Riabilitazione
febbraio 2011

La recente Intesa Stato Regioni - Patto per la Salute 2010-2012, nella definizione dei nuovi parametri e dell'offerta ospedaliera riduce i posti letto per i pazienti **acuti a 3,3‰ abitanti** e stabilisce lo **0,7‰ abitanti per le attività riabilitative.**

Piano di indirizzo per la Riabilitazione
febbraio 2011

Problemi aperti

Appropriatezza → Diagnosi/prognosi

Conoscenza → Diversità di obiettivi
Diversità di “strumenti”

Continuità → Comunicazione

Appropriatezza

L'uso corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione.

Si ritiene necessario che:

-il percorso di presa in carico sia attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità (criteri di "accessibilità" e "copertura della rete");

-vi sia garanzia di una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali (criterio di "continuità");

- venga data priorità alla presa in carico omnicomprensiva della persona ….

punti deboli riabilitazione

- Formalmente quasi tutte le regioni hanno trattato i temi proposti dalle LG, generando molteplici unità di offerta, anche con denominazioni differenti. Tali unità non sono facilmente confrontabili per la mancanza di dati quantitativi riferibili a requisiti strutturali e/o organizzativi.
- Molte delle normative emanate non hanno ancora trovato applicazione per mancanza di strumenti attuativi.
- La continuità assistenziale è spesso ottenuta attraverso la somma di molti interventi singoli non realizzando una completa e precoce presa in carico globale della persona.
- **Persiste confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva**
- I volumi di attività e la distribuzione di servizi sono molto sbilanciati fra le diverse regioni o verso risposte prevalenti in regime di ricovero o verso risposte prevalenti in regime ambulatoriale.
- **Un limite è rappresentato dai regimi di rendicontazione e tariffazione differenti che non sono basate sul reale utilizzo delle risorse assegnate ma che si basano solo su codici di malattia**.

B.A. donna età 82 anni viveva sola in completa autonomia
Autonoma, buona memoria, non disturbi del comportamento, comunicazione corretta; ritorno al domicilio probabile;

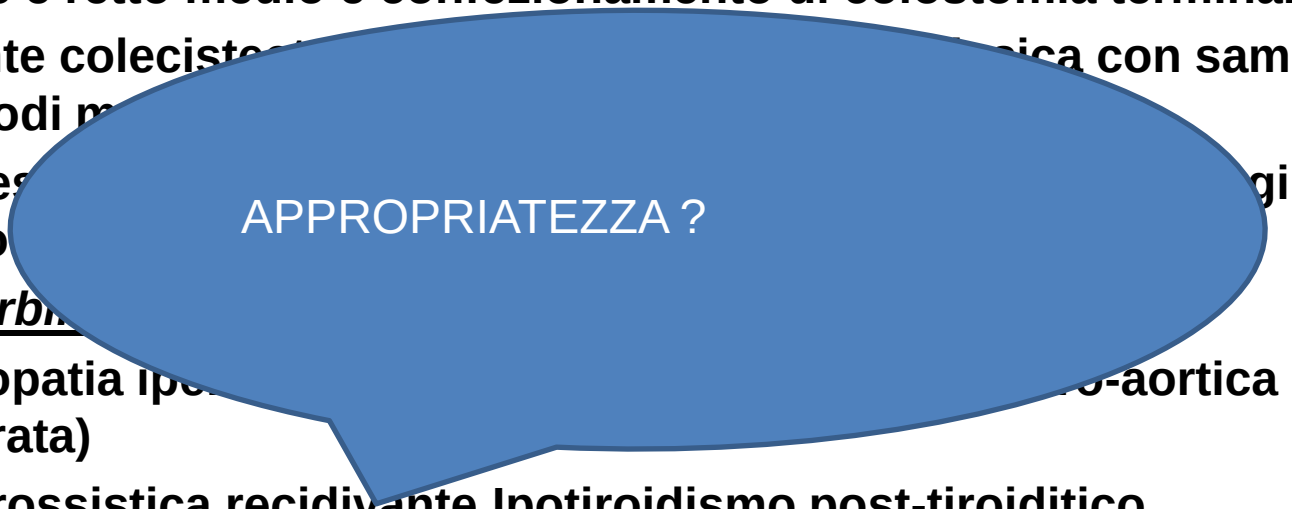
- ***Diagnosi principale e patologie correlate***

