



Direzione SANITA'

Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

DETERMINAZIONE NUMERO: 831

DEL: 24 OTT. 2013

Codice Direzione: DB2000

Codice Settore: DB2016

Legislatura: 9

Anno: 2013

#### Oggetto

Individuazione di percorsi appropriati in riabilitazione per disabilità conseguenti a particolari situazioni cliniche: aggiornamento D.D. n. 26 del 22.10.2007.

Con D.G.R. N. n. 1-415 del 2 agosto 2010 è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Il Piano si pone come obiettivo generale l'esplicitazione dei percorsi di riorganizzazione del SSR in atto nella Regione Piemonte e che verranno sviluppati nel corso del triennio 2010-2012. In questo contesto saranno in particolare sviluppate le azioni necessarie al completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale e mediante l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni, mediante il processo di riordino delle risposte assistenziali ponendo particolare attenzione al riequilibrio tra i macro livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento dell'assistenza ospedaliera.

In particolare per quanto concerne l'area dell'assistenza ospedaliera è stata ridefinita la rete di degenza, sulla base di parametri condivisi, attraverso il fabbisogno di prestazioni appropriate di acuzie per specialità e per area geografica, l'appropriatezza delle attività di post-acuzie e le strutture organizzative risultanti e l'organizzazione relativa.

Con particolare riferimento all'area delle attività di post-acuzie si è proceduto ad elaborare un documento di riordino delle attività ospedaliere di post-acuzie che rispondesse anche alla necessità di ottemperare ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012 di cui all'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009.

All'interno delle attività di post-acuzie la Regione Piemonte ha avviato negli ultimi anni il riordino delle attività riabilitative al fine di garantire interventi sanitari appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle risorse. In particolare :

- con D.G.R. n. 10-5605 del 2/04/2007 ha approvato il documento di riorganizzazione delle attività riabilitative in Regione Piemonte;

- con D.D n. 26 del 22/10/2007 ha individuato appropriati percorsi riabilitativi per particolari profili di pazienti dell'area neurologica, di area cardiologia, di area pneumologica, nonché il percorso riabilitativo da effettuarsi in ambito domiciliare.
- con D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011 e D.G.R. n. 12-1665 del 7/03/2011 ha approvato i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello, effettuate sia in ricovero ordinario che in DH;
- con D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3/11/2010 ha approvato le linee guida per un appropriato ricorso alle prestazioni ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale in rapporto alle disabilità del singolo paziente.

Con D.D. n. 893 del 3.12.2012 e s.m.i., è stato istituito un gruppo di lavoro sulla riabilitazione per la definizione di proposte di sviluppo e miglioramento con particolare riguardo agli aspetti di appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale.

Nell'ambito del mandato ricevuto il gruppo ha proceduto alla definizione di percorsi riabilitativi per pazienti

- con disabilità conseguenti a patologia infiammatoria, traumatica e degenerativa del sistema nervoso centrale e periferico,
- con disabilità conseguenti a patologia degenerativa, disfunzionale, infiammatoria, traumatica post-chirurgica e non dell'apparato locomotore,
- con disabilità conseguenti a patologia oncologica,
- con disabilità conseguenti a lesioni del sistema autonomo (uroginecologiche, colonproctologiche, neurologiche ed urologiche funzionali).

La definizione dei suddetti percorsi è stata condivisa con gli specialisti delle aree trattate e va ad integrare i percorsi riabilitativi già oggetto di recepimento con D.D n. 26 del 22/10/2007.

Tutto ciò premesso,

#### IL DIRIGENTE

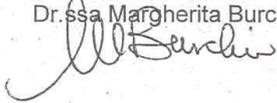
Vista la D.D n. 26 del 22/10/2007,  
Vista la D.D. n. 893 del 3.12.2012 e s.m.i.

