



DELIBERAZIONE N° 1300

SEDUTA DEL 2 AGO. 2010

Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
Servizi alla persona e alla comunità

DIPARTIMENTO

OGGETTO L.R. N.12/2008 E S.M.I. - APPROVAZIONE PROGETTO "RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA LUNGODEGENZA"

Relatore **ASSESSORE DIP.TO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA'
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'**

La Giunta, riunitasi il giorno 2 AGO. 2010 alle ore 15,30 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Agatino MANCUSI	Vice Presidente	X	
3. Rosa GENTILE	Componente	X	
4. Attilio MARTORANO	Componente	X	
5. Rosa MASTROSIMONE	Componente	X	
6. Vilma MAZZOCCO	Componente	X	
7. Erminio RESTAINO	Componente		X

Segretario:

Dr. Arturo AGOSTINO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,
secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 7 pagine compreso il frontespizio
e di N° 1 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

☐ Prenotazione di impegno N° _____ UPB _____ Cap. _____ per € _____

☐ Assunto impegno contabile N° _____ UPB _____ Cap. _____

Esercizio

IL DIRIGENTE

IL DIRIGENTE

dell'Ufficio Ragioneria Generale
Dott. Nicola A. COLUZZI

**LA PRESENTE DELIBERAZIONE
NON COMPORTA VISTO DI
REGOLARITA' CONTABILE**

14/07/2010

Atto soggetto a pubblicazione ☐ integrale ☒ per estratto

VISTE

la L.R. n. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale

la D.G.R. n.1148/05 e la D.G.R. n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali

la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate

L.R. n.20 del 6.08.2008 – "Assestamento del Bilancio di Previsione per l'Esercizio finanziario 2008"

la L.R. 7 agosto 2009, n.27 "Assestamento del Bilancio di Previsione per l'Esercizio Finanziario 2009 e del Bilancio Pluriennale per il triennio 2009/2011" (BUR n.36 del 7 agosto 2009);

L.R.n.42 del 30.12.2009 – Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata Legge Finanziaria 2010

L.R.n.43 del 30.12.2010 Bilancio di Previsione finanziario 2010 e bilancio pluriennale per il triennio 2010-2012

la D.G.R. n.3 del 07.01.2010 approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle unità previsionali di base del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2010 e del bilancio pluriennale per il triennio 2010-2012

VISTI

il Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dai decreti legislativi 7.12.1993, n. 517, 19.6.1999, n. 229, 2.3.2000, n. 168, e 28.7.2000, n. 254, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale

Il D.P.C.M. del 29.11.2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza

la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale"

la Legge regionale dell'1.07.2008 n.12, come modificata e integrata dalla L.R. n.20 del 6.08.2008, relativa al "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n.28 del 2.07.2008

PREMESSO

- che la D.G.R. n.670 del 23.03.2004 ha approvato le linee guida regionali nelle attività di riabilitazione, come parzialmente modificata dalla successiva D.G.R. n.204 - 01.02.2005
- che la D.G.R. n.2102 del 17.10.2005 ha approvato la "Direttiva per la definizione di un sistema integrato per l'erogazione e la qualificazione dei servizi sanitari in favore di pazienti con gravi cerebro lesioni acquisite e stato vegetativo"

- che la D.G.R. n.1035 del 29.05.2009 ha approvato tra l'altro, la tariffa unica convenzionale per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera

PREMESSO

altresì:

- che la L.R. n.12/2008 e s.m.i. ha avviato un processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, rafforzando la logica di rete nella strutturazione dei servizi e privilegiando i principi di organicità, appropriatezza, efficienza, efficacia ed economicità

- che la D.G.R. n.2102 del 4 dicembre 2009 ha approvato l'atto aziendale di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Ospedaliera San Carlo corredato, secondo le direttive regionali e in conformità ai principi della legge di riforma sopraenunciati, di un protocollo d'intesa per la condivisione di percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali interaziendali riferiti a specifiche reti regionali, ivi inclusa la riabilitazione post-acuzie