- **colecistectomia per colecistite acuta litiasica presso il Dipartimento di Chirurgia**

- ***Comorbilità***
- **episodio di FA**
- **Linfoadenopatia mesenterica dndd**

BADL: autonomia motoria con aiuto, igiene con aiuto, portatrice di catetere, comunicazione corretta

- ***Diagnosi principale e patologie correlate***
- **Sindrome ipocinetica**
- **Carcinosi peritoneale da mesotelioma maligno bifasicoRecente intervento (18/8/2011) per occlusione intestinale (resezione ileale distale e retto medio e confezionamento di colostomia terminale)**
- **Recente colecist ica con sampling linfonodi m**
- **Pregres ginale (Radio**
- ***Comorbi***
- **Cardiopatia ip -aortica moderata)**
- **FA parossistica recidivante Ipotiroidismo post-tiroiditico**
- **Gastrite atrofica ed ernia jatale**
- **Diverticolosi del colon**
- ***Eventi intercorrenti***
- **Fibrillazione atriale parossistica**
- **Infezione urinaria**
- **Ritenzione urinaria**
- **Ipoacusia bilaterale (esiti di otite perforata AuDX)**



“Conoscenza”

La riabilitazione è disciplina medica

-scientificamente certa
-socialmente congrua
-economicamente sostenibile

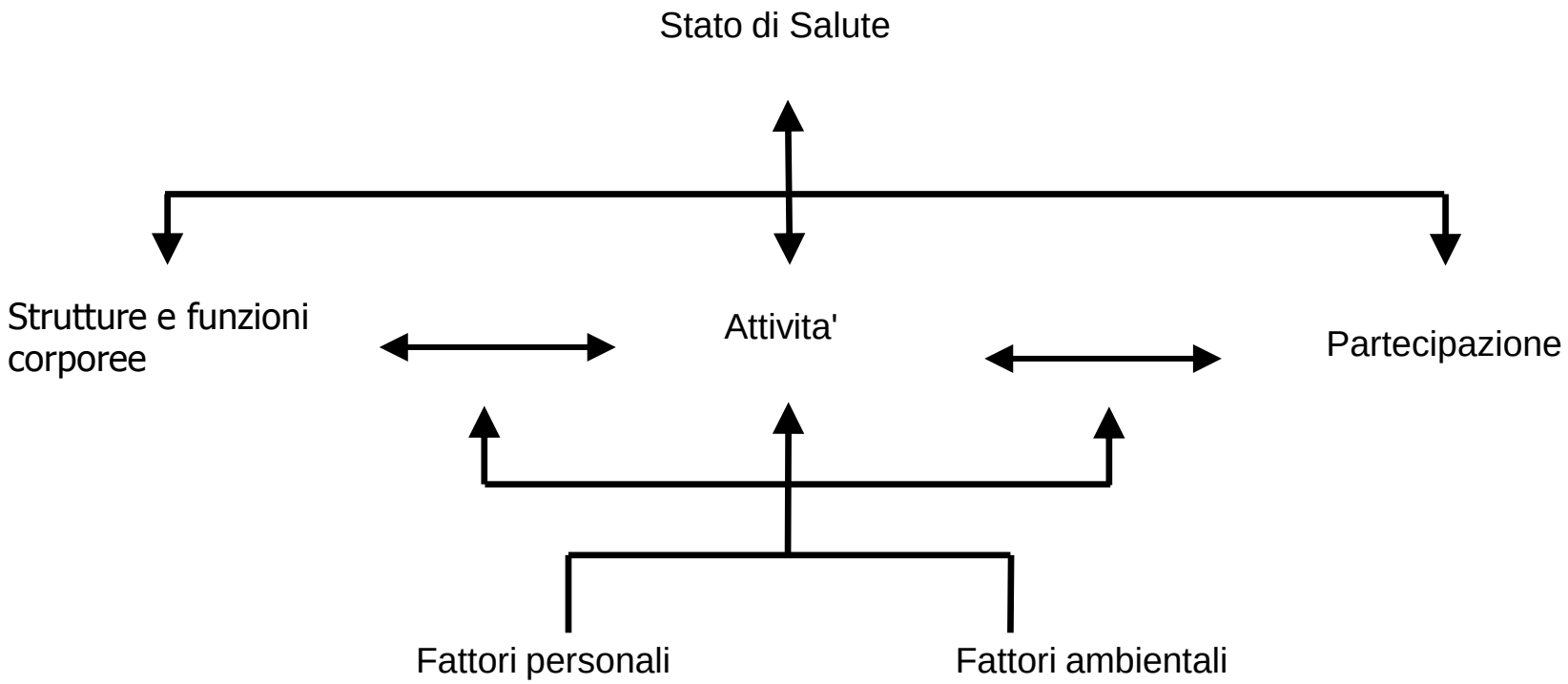
Piano di indirizzo per la Riabilitazione
febbraio 2011