#### DETERMINA

- di recepire i criteri per la realizzazione di percorsi riabilitativi per pazienti con disabilità conseguenti a:
  - o patologia infiammatoria, traumatica e degenerativa del sistema nervoso centrale e periferico,
  - o patologia degenerativa, disfunzionale, infiammatoria, traumatica post-chirurgica e non dell'apparato locomotore,
  - o patologia oncologica,
  - o a lesioni del sistema autonomo (uroginecologiche, colonproctologiche, neuro-urologiche ed urologiche funzionali),di cui all' Allegato A al presente provvedimento del quale ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

Il Funzionario Estensore  
Dr.ssa Margherita Burchio



Il Dirigente del Settore  
Dr.ssa Daniela Nizza



Allegato A alla D.D. n. 821

del 24 OTT. 2013

**PERCORSI RIABILITATIVI PER PAZIENTI CON:**

1. DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIA INFIAMMATORIA, TRAUMATICA E DEGENERATIVA DEL SNC E PERIFERICO.
2. DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIA DEGENERATIVA, DISFUNZIONALE, INFIAMMATORIA, TRAUMATICA POST-CHIRURGICA E NON DELL'APPARATO LOCOMOTORE.
3. CON DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIA ONCOLOGICA.
4. DISABILITÀ CONSEGUENTI A LESIONI DEL SISTEMA AUTONOMO (UROGINECOLOGICHE, COLONPROCTOLOGICHE, NEURO-UROLOGICHE E UROLOGICHE FUNZIONALI)



## **PERCORSO RIABILITATIVO PER DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIA INFIAMMATORIA, TRAUMATICA E DEGENERATIVA DEL SNC E PERIFERICO.**

Il percorso riabilitativo di seguito descritto va ad integrare quello relativo ai pazienti con disabilità conseguenti a vasculopatie cerebrali, già definito con D.D n. 26 del 22/10/2007.

### **PERCORSO RIABILITATIVO IN FASE ACUTA**

**interessa pazienti ricoverati in vari reparti per acuti sia per una patologia ad esordio acuto /sub acuto, sia per riacutizzazione di patologia nota con modificazione importante del quadro clinico-funzionale.**

Prevede due momenti fondamentali :

#### **1. presa in carico riabilitativa volta alla realizzazione di**

##### **a. obiettivi generali predefiniti**

1. valutazione e presa in carico precoce di persona con disabilità, con precoce attivazione funzionale in modo integrato e condiviso dal Team Riabilitativo Interprofessionale e Interdisciplinare.

##### **b. obiettivi specifici**

1. valutazione fisiatrica precoce con definizione degli obiettivi riabilitativi realizzabili nella fase di ricovero in collaborazione con gli specialisti interessati;
2. attuazione dei programmi riabilitativi con personale tecnico sanitario e infermieristico opportunamente formato nel rispetto della continuità terapeutica.

#### **2. elaborazione progetto riabilitativo individuale**

- a) il *team* analizza i bisogni clinici assistenziali e riabilitativi con modalità interprofessionali e interdisciplinari come da DGR 2 aprile 2007;
- b) qualora il paziente necessiti di un percorso riabilitativo, il fisiatra elabora il progetto riabilitativo individuale ed individua il relativo setting di cura.



## **B) PERCORSO POST-ACUZIE DI TIPO RIABILITATIVO**

Questo percorso è orientato ai pazienti con bisogni riabilitativi in fase post acuta (degenziale - RO e DH -, ambulatoriale, domiciliare) ed è attivato necessariamente con la formulazione di un **progetto riabilitativo individuale redatto dal fisiatra** sotto la sua responsabilità, con le modalità organizzative previste dalla DGR 10-5605 del 2 aprile 2007.

