

Cosa ci dicono le Conferenze di Consenso?

**ATRACTO Onlus
Associazione Traumi Cranici**

CONVEGNO Nazionale: 1997/2017

20 ANNI D'IMPEGNO

**“LE PERSONE E LE FAMIGLIE
AL CENTRO”**

Sabato 18 novembre 2017
dalle 9.30 alle 23.00

Casa dell'Energia Arezzo
Via Leone Leoni, 1



Antonio De Tanti

Arezzo 18 Novembre 2017



Centro Cardinal Ferrari
Santo Stefano Riabilitazione



1[^] CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO

Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati

Modena 20-21 giugno, 2000

CLINICAL GUIDELINES

EUR J PHYS REHABIL MED 2015;51:89-103

**Recommendations for clinical practice and research
in severe brain injury in intensive rehabilitation:
the Italian Consensus Conference**

A. DE TANTI¹, M. ZAMPOLINI², S. PREGNO³
on behalf of the CC3 Group [Corporate Authors]

La scelta dei percorsi I°

Nella maggior parte dei casi non sono disponibili, in fase precoce, elementi affidabili per formulare una prognosi “negativa” di recupero che consenta di “negare” la possibilità di accesso a strutture con valenza riabilitativa

La scelta dei percorsi II°

- ✓ In questa fase limitare l'accesso a strutture riabilitative per mezzo di indicatori prognostici incerti comporta il rischio di perdere pazienti con potenziale di recupero a lungo termine.
- ✓ Si rischia esito negativo come conseguenza di prognosi intempestivamente negativa

La scelta dei percorsi III°

**Al contrario, un'offerta
indiscriminata di riabilitazione
“intensiva” a pazienti con diversi
quadri clinici comporta rischio di
inappropriato utilizzo di risorse**

CLASSE I

pazienti

- Good Recovery or Moderate Disability
- DRS ≤ 6
- Basso rischio di instabilità clinica
- Non necessità di assistenza nelle 24 ore

dove

Servizi ambulatoriali
o Day Hospital

Obiettivi

- Completamento della stabilizzazione clinica
- Valutazione e trattamento delle menomazioni residue (fisiche, cognitive, comportamentali)
- Recupero delle autonomie nelle AVQ “semplici” e “complesse”
- Facilitazione del reinserimento sociale scolastico e lavorativo (integrazione con strutture di riabilitazione sociale)
- Informazione, supporto ed educazione terapeutica ai familiari e care-givers

CLASSE II

pazienti

- Moderate or Severe Disability
- DRS \leq 21
- Rischio di instabilità clinica
- Necessità di assistenza nelle 24 ore

dove

Riabilitazione
intensiva

Obiettivi

- Completamento della stabilizzazione clinica
- Recupero autonomia nelle funzioni vitali di base
- Contenimento dei danni e prevenzione delle complicanze secondarie
- Valutazione e trattamento menomazioni residue
- Recupero delle autonomie nelle AVQ "semplici" e "complesse"
- Facilitazione del reinserimento sociale scolastico e lavorativo (integrazione con strutture di riabilitazione sociale)
- Informazione, supporto ed educazione terapeutica ai familiari e care-givers

CLASSE III

pazienti

- Vegetative state or minimally Conscious patients
- DRS > 21
- LCF < 3

dove

Strutture
di riabilitazione
intensiva

Obiettivi

- Completamento della stabilizzazione clinica
- Valutazione longitudinale della responsività e facilitazioni al contatto con l'ambiente
- Assistenza medico specialistica infermieristica dedicata 24 ore
- Recupero delle autonomie possibili (respiratorie, nutrizionali ecc)
- Prevenzione-Gestione delle complicanze
- Informazione, supporto ed educazione terapeutica ai famigliari e care-givers

CLASSE III

- PAZIENTI
- Vegetative state or minimally conscious
 - DRS > 21
 - LCF < 3

dove

Recupero responsività < 6 mesi

SI

Permanenza in strutture di riabilitazione intensiva fino al completamento dei programmi non erogabili in modalità extra ospedaliera