Ministero della Salute

È osservazione comune (che si rende sempre più evidente) che la Medicina Riabilitativa richieda cultura, strumenti, metodologie, organizzazione e modalità di remunerazione specifiche non mutuabili da quelle in fase acuta.

Piano di indirizzo per la Riabilitazione
febbraio 2011

modello Bio-Psico-Sociale di Salute.



Il senso attribuito al concetto di lavoro interdisciplinare usualmente fa riferimento a competenze rilevanti per professionalità che debbono-possono utilmente essere applicate in ambiti trasversali, cooperando con professionalità diverse, per rispondere a problematiche comuni.

ottica multidisciplinare **ottica interdisciplinare**

Nell' **interdisciplinarietà** ogni figura porta il proprio sapere, la propria competenza e il proprio spaccato di realtà al gruppo permettendo l'apertura a punti di vista differenti, l'integrazione delle conoscenze e la condivisione di strategie d'azione verso il paziente.

SARA MORGHEN et all. PSICOGERIATRIA 2011; 2 - *supplemento*

Il termine trasversale non si intende congruo a tutti e in ogni contesto, ma utile a tutti se contestualizzato e trasferibile.

la **trasversalità** definisce l'esigenza dell'ottimale integrazione delle **competenze specialistiche di riabilitazione** indispensabili per la conduzione di questi interventi, **con quelle cliniche** necessarie a garantire i diversi trattamenti utili alla persona.

Piano di indirizzo per la Riabilitazione
febbraio 2011

CONOSCENZA PATOGENESI

Valutazione del segno

DIAGNOSI RIABILITATIVA

Meccanismi di recupero

PROGNOSI RIABILITATIVA

PREVENZIONE COMPLICANZE

Comunicazione

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha svolto negli anni 2006-2008 un'importante progetto dal titolo "Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale", finanziato dal Ministero della Salute (ex art. 12 del D.Lgs 502/92 e s.m.i)

tre le dimensioni principali della **continuità assistenziale** (revisione sistematica di letteratura Reid R., Haggerty J. e McKendry R. 2002).

Continuità informativa: consente la messa a disposizione delle informazioni relative ai diversi episodi di assistenza inerenti lo stesso paziente da parte di differenti erogatori

Continuità relazionale: relativa alla qualità della relazione interpersonale che si stabilisce fra paziente e operatore/servizio sanitario.
Assicura il rispetto del paziente (empowerment) inteso come portatore di diritto all'informazione necessaria per l'affermarsi di una consapevole autonomia decisionale, supportata dalla competenza tecnica degli operatori sanitari.