### **1) percorso degenziale .**

dal punto di vista riabilitativo il setting definito dalla predetta DGR e modificato dalla dgr13-1439 del 28 gennaio 2011 (ridefinizione valori soglia ricoveri RRF) è attivato a partire dall'Ospedale per acuti e prevede

- **degenza riabilitativa di 2° livello . (valore soglia 60 giorni)**
- **degenza riabilitativa di 1° livello (Valore soglia 45 giorni)**

Nel caso di provenienza da territorio (sempre tramite PRI), la degenza riabilitativa prevede un valore soglia di gg. 20.

**La valutazione fisiatrica integrata dei bisogni clinici, riabilitativi ed assistenziali del paziente è l'elemento su cui si basa la scelta della tipologia di setting appropriato.**

### **2) percorso territoriale**

**Sono destinatari di tale percorso i pazienti provenienti da acuzie/post-acuzie o che necessitano di una presa in carico territoriale diretta.**

Questo percorso è rivolto a pazienti che necessitano di un progetto riabilitativo non intensivo, con un tempo ed esiti definibili.

#### **2.1) cure riabilitative domiciliari**

Con D.D. n. 26 del 22/10/2007 sono stati individuati i criteri per un percorso organizzativo che garantisca un intervento riabilitativo domiciliare appropriato e, pertanto, si rinvia a tale provvedimento per quanto riferito agli aspetti di tipo organizzativo.

I pazienti da avviare alle cure riabilitative domiciliari possono presentare:

- **disabilità a medio alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero.**
- **disabilità maggiore cronica, in condizione d'intrasportabilità, con la necessità e possibilità di effettuare l'addestramento del paziente a**



determinate attività della vita quotidiana, all'adattamento all'uso di ortesi e ausili e/o l'addestramento del care-giver al sostegno e al supporto

## **2.2) riabilitazione ambulatoriale**

Il fisiatra redige il **Progetto Riabilitativo individualizzato (PRI)** per la specifica disabilità, tenendo in particolare considerazione tutti i contributi dello specialista d'organo e del medico di medicina generale .

Ai fini della tutela del paziente il PRI ed i relativi programmi riabilitativi devono essere documentati e resi disponibili a richiesta .

E' essenziale che nel PRI , anche in questa fase , siano chiaramente identificati:

- obiettivi del trattamento
- personale tecnico interessato
- modalità di esecuzione.
- tempi
- modalità di valutazione dei risultati
- eventuali indicazioni per il follow-up di competenza

Ai fini della tutela del paziente il PRI ed i relativi programmi riabilitativi devono essere documentati e resi disponibili a richiesta .

**PERCORSO RIABILITATIVO PER DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIA DEGENERATIVA, DISFUNZIONALE, INFIAMMATORIA, TRAUMATICA POST-CHIRURGICA E NON DELL'APPARATO LOCOMOTORE.**

**A) PERCORSO RIABILITATIVO IN FASE ACUTA**

Tale percorso interessa pazienti ricoverati in vari reparti per acuti: ortopedia, medicina, reumatologia, etc....

Prevede due momenti fondamentali :

1. **presa in carico riabilitativa** (fisiatrica, fisioterapica) entro 48 ore dal ricovero finalizzata alla realizzazione di

**a. obiettivi generali predefiniti**

1. valutazione e presa in carico della persona con disabilità motoria con precoce mobilizzazione ed attivazione funzionale del paziente in modo integrato e condiviso con fisioterapisti e personale infermieristico;

**b. obiettivi specifici**

1. valutazione fisiatrica precoce con valutazione degli obiettivi riabilitativi realizzabili nella fase di ricovero in collaborazione con gli specialisti interessati;
2. attuazione in continuità terapeutica dei programmi riabilitativi con i fisioterapisti.

**2. elaborazione progetto riabilitativo individuale**

- a. il *team* (formato dal fisiatra, fisioterapisti, specialisti d'organo e personale infermieristico) analizza i bisogni clinici assistenziali riabilitativi con modalità interprofessionali e interdisciplinari come da DGR 10-5605 del 2 aprile 2007;
- b. qualora il paziente necessiti di un percorso riabilitativo, il fisiatra elabora il progetto riabilitativo individuale ed individua il relativo setting con la stesura della scheda di proposta di percorso riabilitativo individuale.