CONSIDERATO

che la D.G.R. n.228 del 9.02.2010 ha approvato la ridistribuzione dei posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie nella dotazione complessiva della regione Basilicata, già definita con la D.G.R. n.513 del 16.04.2007 per il necessario adeguamento al Patto della Salute 2010-2012 e ha fissato, per provvedere al suddetto adempimento, l'obiettivo intermedio dello 0,86 per mille, da conseguire entro il 31.12.2010, con una dotazione complessiva regionale pari a n.508 posti letto, distribuiti tra le Aziende Sanitarie ASP e ASM e l'Azienda Ospedaliera San Carlo, confermando all'Azienda Ospedaliera San Carlo il ruolo di alta specializzazione per le attività di riabilitazione di terzo livello, Unità Spinali, Unità Gravi Cerebrolesi

EVIDENZIATO

che il riassetto delle Aziende Sanitarie, rimodulato secondo la legge regionale di riforma su dimensione provinciale, ha imposto comunque una revisione dei modelli organizzativi di assistenza, ivi inclusa l'offerta assistenziale della rete regionale interaziendale della riabilitazione e della lungodegenza per l'ottimizzazione dei percorsi e la definizione, con appositi protocolli operativi, di ruoli e competenze delle strutture e dei servizi

ATTESO

che un apposito gruppo di lavoro interaziendale, costituito da esperti in materia di riabilitazione e lungodegenza, individuati dalle rispettive Aziende Sanitarie ASP e ASM e dall'Azienda Ospedaliera San Carlo, ha elaborato, ai fini della suddetta revisione, il Progetto "Riorganizzazione della Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza" di cui alla nota dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo n. 25430 del 15/6/2010, acquisita al protocollo dipartimentale n.119905/72AB del 16.06.2010

RILEVATO

che il modello organizzativo previsto nel suddetto Progetto, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:

- garantisce ai pazienti che necessitano di cure riabilitative e di lungo assistenza, il percorso post-acuzie più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento, tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance
- realizza un percorso assistenziale per i pazienti affetti da malattia disabilitante o a rischio di disabilità e/o necessitanti di lungo – assistenza in regime di ricovero ospedaliero
- integra e ottimizza le attività sanitarie volte alla riabilitazione e alla lungodegenza
- razionalizza l'approccio diagnostico e terapeutico attraverso la costruzione ed adozione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e scientificamente validati, che consentano un ottimale utilizzo delle risorse disponibili, un adeguato tempo di degenza del paziente in ospedale
- individua ed attua modalità di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate
- attiva settori organizzativi e funzionali, già individuati o da individuarsi all'interno delle strutture della Rete, al fine di garantire una copertura globale, ancorché flessibile, dei bisogni sanitari assistenziali
- persegue obiettivi di qualità mediante la stesura di protocolli operativi e procedure scritte per tutte le attività con particolare attenzione a quelle a rischio
- contiene la mobilità sanitaria passiva fuori regione per prestazioni riabilitative attraverso il potenziamento dei percorsi diagnostici – terapeutici interaziendali

RILEVATO

altresì che il percorso assistenziale definito nel progetto in argomento, prevede, tra l'altro, la "Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC)" – codice 60 – riservata a pazienti con scarso o nullo potenziale di recupero e a cui necessita attribuire posti letto dedicati, previa definizione di specifica tariffa, che nel progetto viene ipotizzata in € 500/giornata di degenza

RITENUTO

che il Progetto "Riorganizzazione della Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza" rimodula la rete riabilitativa e della post acuzie in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale

STABILITO

di impegnare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo ad adottare atti formali, coerenti e

congruenti, per la realizzazione del progetto di cui all'allegato alla presente deliberazione

STABILITO

altresì di rinviare a successivi provvedimenti la definizione della tariffa per la "Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC)" – codice 60, nelle more dell'attuazione dell'intero progetto e dell'attivazione dei posti letto ad essa dedicati