Continuità gestionale: relativa all'integrazione programmata fra le prestazioni erogate da servizi e operatori diversi o che necessitano di essere protratte nel tempo

1) **Gestionale: la fonte informativa privilegiata è costituita dai database "amministrativi": file** delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), file dell'attività ambulatoriale e di pronto soccorso, file delle prescrizioni di farmaci, file delle attività psichiatriche. L'orizzonte metodologico è comunque quello degli studi osservazionali.

PROBLEMA: Tempi

2) **Informazionale: la fonte informativa privilegiata è costituita dai database sanitari di tipo** testuale su supporto elettronico (cartella clinica informatizzata o documenti elettronici analoghi).

PROBLEMA: Strumenti

3) **Relazionale: non esistono flussi informativi di sistema che possano esplorare questa** dimensione, e, quindi, è necessario ricorrere a valutazioni campionarie *ad hoc (es.*questionari).

PROBLEMA: Veridicità

Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: an evaluation of five acute care hospitals.
Gandara E, Moniz T, Ungar J, Lee J, Chan-Macrae M, O'Malley T, Schnipper JL

1501 fascicoli di documentazione di dimissioni dal Marzo 2005 al Giugno 2007.

Solo 1055 (70.3%) dimissioni presentavano i requisiti richiesti dalla TJC:
in 11.4% mancava descrizione dell'esame clinico all'ammissione,
in14.2% mancava la descrizione delle condizioni alla dimissione

Altre mancanze non previste nei criteri TJC includevano:
l' elenco dei farmaci prima del ricovero (20.3%)
le ragioni del cambio dei farmaci alla dimissione (35.3%),
notizie di test in sospeso (47.2%),
Un piano di follow up e management (11.1%).

J Hosp Med. 2009 Oct;4(8):E28-33.

Vi è spazio di miglioramento nell'inserimento dei dati richiesti per il trasferimento dei pazienti da ospedali per acuti a strutture riabilitative, soprattutto in settori come la rivalutazione dei farmaci, i test in attesa di risultati, e un adeguato follow-up

Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: an evaluation of five acute care hospitals.
Gandara E, Moniz T, Ungar J, Lee J, Chan-Macrae M, O'Malley T, Schnipper JL

J Hosp Med. 2009 Oct;4(8):E28-33.

Adequacy of Hospital Discharge Summaries in Documenting Testswith Pending Results and Outpatient Follow-up Providers

Martin C. Were, MD MS1,2, Xiaochun Li, PhD1,2, Joe Kesterson, MA2, Jason Cadwallader, MD1,
Chite Asirwa, MD1, Babar Khan, MD1, and Marc B. Rosenman, MD1,2
1Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA; 2Regenstrief Institute, Inc., Indianapolis, IN, USA.

Il 99.2% dei dati di dimissione di 668 pazienti ricoverati in 2 grandi centri universitari era disponibile.

Sebbene tutti i dimessi avessero test in sospeso, solo nel 25% delle dimissioni ne erano menzionati alcuni e solo nel 13% erano tutti documentati.

Informazioni sul Follow-up era documentata in 67% dimissioni.

Sino al 41% dei patienti è dimesso dall' ospedale con test in sospeso e il 9% di questi prevede un cambiamento nella gestione del paziente.

J Gen Intern Med 24(9):1002–6
DOI: 10.1007/s11606-009-1057-y
© Society of General Internal Medicine 2009

Ineffective Communication of Mental Status Information During Care Transfer of Older Adults

Kenneth S Boockvar, Bella Fridman, Cinthya Marturano,

J Gen Intern Med. 2005 December; 20(12): 1146–1150

mental status change can be a sign of acute disease and mental status abnormalities necessitate specific approaches to care.

In all, 123 nursing home residents experienced 174 hospital admissions. Mental status descriptions were present in 69% of transfer documents.

A total of 67% of patients missing a transfer mental status description upon nursing home-to-hospital transfer had dementia.

No transfer document suggested the presence of delirium, and change in mental status was documented in only 8 (4.6%) NH-to-H transfer documents.