## **B )PERCORSO POST-ACUZIE DI TIPO RIABILITATIVO**

Questo percorso è orientato ai pazienti con bisogni riabilitativi in fase post acuta (degenziale - RO e DH -, ambulatoriale, domiciliare) ed è attivato necessariamente con la formulazione di un **progetto riabilitativo individuale redatto dal fisiatra** sotto la sua responsabilità, con le modalità organizzative previste dalla DGR n. 10 - 5605 del 2 aprile 2007.

### **1) Percorso degenziale.**

Dal punto di vista riabilitativo il setting definito dalla predetta DGR, e modificato dalla DGR n. 13-1439 del 28 gennaio 2011 (ridefinizione valori soglia ricoveri RRF), è attivato a partire dall'Ospedale per acuti e prevede :

#### **degenza riabilitativa di 1° e 2° livello appropriata per pazienti**

- a. con protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva (valore soglia 15 giorni)
- b. pazienti con altra casistica (valore soglia 30 giorni)

Nel caso di provenienza da territorio (sempre tramite PRI), la degenza riabilitativa prevede un valore soglia di gg. 20.

La valutazione fisiatrica integrata dei bisogni clinici, riabilitativi ed assistenziali del paziente è l'elemento su cui si basa la scelta della tipologia di setting appropriato.

### **2) Percorso territoriale (per pazienti provenienti da acuzie/post-acuzie) o per presa in carico territoriale diretta.**

#### **a) cure riabilitative domiciliari**

Con D.D. n. 26 del 22/10/2007 sono stati individuati i criteri per un percorso organizzativo che garantisca un intervento riabilitativo domiciliare appropriato e, pertanto, si rinvia a tale provvedimento per quanto riferito agli aspetti di tipo organizzativo.

Si ritiene invece utile declinare il profilo dei pazienti **destinatari dell'intervento riabilitativo domiciliare.**

Sono destinatari dell'intervento domiciliare i pazienti che

- necessitano di un progetto riabilitativo non intensivo, con un tempo ed esiti definibili, e che possono presentare:
- disabilità a medio alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero.



- disabilità maggiore cronica stabilizzata, in condizione d'intrasportabilità, con la necessità e possibilità di effettuare l'addestramento del paziente a determinate attività della vita quotidiana, all'adattamento all'uso di ortesi e ausili e/o l'addestramento del caregiver al sostegno e al supporto.

#### **b) riabilitazione ambulatoriale**

Sono destinatari dell'intervento ambulatoriale i pazienti che necessitano di un progetto riabilitativo non intensivo, con un tempo ed esiti definibili.

Questi pazienti possono presentare tutte le disabilità secondarie a evento di natura traumatologica, reumatologica, chirurgica e non chirurgica di tipo meccanico, degenerativo, infiammatorio, distorsivo e disfunzionale, articolato nelle classi di disabilità 2,3,4 e 5 in coerenza con quanto stabilito dalla DGR n° 42-941 del 3.11.2010 e circolare prot. n. 18370/DB2000 del 30 luglio 2013.

Il fisiatra redige il Progetto Riabilitativo individualizzato per la specifica disabilità, in casi particolari con il contributo dello specialista d'organo.

In attuazione di quanto previsto dalla DGR 42-941 del 3 novembre 2010, in caso di disabilità di tipo degenerativo ad andamento cronico, la ripetibilità del trattamento riabilitativo, ove prevista, deve essere descritta nell'ambito del progetto riabilitativo originario, sempre che non siano intervenuti nuovi fattori che determinino una sostanziale variazione del quadro clinico o nuovo problema clinico e comunque su indicazione medica.

Ai fini della tutela del paziente il PRI ed i relativi programmi riabilitativi devono essere documentati e resi disponibili a richiesta.