RIBADITA

l'osservanza delle disposizioni di cui alla D.G.R. n.1049 del 23.06.2010 – Misure di razionalizzazione e di contenimento della spesa del personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

RIBADITA

inoltre l'osservanza dello standard di riferimento nella dotazione complessiva regionale dei posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie di cui alla D.G.R. n.228/2010

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

D E L I B E R A

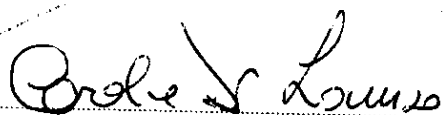
Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato:

- di approvare il Progetto "Riorganizzazione della Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza" allegato alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, ai fini della rimodulazione della rete riabilitativa e della lungodegenza post acuzie, a seguito del nuovo assetto del Sistema Sanitario Regionale, sancito dalla legge di riforma n.12/2008
- di impegnare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo ad adottare atti formali, coerenti e congruenti, per la realizzazione del suddetto progetto
- di rinviare a successivi provvedimenti la definizione della tariffa per la "Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC)" – codice 60, nelle more dell'attuazione di tutte le fasi progettuali e dell'attivazione dei posti letto ad essa dedicati
- di osservare quanto disposto con D.G.R. n.1049 del 23.06.2010 – Misure di razionalizzazione e di contenimento della spesa del personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale



- di osservare altresì lo standard di riferimento nella dotazione complessiva regionale dei posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie di cui alla D.G.R. n.228/2010

L'ISTRUTTORE

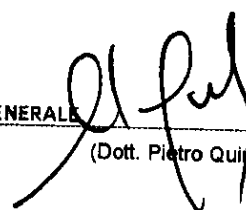


Carolina Di Lorenzo

IL RESPONSABILE P.O.

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL DIRIGENTE GENERALE



(Dott. Pietro Quinto)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



72 AB
e

AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"
Ospedale "S. Carlo" di Potenza
Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano
Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11
Codice Fiscale e Partita IVA - 01186830764

Direzione Generale

Segreteria Tel. 0971-612219

E-Mail: dirgen@ospedalesancarlo.it

Prot. 20100025430

Potenza,

15 GIU. 2010

REGIONE BASILICATA - ADG Giunta Regionale di Basilicata Dip. Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità
15 GIU. 2010
ARRIVO / CONSEGNATO A MANO

A1 Dirigente Generale
Dipartimento Salute, Sicurezza e
Solidarietà Sociale, Servizi alla
Persona e alla Comunità
85100 POTENZA

ETTO: Progetto "Riorganizzazione della Rete Regionale Interaziendale della Riabilitazione e della Lungodegenza".

Considerato che con la Legge regionale n. 12 del 01 luglio 2008 di "Riassetto organizzativo e territoriale del SSR" sono state istituite l'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) e l'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM), si è ritenuto necessario rivedere il modello organizzativo della rete regionale interaziendale della riabilitazione e della lungodegenza, alla luce del nuovo riassetto territoriale del S.S.R. e delle linee guida regionali in materia di riabilitazione e lungodegenza.

A tal fine è stato individuato un apposito gruppo di lavoro interaziendale, formato da esperti in materia di riabilitazione e lungodegenza di ciascuna azienda, che hanno predisposto il progetto "Riorganizzazione della Rete Regionale Interaziendale della Riabilitazione e della Lungodegenza", che si trasmette in allegato alla presente nota per una valutazione e, in caso di condivisione, per la sua approvazione, così da consentire l'avvio operativo delle attività previste dallo stesso.

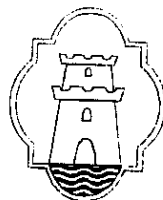
Distinti saluti.