La scorretta trasmissione di comunicazione è stata la causa principale degli event sentinella segnalati alla Joint Commission negli USA tra il1995 e il 2006

Dei 25 000 -30 000 eventi avversi prevenibili che hanno portato ad invalidità permanente in Australia, 11% è stato causato da problemi di communicazione, contro il 6% causato da inadeguati livelli di abilità dei professionisti

Patient Safety Solutions May 2007

The Joint Commission

Joint Commission International

- I problemi dei trasferimenti (**hand-over) sono in parte** legati al modo in cui gli operatori sanitari sono **educati/non educati** (nel campo della formazione del team e della capacità di comunicazione), alla mancanza di modelli di ruolo, e a un sistema sanitario che promuove e premia l'autonomia e le prestazioni individuali.

La cultura della medicina storicamente non ha posto un accento significativo sul coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nella dimissione..

Il paziente e la sua famiglia sono l'unica costante e hanno quindi un ruolo fondamentale nel garantire la continuità delle cure

.

Patient Safety Solutions May 2007

Specializzazione di cura vuol anche dire più persone coinvolte, cosa che può complicare la comunicazione….

La composizione dello staff non può riflettere la demografia della comunità, I problemi di lingua relativi a importanti presenze di operatori di altri paesi può complicare la comunicazione.

Patient Safety Solutions May 2007

L’alfabetizzazione sanitaria “**health literacy”è definito come la capacità degli individui di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni mediche** di base per prendere decisioni sanitarie adeguate

Negli USA si stima che almeno il 50% della popolazione ha bassa alfabetizzazione sanitaria

Patient Safety Solutions May 2007

SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians

Kathleen M. Haig, R.N. Staci Sutton, R.N.John Whittington, M.D.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
March 2006 Volume 32 Number 3

The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations notes that 65% of sentinel events, and 90% of root cause analyses conducted at OSF St. Joseph Medical Center (Bloomington, Illinois) include communication as a contributing factor.

Differences in communication styles between nurses and physicians are also a major contributing factor

SBAR ***Situation, Background, Assessment, and Recommendation.***
a model of structured communication that would help clinicians have a shared mental model for the patient's clinical condition.

incorporation of SBAR into a variety of reporting documents

The following strategies should be considered by WHO Member States.

1. Garantire che l'organizzazione del sistema di cura implementi e standardizzi un approccio che permetta **un hand-over communication** tra il personale nel cambio di turno e tra le diverse unità di cura del paziente nel corso di un trasferimento.

•*Usare la tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment, and Recommendation).*

SBAR Communication

Use the following SBAR steps to communicate issues, problems or opportunities for improvement to coworkers or supervisors. SBAR can be applied to both written and verbal communications.

SITUATION - State what is happening at the present time that has warranted the SBAR communication. *Example: Patients and visitors are entering the medical center through the wrong doors and getting lost trying to find their destination.*

BACKGROUND – Explain circumstances leading up to this situation. Put the situation into context for the reader/listener. *Example: The campus has many buildings and is accessible from both E. Washington St. and Eastland Dr. Other entrances are more noticeable than the hospital's main entrance. MD offices do not have good maps to mark and hand to patients when sending them to our campus, and they often misdirect patients.*

ASSESSMENT – What do you think the problem is? *Example: People need something that they can carry with them when they are coming to the hospital so they park outside the appropriate entrance.*

RECOMMENDATION – What would you do to correct the problem?

Example: Create a campus visitor guide that includes an "aerial" map of the campus as well as a community map and floor by floor maps. Distribute widely, including to physician offices. Make them available to visitors in admission packets and at all entrances.

Hand-off Form

Patient Sticker

SITUATION:

Admit Date: _____

Dx:

CC:

BACKGROUD:

Med Hx

Allergies

Code Status

Interventions / Responses

ASSESSMENT:

Neuro

Respiratory

Cardiac

GI / GU

Musculoskeletal

Skin

Psychosocial

Vital Signs (include pain)

Accu Checks

Abnormal Labs

XR results

Lines / Fluids

RECOMMENDATIONS:

Goals

Consults

Test / Treatments

Discharge Needs

<u>Admission</u>

Reconciliation

CHF / AMI / Pneumonia Indicators

<u>Discharge</u>

Pneumonia Vacc

<u>Daily</u>

Turn q 2 hrs

Fall Protocol

Restraint Protocol

The following strategies should be considered by WHO Member States.