## **PERCORSO RIABILITATIVO PER I PAZIENTI CON DISABILITÀ CONSEQUENTI A PATOLOGIA ONCOLOGICA**

La tipologia di disabilità, per quanto attiene i criteri di inclusione dei pazienti in ambito riabilitativo oncologico, unitamente alle condizioni cliniche generali del paziente, fornisce le indicazioni specifiche ai programmi riabilitativi ed ai relativi setting di cura, tenuto conto che il decorso clinico in ambito oncologico si connota per un'estrema variabilità in funzione del tipo di tumore, della sua aggressività, localizzazione, stadiazione, trattamento e della fase della malattia neoplastica.

Cio' richiede una estrema flessibilità dei percorsi clinico-assistenziali con una continua revisione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in base alle diverse fasi della malattia (I: pre-trattamento, II: post-trattamento, III: degli esiti, IV: di ripresa di malattia e V: terminale).

Pertanto la **presa in carico riabilitativa** del paziente oncologico può avvenire solo a seguito di **visita specialistica fisiatrice** con conseguente elaborazione del **PRI** in base alla tipologia e concomitanza delle disabilità presenti ed agli obiettivi riabilitativi realizzabili in relazione alla fase ed alla possibile evoluzione della malattia.

I *setting* di cura per la presa in carico riabilitativa possono essere tutti i reparti di degenza per acuti e post-acuti, le strutture extraospedaliere di continuità assistenziale, l'ambulatorio, il domicilio/RSA e l'hospice.

La presa in carico riabilitativa del paziente oncologico nei diversi ambiti assistenziali prevede pertanto:

- a) la **visita specialistica fisiatrice** precoce e la conseguente elaborazione del PRI con la valutazione degli obiettivi riabilitativi realizzabili in collaborazione con i diversi specialisti interessati e/o il medico di medicina generale (MMG).
- b) l'attuazione dei **programmi riabilitativi** specifici da parte del personale tecnico sanitario opportunamente formato e componente il *team* riabilitativo (in coerenza con quanto definito con DGR n. 10-5605 del 2 aprile 2007).

### **A) PERCORSO RIABILITATIVO IN FASE ACUTA**

Interessa pazienti oncologici ricoverati nei reparti ospedalieri per acuti.

La **presa in carico riabilitativa** del paziente oncologico nei diversi reparti di degenza per acuti, sia di area medica che chirurgica dell'ospedale, prevede:

- a) la **visita specialistica fisiatrice** precoce con valutazione degli obiettivi riabilitativi realizzabili in collaborazione con i diversi specialisti interessati (redazione PRI)
- b) l'attuazione dei **programmi riabilitativi** specifici da parte del personale tecnico sanitario opportunamente formato e componente il *team* riabilitativo.



- c) al momento della dimissione dall'ospedale, qualora il paziente necessiti di uno specifico percorso riabilitativo, il fisiatra compila la **Scheda di Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale** che individua il relativo *setting* di cura idoneo (in coerenza con quanto definito con DGR n. 10-5605 del 2 aprile 2007).

## **B ) PERCORSO POST-ACUZIE DI TIPO RIABILITATIVO**

Questo percorso è orientato ai pazienti con bisogni riabilitativi in fase post-acuta (degenziale, ambulatoriale, domiciliare) ed è attivato con la formulazione del PRI redatto dal fisiatra.

Sono previsti i seguenti percorsi riabilitativi:

**1) Percorso in regime di degenza riabilitativa:** conformemente alle modalità organizzative previste dalla DGR 10-5605 del 2 aprile 2007 e dalla successiva DGR 13-1439 del 28 gennaio 2011.

I valori soglia sono estremamente variabili in rapporto alla disabilità prevalente ed alla relativa MDC..