REGIONE BASILICATA - ADG Giunta Regionale di Basilicata Dip. Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità
16 GIU. 2010
PROT. 119905/12AB

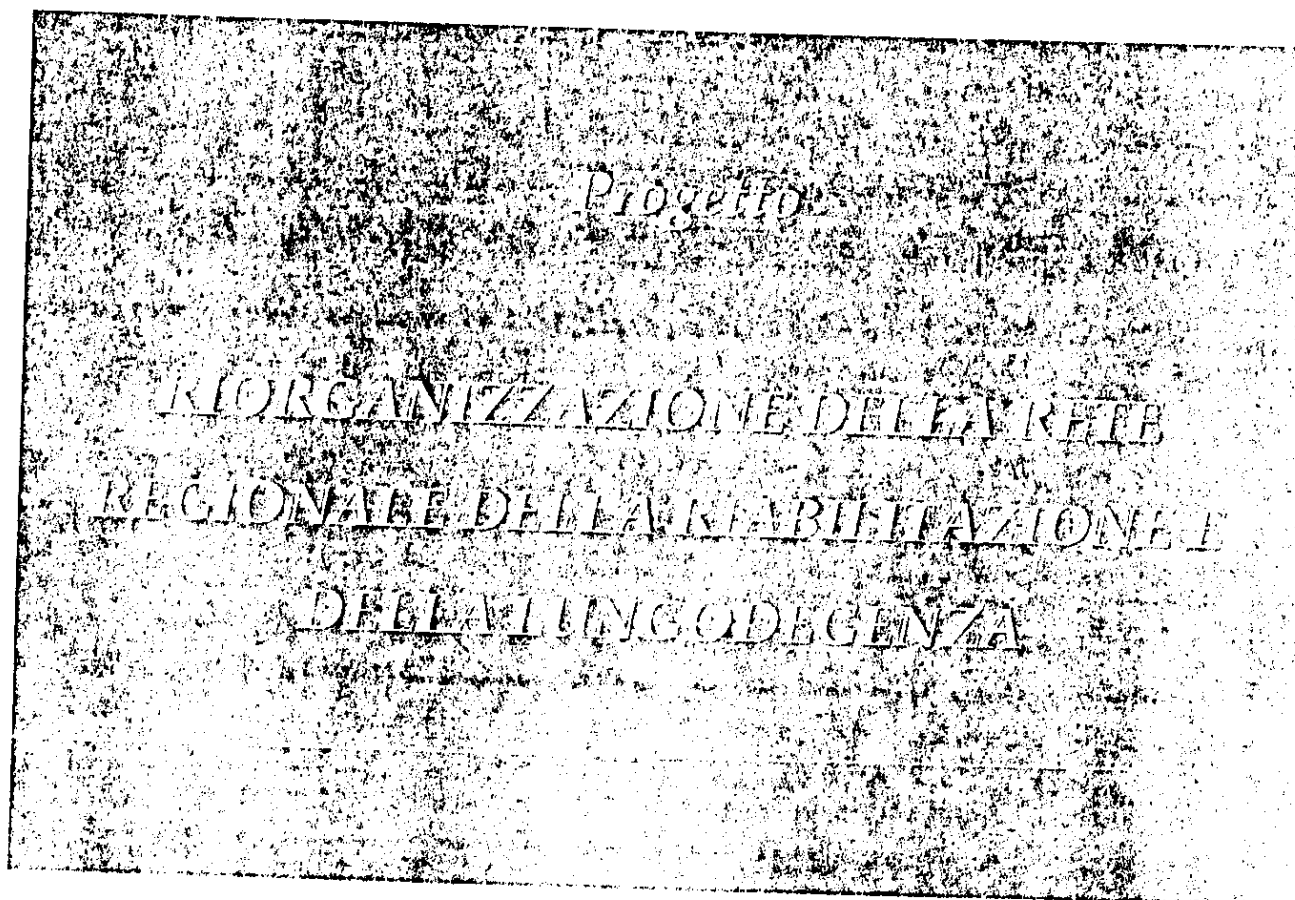
Il Direttore Generale
Ing. Giovanni De Costanzo