NO

Necessità di assistenza sanitaria continua

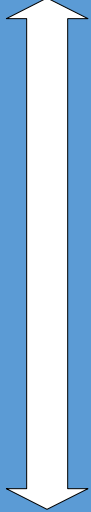
SI

Strutture sanitarie di lungodegenza o riabilitazione estensiva

Riabilitazione intensiva

NO

Domicilio con supporti Strutture residenziali



**E' ancora possibile aspettarci ed esigere
il rispetto di questi principi?**

**Rischio di
declassamento dei
livelli di cura**



Limiti di età non ben definiti

Filiere di cura non garantite

**Limiti al diritto di scelta del
percorso alle cure**

**Decreto in fieri
sull'appropriatezza in
riabilitazione**



**Limiti predefiniti
di durata di ricovero**

**Limiti alla mobilità
inter-regionale**





S.I.M.F.E.R.

Sezione T.C.E.



ISTITUTO DON CALABRIA

Conferenza Nazionale di Consenso

**Bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con
disabilità da grave cerebrolesione acquisita e delle loro
famiglie, nella fase post-ospedaliera**



Verona 10-11 giugno 2005

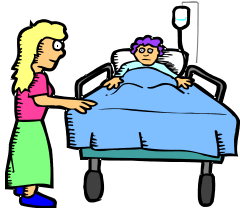


PREMESSA DELLA GIURIA

Approccio alla disabilità come una delle condizioni che ostacolano il godimento dei diritti umani fondamentali

La tutela di tali diritti si realizza con interventi medici, sanitari ma anche con azioni nell'ambiente di vita delle persone disabili, per garantire pari opportunità di accesso e di partecipazione