**2) Percorso territoriale (per pazienti provenienti da acuzie/post-acuzie) o per presa in carico territoriale diretta.**

### **2.1) Percorso riabilitativo in pazienti seguiti a domicilio dalle unità operative di cure palliative.**

Sono destinatari dell'intervento domiciliare i pazienti che necessitano di un programma riabilitativo non intensivo in condizioni di intrasportabilità causa soprattutto l'aggravamento delle condizioni cliniche generali caratteristico delle fasi di progressione e terminalità della malattia.

Questi pazienti possono presentare:

- disabilità maggiore con la necessità e la possibilità di effettuare l'addestramento alle attività della vita quotidiana, comprendente l'adattamento all'uso di ortesi e ausili e/o l'addestramento del care-giver al sostegno e al supporto.
- più raramente disabilità a medio/alto gradiente di modificabilità.

La **presa in carico riabilitativa** del paziente oncologico in regime domiciliare prevede pertanto:

a) la **visita specialistica fisiatrica** con valutazione degli obiettivi riabilitativi realizzabili in collaborazione con il MMG e le diverse professionalità interessate.

b) l'attuazione dei **programmi riabilitativi** specifici da parte del personale tecnico sanitario opportunamente formato e componente il *team* riabilitativo.



## **2.2) Percorso riabilitativo in pazienti oncologici seguiti in hospice .**

La **presa in carico riabilitativa** del paziente oncologico in fase terminale ricoverato in hospice prevede :

- a) la **visita specialistica fisiatrica** con valutazione degli obiettivi riabilitativi realizzabili in funzione del progressivo aggravarsi delle condizioni cliniche del paziente ed in collaborazione con gli specialisti interessati.
- b) l'attuazione dei **programmi riabilitativi** specifici da parte del personale tecnico opportunamente formato e componente il *team* riabilitativo.

## **2.3 ) riabilitazione ambulatoriale :**

Sono destinatari dell'intervento ambulatoriale i pazienti oncologici seguiti in follow up che necessitano di un programma riabilitativo non intensivo.

Ai fini della tutela del paziente il PRI ed i relativi programmi riabilitativi devono essere documentati e resi disponibili a richiesta .

**I PDTA , REDATTI PER CIASCUN TIPO DI TUMORE A CURA DEI GRUPPI INTERDISCIPLINARI CURE (GIC) E VALIDATI DAL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE E INTERREGIONALE RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA , DEVONO PREVEDERE IL MOMENTO DELL'EVENTUALE INTERVENTO RIABILITATIVO CHE AVVERRÀ' CON LA REDAZIONE DEL PRI DA PARTE DEL FISIATRA E CON LA REALIZZAZIONE DEL RELATIVO PROGRAMMA RIABILITATIVO.**



**PERCORSO RIABILITATIVO PER DISABILITÀ CONSEGUENTI A LESIONI DEL SISTEMA AUTONOMO (UROGINECOLOGICHE, COLONPROCTOLOGICHE, NEURO-UROLOGICHE E UROLOGICHE FUNZIONALI)**

**A) PERCORSO RIABILITATIVO IN FASE ACUTA**

**Tale percorso interessa i pazienti ricoverati in vari reparti per acuti.**

Prevede due momenti fondamentali :

- 1. presa in carico riabilitativa** (fisiatrice, fisioterapica) entro 48 ore dalla richiesta del reparto di ricovero finalizzata alla realizzazione di

**a. obiettivi generali predefiniti**

1. valutazione e presa in carico della disabilità viscerale con precoce mobilitazione ed attivazione funzionale del paziente (utilizzo precoce dei servizi igienici, abbandono dell'utilizzo di materiale di assorbenza) in modo integrato e condiviso con fisioterapisti e personale infermieristico avendo come obiettivo prioritario le funzioni di eliminazione

**b. obiettivi specifici**

1. valutazione fisiatrice precoce con valutazione degli obiettivi riabilitativi realizzabili nella fase di ricovero in collaborazione con gli specialisti interessati;
2. attivazione dei programmi riabilitativi con personale tecnico sanitario e infermieristico specificamente formato , nel rispetto della continuità terapeutica.