1. Garantire che l'organizzazione del sistema di cura implementi e standardizzi un approccio che permetta **un hand-over communication** tra il personale nel cambio di turno e tra le diverse unità di cura del paziente nel corso di un trasferimento.

•*Usare la tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment, and Recommendation).*

•Allocare tempo sufficiente per comunicare informazioni importanti per chiedere e rispondere alle domande (***repeat-back e read-back*** dovrebbero essere inclusi nel processo di hand-over).

Teach-back è una tecnica utilizzata dal caregiver per capire cosa il paziente ha capito di ciò che gli è stato detto.
Consiste nel chiedere al paziente di descrivere quello che ha appena sentito, per capire cosa in realtà ha appreso

The following strategies should be considered by WHO Member States.

1. Garantire che l'organizzazione del sistema di cura implementi e standardizzi un approccio che permetta **un hand-over communication** tra il personale nel cambio di turno e tra le diverse unità di cura del paziente nel corso di un trasferimento.

- *Usare la tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment, and Recommendation).*
- Allocare tempo sufficiente per comunicare informazioni importanti per chiedere e rispondere alle domande (***repeat-back e read-back*** dovrebbero essere inclusi nel processo di hand-over).
- Fornire informazioni riguardanti lo stato del paziente, i farmaci, piani di trattamento, direttive anticipate, e qualsiasi cambiamento di stato significativo
- Limitare lo scambio di informazioni a ciò che è necessario per fornire cure sicure per il paziente

2. **Assicurarsi** che il sistema sanitario implementi sistemi atti a garantire, al momento della dimissione ospedaliera, che il paziente e il successivo operatore sanitario siano fornite le principali informazioni riguardanti diagnosi di dimissione, piani di trattamento, i farmaci e i risultati dei test.

3. Introdurre l'insegnamento sulla comunicazione nei programmi educativi e lo sviluppo professionale continuo per gli operatori sanitari

4. Incoraggiare la comunicazione tra le organizzazioni che forniscono assistenza al paziente.

Proposte di strategie

Tel.: 0372.535711 - Fax 0372.5357700

MODULO DI ACCETTAZIONE IN U.O. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE PER PAZIENTI PROVENIENTI DAI REPARTI DI NEUROCHIRURGIA

Ospedale richiedente	Qualifica funzionale del richiedente

La invitiamo cortesemente a compilare il seguente modulo ed inviarcelo tramite fax

Informazioni relative al/alla paziente

Cognome e nome: Sesso: F ❑ M ❑ Età:

Residente a:
Familiare di riferimento: Tel

Tipo di intervento effettuato:

Eseguito il _____ Per _____

Decorso post-operatorio

Sintomi neurologici residui: ❑ Vigilanza: GCS_____ ❑ Disfagia ❑ Disturbo sensibilità
❑ Afasia ❑ Paresi/Plegia_____

Decorso post-operatorio:
❑ non complicato ❑ lesione da decubito
❑ complicato da ❑ stato confusionale ❑ anemizzazione (Hb < 7 g/dl)

Portatore di catetere vescicale? ❑ no ❑ si Portatore di sondino nasogastrico? ❑ no ❑ si

Ha già iniziato fkt? ❑ no ❑ si Se si, in data

Utilizzo busto ❑ 24h ❑ In carico ❑ Non utilizzo

Stato di salute somatica e livello di autonomia premorboso

❑ cardiopatia ischemica ❑ diabete mellito ❑ Patologie articolari ❑BPCO ❑Polmonite ❑ demenza