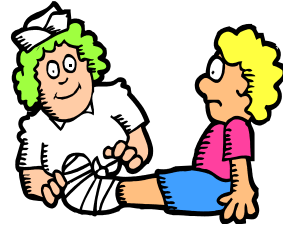
PERCORSO DI CURA DOPO GRAVE DANNO CEREBRALE



**FASE
ACUTA**

**RIANIMAZ.
NEUROCHIR.**

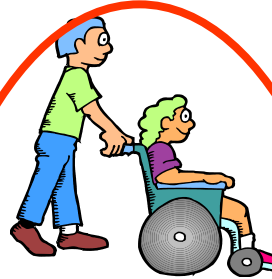
**GIORNI/
SETT.**



**FASE
RIABILITATIVA
PRECOCE**

**UOOO
RIABILITAZ.**

**SETT./
MESI**



**FASE
RIABILITATIVA
TARDIVA**

**UOOO
RIABILITAZ. E
STRUTT.SOCIALI**

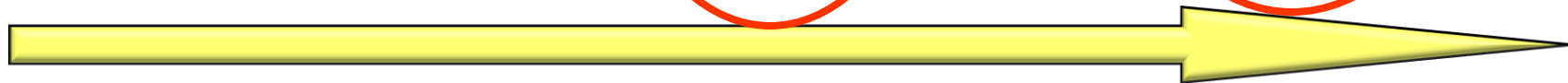
MESI/ANNI



**FASE DEGLI ESITI E
DEL REINSERIMENTO
SOCIALE,
SCOLASTICO,
LAVORATIVO**

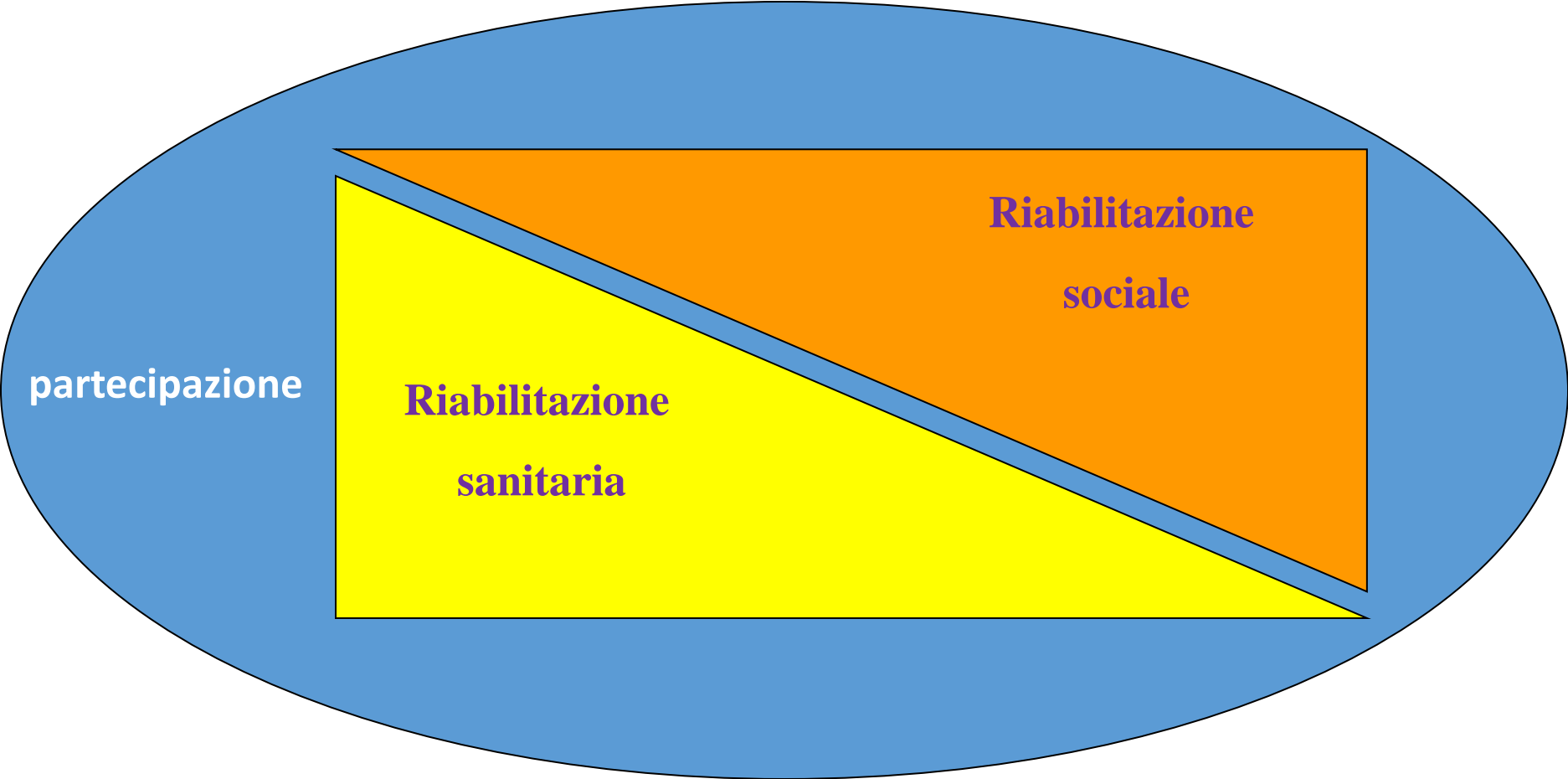
**DOMICILIO,
LAVORO, SCUOLA,
STRUTT.PROTETTE**

MESI(ANNI



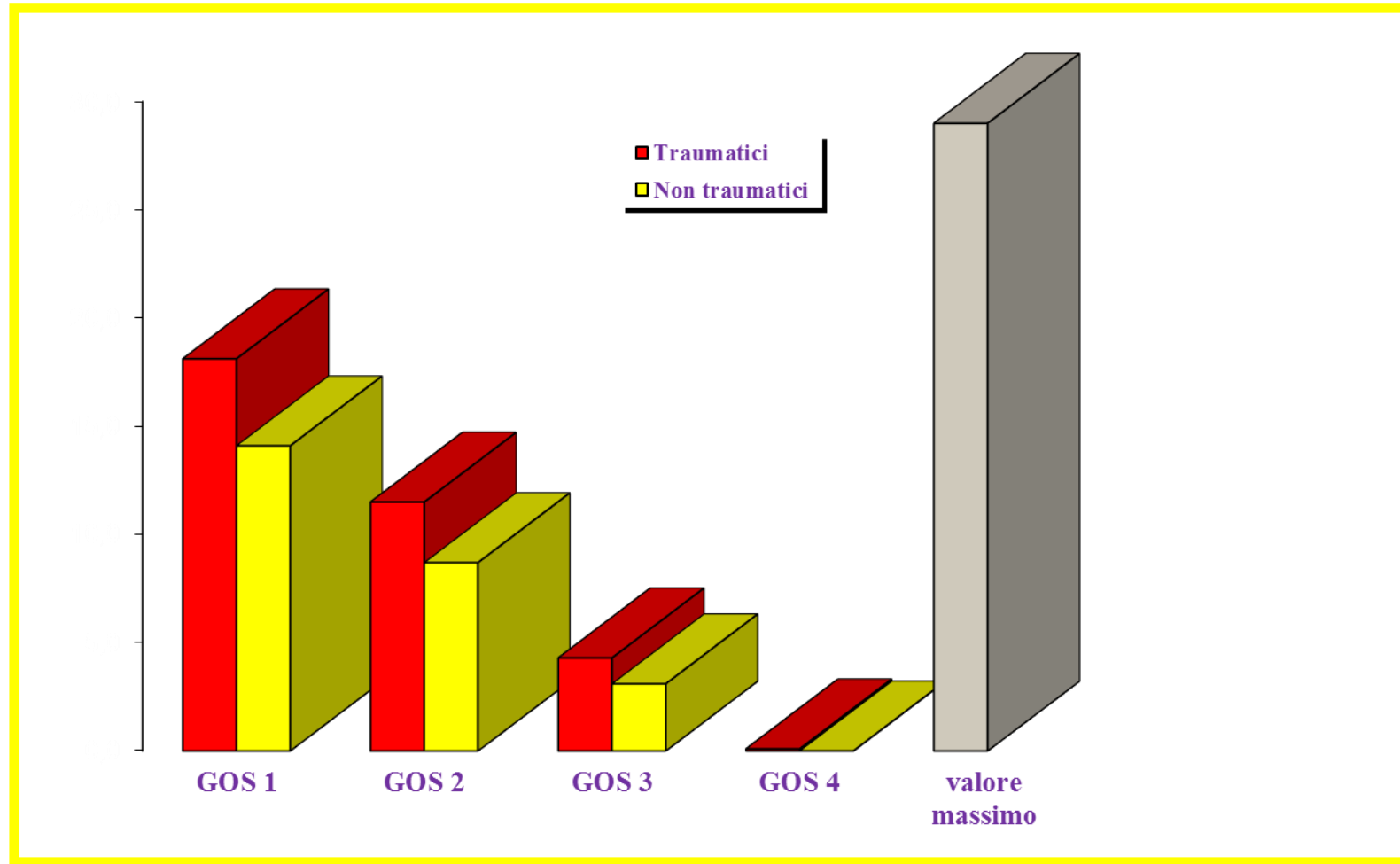