**2. elaborazione progetto riabilitativo individuale**

- a. il *team* (formato dal fisiatra, , specialisti d'organo, fisioterapisti e infermieri) analizza i bisogni clinici assistenziali riabilitativi con modalità interprofessionali e interdisciplinari come da DGR n. 10-5605 del 2 aprile 2007;
- b. qualora il paziente necessiti di un percorso riabilitativo che nella globalità preveda anche un intervento sulle funzioni viscerali, il fisiatra elabora il progetto riabilitativo individuale ed individua il relativo setting corretto tenuto



conto delle funzioni dei Centri previsti dalle  
DGR n. 51-3375 del 11 luglio 2006. D.G.R. n.  
56-4073 del 17 ottobre 2006 e s.m.i., D.G.R.  
N. 8-8779 del 19/05/2008 e s.m.i..

## **B )PERCORSO POST-ACUZIE DI TIPO RIABILITATIVO**

Questo percorso è orientato ai pazienti con bisogni riabilitativi in fase post acuta (degenziale, ambulatoriale), ed è attivato necessariamente con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale da parte del fisiatra con le modalità organizzative previste dalle DGR del 2 aprile 2007 e D.G.R n.. 40-12566 dell'1/07/2004 e s.m.i., D.G.R. n. 51-3375 del 11 luglio 2006 e n. 56-4073 del 17 ottobre 2006 e s.m.i., D.G.R. N. 8-8779 del 19/05/2008 e s.m.i..

### **1) Percorso degenziale .**

Dal punto di vista riabilitativo il setting definito è attivato alla dimissione dal reparto per acuti , interessa pazienti a maggiore complessità clinica ed è realizzato presso i reparti che afferiscono alla Rete Regionale dei Centri per la prevenzione , diagnosi e cura dell'Incontinenza urinaria, specificatamente individuati quali Centri monospecialistici Fisiatrici di 2° livello ai sensi della D.G.R. N. 8-8779 del 19/05/2008 e s.m.i..

### **2) Percorso territoriale ambulatoriale (per pazienti provenienti da acuzie/post-acuzie o per presa in carico territoriale diretta)**

Sono destinatari dell'intervento ambulatoriale i pazienti che necessitano di un progetto riabilitativo non intensivo, con un tempo ed esiti definibili.

Questi pazienti possono presentare tutte le disabilità secondarie a lesioni del sistema nervoso autonomo (uroginecologico e colonproctologico), articolate prevalentemente nella classe di disabilità 3 in coerenza con quanto stabilito dalla D.G.R. N. 42-941 del 3.11.2010.

Nello specifico :

- Incontinenza urinaria femminile da sforzo
- Incontinenza urinaria femminile e maschile da urgenza
- Incontinenza urinaria neurogena femminile e maschile
- Incontinenza urinaria maschile da sforzo
- Incontinenza urinaria postprostatectomia
- Ritenzione urinaria non ostruttiva
- Dolore pelvico cronico femminile e maschile
- Prolasso organi pelvici
- Stipsi da ostruito transito femminile e maschile
- Stipsi neurogena femminile e maschile
- Incontinenza anale e fecale femminile e maschile
- Vescica neurologica



In caso di presa in carico nei Centri ambulatoriali periferici multispecialistici e di I livello che afferiscono alla Rete Regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'Incontinenza urinaria, specificatamente individuati come da D.G.R. n. 51-3375 dell'11 luglio 2006 e s.m.i., il fisiatra redige il Progetto Riabilitativo individualizzato per la specifica disabilità, con il contributo dello specialista d'organo.

Ai fini della tutela del paziente il PRI ed i relativi programmi riabilitativi devono essere documentati e resi disponibili a richiesta.