h

7



Regione Basilicata
Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo



Progetto

RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA
REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE E
DELL'UNICO DEGENZA

giugno 2010

h

INDICE

1. Premessa.....	3
2. Progetto	4
Finalità della Rete	4
Normativa regionale di riferimento.....	4
Modello organizzativo	5
Comitato Sovraordinato di Coordinamento.....	6
Obiettivi della Rete	6
Attuazione della Rete	7
Monitoraggio, controlli e verifiche.....	7
Appendice Percorso assistenziale	9
1 - Fase di accesso e presa in carico	10
1.1 Pazienti con lesioni midollari (Codice 28)	10
1.2 Pazienti con gravi cerebrolesioni (Codice 75)	10
1.3 Riabilitazione intensiva (Codice 56).....	10
1.4 Lungodegenza post- acuzie (Codice 60)	11
1.5 Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC) – Codice 60	12
2 - Fase del Trasferimento	13
2.1 Trasferimento in ambiente riabilitativo e di lungodegenza	13
2.2 Trasferimento presso una Lungodegenza ad alta intensità di cura (LAIC) ...	14
3 - Fase della dimissione e continuità assistenziale	15
4 - Attività di supporto.....	16
4.1 Comunicazione e documentazione.....	16
4.2 Call Center Regionale e Info Point Disability	17
4.3 Formazione interna ed esterna	18
4.4 Attività di ricerca	18
4.5 Infrastruttura Tecnologica	18
Allegato 1 – Percorso post - acuzie – Scheda Degenza	20
Allegato 2 – Percorso riabilitativo Post acuzie – Relazione Riabilitativa per il Medico di Medicina Generale	22



1. Premessa

Il presente documento rappresenta il risultato di uno specifico gruppo di lavoro interaziendale¹, attivato d'intesa tra l'ASP, ASM e l'Azienda Ospedaliera Regionale S. Carlo, finalizzato alla definizione di una proposta progettuale, da sottoporre alla condivisione e successiva approvazione del competente Dipartimento Regionale, finalizzata alla rimodulazione della Rete Regionale di Riabilitazione e Lungodegenza alla luce del nuovo riassetto territoriale del SSR² ed delle linee guida regionali in materia di riabilitazione e lungodegenza.

Tale rimodulazione ha riguardato, in particolar modo, l'attivazione della "Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza post acuzie", di seguito denominata Rete, tra le strutture riabilitative e di lungodegenza operanti nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nell'Azienda Sanitaria Locale di Matera e nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza.



¹ Il gruppo di lavoro è composto dal dott. D. Santomauro (AOR S. Carlo), dott. G. Magno (ASP), dott. P. Dinapoli (ASM)

² Si fa riferimento all'assetto del SSR rinveniente dalla L.R. 12/2008

2. Progetto

Finalità della Rete

Il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dalla attivazione di una Rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi sanitari di riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Non è infatti possibile conciliare sotto l'aspetto organizzativo ed operativo l'esistenza di strutture in grado di rispondere contemporaneamente a domande così diversificate come quelle che provengono da un paziente acuto rispetto ad un paziente disabile da riabilitare e ad un soggetto che necessita di assistenza in lungodegenza dopo un episodio acuto.

Ad una prima fase di ricovero in cui le cure riabilitative (quoad valitudinem) sono complementari alle cure di base (spesso quoad vitam) consegue la fase in cui le cure riabilitative divengono trattamento di base (teso al migliore recupero e/o al massimo miglioramento possibile della funzione) mentre il trattamento della patologia originaria è più contenuto e meno suscettibile di continue necessità di adattamento.