INTEGRARE LA RIABILITAZIONE SANITARIA E SOCIALE





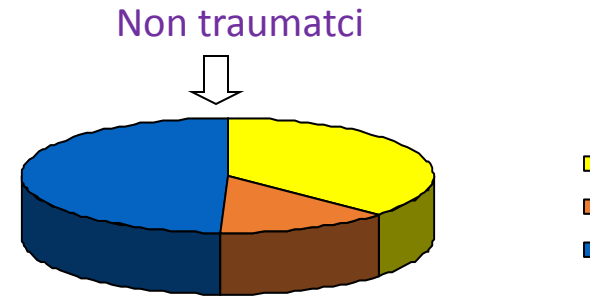
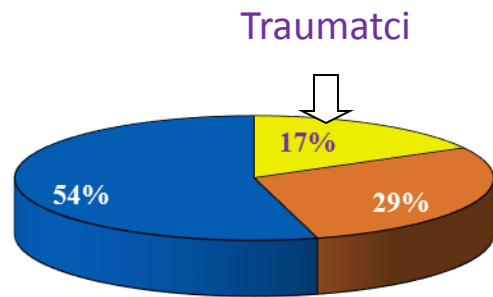
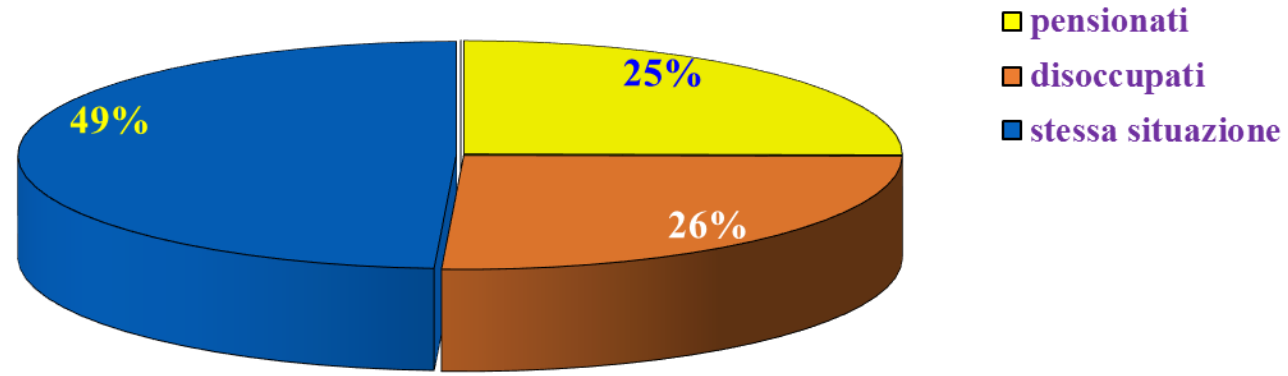
Quanto sono integrati in famiglia, lavoro, società?



Scala CIQ (Community Integration Questionnaire)