Alimentazione	❑ indipendente	❑ parzialmente indipendente	❑ dipendente
Vestizione	❑ indipendente	❑ parzialmente indipendente	❑ dipendente
Bagno/doccia	❑ indipendente	❑ parzialmente indipendente	❑ dipendente
Continenza urinaria	❑ indipendente	❑ parzialmente indipendente	❑ dipendente
Trasferimenti (sedia/letto)	❑ indipendente	❑ parzialmente indipendente	❑ dipendente
Deambulazione	❑ indipendente	❑ parzialmente indipendente	❑ dipendente

Inserimento nelle cartelle dei reparti per acuti

scale funzionali (Barthel, IADL…) del Premorboso e della Dimissione

da trasmettere alla dimissione

Utilizzo programmi telematici

Utilizzo sul territorio nazionale (o almeno nella stessa regione) dei percorsi già esistenti

Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Repertorio Atti n. 1427 del 4 aprile 2002

CONFERENZA STATO REGIONI
SEDUTA DEL 4 APRILE.2002

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI CON MIELOLESIONI E/O CEREBROLESIONI

- **FASE DELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA** — **118 + Rete Emergenza**
- **FASE ACUTA E POSTACUTA OSPEDALIERA** — **DEA, Neurochirurgia, Rianimazione, Unità Spinale, UGCA (75 plus)**

  A) FASE POST ACUTA PRECOCE DEL MIELOLESO

  B) FASE POST ACUTA PRECOCE DEL GRAVE TRAUMATIZZATO CRANIOENCEFALICO

- **FASE DEGLI ESITI** — **Unità Spinale Unip cod. 28 Unità Spinale in Rete Neuroriabilitazione cod. 75 plus e cod. 75**

  LE UNITA' OPERATIVE DI ALTA SPECIALITA' RIABILITATIVA PER IL TRATTAMENTO DEGLI ESITI DELLE GRAVI MIELOLESIONI E DELLE GRAVI CEREBROLESIONI POST-TRAUMATICHE

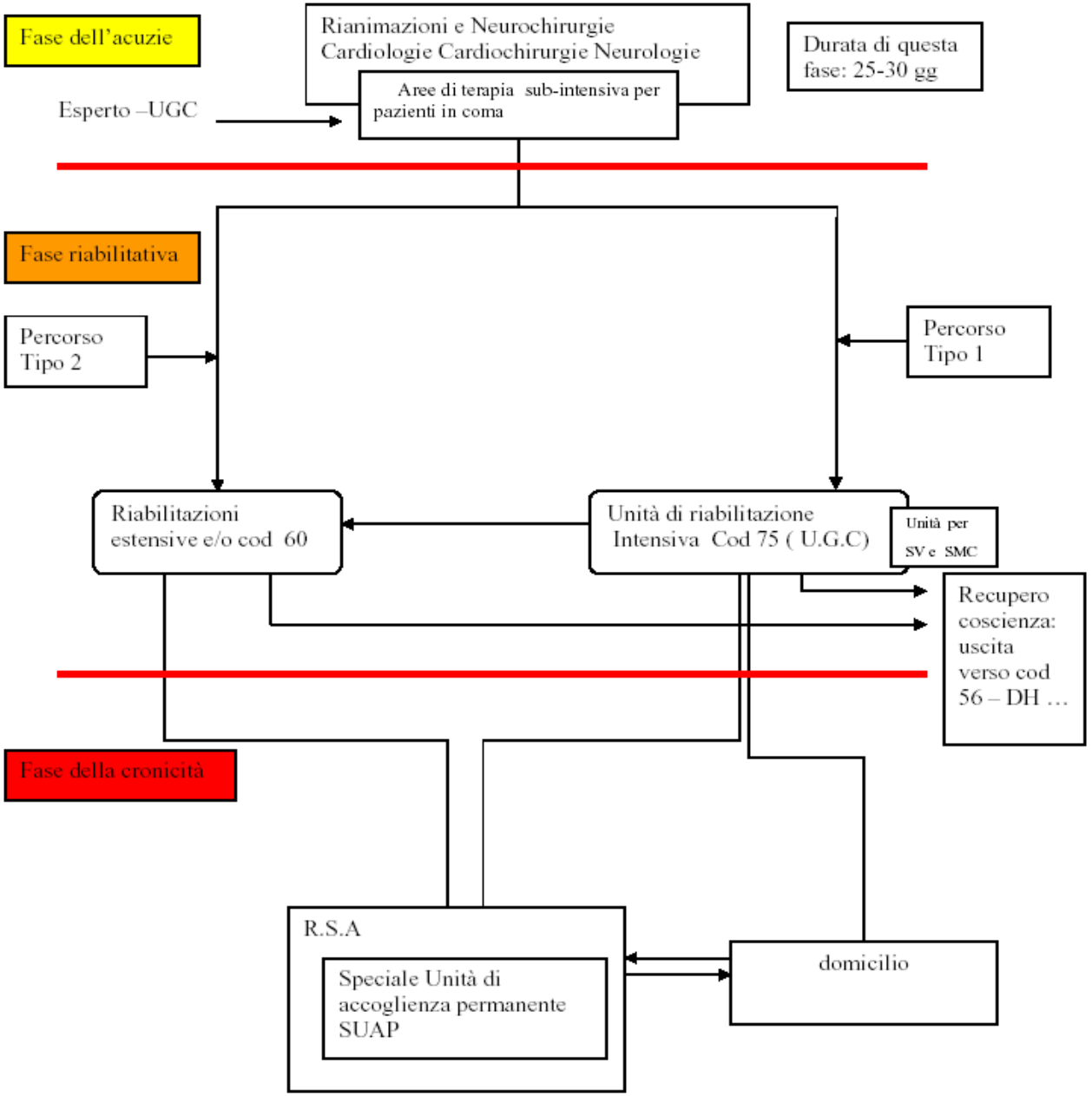
LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI CON MIELOLESIONI E/O CEREBROLESIONI