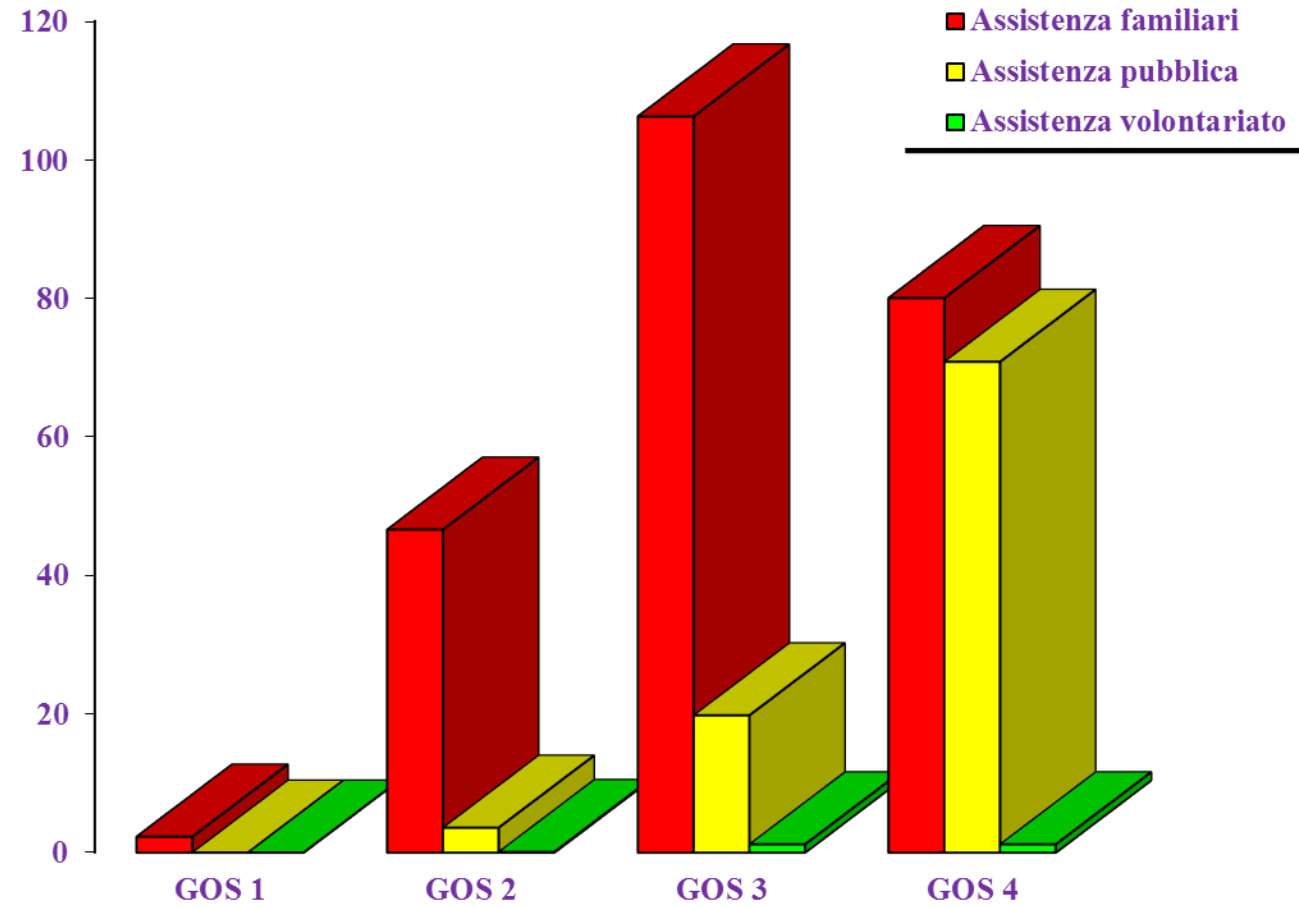


Situazione occupazionale al F. U.



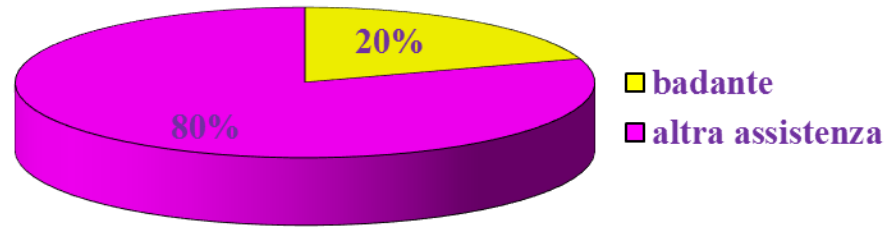


Chi presta assistenza?

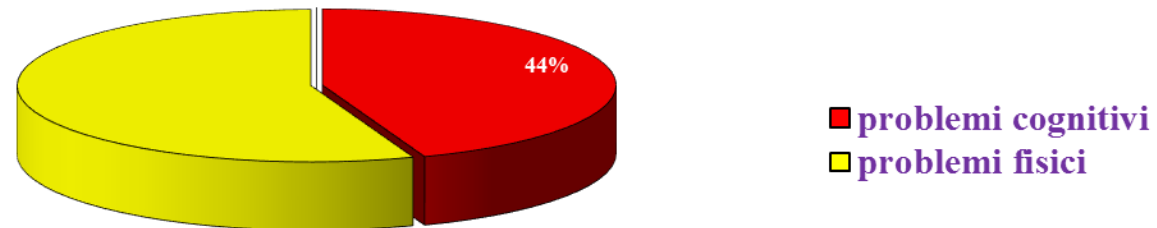




Chi presta assistenza ?



Per quali motivi viene richiesta l'assistenza





**3^a CONFERENZA
NAZIONALE DI
CONSENSO**
Salsomaggiore Terme
5-6 novembre 2010



**3^a Conferenza Nazionale di
Consenso:
buona pratica clinica
nella riabilitazione ospedaliera
delle persone con
Grave Cerebrolesione Acquisita.**



De Tanti A¹, Zampolini M, Pregno S; CC3 Group.

Recommendations for clinical practice and research in severe brain injury in intensive rehabilitation: the Italian Consensus Conference.

Eur J Phys Rehabil Med. 2015 Feb;51(1):89-103. Epub 2014 Sep 3.