FASE	DIMENSIONE ICIDH-2 di MAGGIORE INTERESSE	DURATA	STRUTTURE OVE SI EFFETTUANO GLI INTERVENTI	FINALITA' PRINCIPALI DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI
EMERGENZA	Danno	Minuti/ore	Rete dei Servizi di Emergenza Territoriale	
ACUTA Dal momento del trauma fino alla risoluzione delle problematiche rianimatorie e neurochirurgiche	Danno Menomazione	Da alcune ore ad alcune settimane	• Centro Trauma • Rianimazione • Neurochirurgia • Ortopedia e Traumatologia • Unità per acuti	• Supporto agli interventi rianimatori e neurochirurgici nella prevenzione del danno secondario • Minimizzazione delle menomazioni • Predisporre il percorso paziente garantendo la continuità assistenziale
POST-ACUTA O RIABILITATIVA (PRECOCE e TARDIVA) Dalla stabilizzazione delle funzioni vitali al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue	Menomazione Attività (DISABILITÀ)	Da alcune settimane a vari mesi	• Unità di Riabilitazione Intensiva • Unità di Riabilitazione Estensiva ospedaliere ed extraospedaliere	• Trattamento delle menomazioni • Minimizzazione della disabilità residua • Informazione e addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti
DEGLI ESITI Dalla stabilizzazione della disabilità residua al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale possibile, in funzione delle menomazioni e disabilità	Partecipazione (HANDICAP)	Da alcuni mesi ad alcuni anni	• Strutture Sociali ed Agenzie Comunitarie per la reintegrazione famigliare, scolastica, lavorativa; • Strutture residenziali o semiresidenziali protette	• Facilitazione all'utilizzo ottimale delle capacità e competenze residue in ambito famigliare, sociale, lavorativo • Modificazione dell'ambiente per favorire al meglio l'utilizzo delle capacità residue.

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema

SINTESI DOCUMENTO
"STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA"



Il medico non è chiamato ad essere un esperto delle teorie della complessità, ma ad essere attento alle realtà che si muovono attorno al suo rapporto con il paziente, compiendo sintesi operative che mai ne siano impoverimenti

Terry Riley “in C”