The final recommendations of the jury, based on the best available evidence combined with clinical expertise and the experience of persons with disabilities and other stakeholders, cover 13 topics: 1) Management of paroxysmal manifestations (sympathetic storms); 2) management of neuroendocrine problems; 3) nutrition; 4) swallowing; 5) ventilation/respiration, 6) clinical and instrument diagnosis and prognosis of vegetative state (VS) and minimally conscious state (MCS), 7) rehabilitative and pharmacological facilitation of renewed contact with surroundings; 8) neurosurgical complications and hydrocephalus; 9) sensorimotor impairment and disability; 10) rehabilitation methods; 11) assessment and treatment of cognitive-behavioural impairment and disability; 12) methodology and organization of care; 13) involving family and caregivers in rehabilitation.

Valutare il disordine di coscienza

Estraneo A, Moretta P, Cardinale V, De Tanti A, Gatta G, Giacino JT, Trojano L [A multicentre study of intentional behavioural responses measured using the Coma Recovery Scale-Revised in patients with minimally conscious state](#). Clin Rehabil. 2015 Aug;29(8):803-8. doi: 10.1177/0269215514556002. Epub 2014 Nov 7. PMID:25381347

Estraneo A, Moretta P, De Tanti A, Gatta G, Giacino JT, Trojano L; Italian Crs-R Multicentre Validation Group [An Italian multicentre validation study of the coma recovery scale-revised](#). Eur J Phys Rehabil Med. 2015 Oct; 51(5):627-34. Epub 2014 Mar 6. PMID: 24603937 [Free Article](#)

Dolore e disordine di coscienza

Bartolo M, Chiò A, Ferrari S, Tassorelli C, Tamburin S, Avenali M, Azicnuda E, Calvo A, Caraceni AT, Defazio G, DE Icco R, Formisano R, Franzoni S, Greco E, Jedrychowska I, Magrinelli F, Manera U, Marchioni E, Mariotto S, Monaco S, Pace A, Saviola D, Springhetti I, Tinazzi M, DE Tanti A; [Assessing and treating pain in movement disorders, amyotrophic lateral sclerosis, severe acquired brain injury, disorders of consciousness, dementia, oncology and neuroinfectivology. Evidence and recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation.](#)

Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation (ICCPN). Eur J Phys Rehabil Med. 2016 Dec;52(6):841-854. Epub 2016 Aug 31. PMID: 27579582 [Free Article](#)

Gestione delle complicanze e danno secondario

De Tanti A, Scarponi F, Bertoni M, Gasperini G, Lanzillo B, Molteni F, Posteraro F, Vitale DF, Zampolini M; ITB Italian Group. [Management of intrathecal baclofen therapy for severe acquired brain injury: consensus and recommendations for good clinical practice.](#)

Neurol Sci. 2017 Aug;38(8):1429-1435. doi: 10.1007/s10072-017-2972-z. Epub 2017 May 6. PMID: 28478498

Bargellesi S, Cavasin L, Scarponi F, De Tanti A, Bonaiuti D, Bartolo M, Boldrini P, Estraneo A; Heterotopic Ossification Cross Sectional Survey group (HOCSS) *. [Occurrence and predictive factors of heterotopic ossification in severe acquired brain injured patients during rehabilitation stay: cross-sectional survey](#) Clin Rehabil. 2017 Aug 1:269215517723161. doi: 10.1177/0269215517723161. [Epub ahead of print]

PMID:28805078

La gestione della cannula tracheostomica nelle persone con grave cerebrolesione acquisita: consenso a un protocollo condiviso

S. BARGELLESÌ¹, C. REVERBERI², A. DE TANTI³,
S. PREGNO⁴ (a nome del gruppo di lavoro*)

Gestione dei farmaci e GCA

Pisa FE, Cosano G, Giangreco M, Giorgini T, Biasutti E, Barbone F; Group for the Study of Medication Use in Centers for Post-acute Brain Injury Rehabilitation. [Prescribing practice and off-label use of psychotropic medications in post-acute brain injury rehabilitation centres: a cross-sectional survey.](#) Brain Inj. 2015;29(4):508-16.



Grazie!

fai la **scorta**,
per chi bussa
alla tua porta!

antonio.detanti@centrocardinalferrari.it