Finalità della Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza post acuzie, quindi, è quello di garantire ai pazienti che necessitano di cure riabilitative e di lungo assistenza il percorso post-acuzie più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento, tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

Normativa regionale di riferimento

L'attività di riabilitazione è normata a livello regionale dalle seguenti direttive:

- D.G.R. n. 39 del 14 gennaio 2002 avente ad oggetto "Approvazione delle linee guida regionali per le attività di riabilitazione" con al quale la Regione Basilicata ha approvato le Linee Guida per le attività di riabilitazione a valenza regionale
- D.G.R. n. 40 del 14 gennaio 2002 avente ad oggetto "Direttiva per l'organizzazione delle attività di lungodegenza post-acuzie"
- D.G.R. n. 670 del 23 marzo 2004 avente ad oggetto "approvazione delle nuove linee guida regionali nelle attività di riabilitazione – Revoca della DGR n. 39 del 14-01-2002"
- D.G.R. n. 2102 Con la D.G.R. 2102 del 17 Ottobre 2005 "Direttive per la definizione di un sistema integrato per l'erogazione e la qualificazione dei servizi sanitari in favore di

pazienti con gravi Cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo" con al quale si definiscono i criteri per l'attivazione di posti letto per pazienti in stato di coma vegetativo anche mediante accordi interaziendali secondo quanto previsto dalle direttive impartite con la suddetta D.G.R., individuando la percentuale dei posti letto di lungodegenza da riservare, nei presidi di appartenenza, ai pazienti in stato di coma vegetativo.

Modello organizzativo

In fase acuta i pazienti affetti da malattia disabilitante, o a rischio di disabilità e/o necessitanti di lungo assistenza in regime di ricovero ospedaliero, vengono segnalati all'U. O. di Medicina Riabilitativa o all'area medica di assistenza post-acuzie di riferimento dal medico del reparto per acuti (per i pazienti afferenti all'I.R.C.C.S. CROB la valutazione del fabbisogno riabilitativo viene assicurata dal medico fisiatra referente del territorio di competenza).

Nelle malattie disabilitanti o a rischio di disabilità la valutazione fisiatrica stabilisce gli obiettivi a breve termine ed il piano di trattamento, mentre i controlli successivi puntualizzano l'evoluzione del quadro clinico - funzionale, il raggiungimento degli obiettivi previsti ed aggiungono, alla data prevista per la dimissione, l'opportunità concludere o di proseguire il trattamento riabilitativo con le seguenti tipologie di intervento assistenziale:

1. soggetti con disabilità lieve o media verranno indirizzati al trattamento ambulatoriale;
2. soggetti con disabilità più complesse e con maggiore potenzialità di recupero da trattare in regime di degenza presso le UU. OO. di Riabilitazione per il prosieguo riabilitativo intensivo o di alta specialità.
3. soggetti con scarso potenziale di recupero, ma che richiedono comunque una presa in carico specificatamente riabilitativa, possono ricevere ospedalità nelle strutture di lungodegenza riabilitativa;
4. soggetti con scarso potenziale di recupero, o a lento recupero, con pluripatologie concomitanti e che richiedono intenso nursing assistenziale, possono ricevere ospedalità nelle strutture di lungodegenza medica;
5. i soggetti con scarso o nullo potenziale di recupero, con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato provenienti di norma dalle rianimazioni e/o terapie intensive, i quali superata la fase iperacuta non sono più idonei per una degenza in tali unità assistenziali e che richiedono elevata intensità di cura accedranno alle strutture di lungodegenza post-acuzie ad elevata intensità di cura (LAIC).

[Handwritten signature]

Il percorso assistenziale delle suddette tipologie di pazienti, dettagliatamente descritto in Appendice al presente documento, si articola nelle seguenti 3 fasi:

1. Fase di accesso e presa in carico;
2. Fase del trasferimento;
3. Fase della dimissione e della continuità assistenziale.

Comitato Sovraordinato di Coordinamento

I Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza, dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, anche attraverso un loro delegato, costituiscono il Comitato Sovraordinato di Coordinamento (C.S.C.) cui competono tutte le attività di verifica, controllo e valutazione della Rete.

In particolare il C.S.C.:

- ✓ assicura la funzionalità della Rete per quel che riguarda la soluzione dei problemi urgenti all'interno ed all'esterno dell'Azienda;
- ✓ verifica la conformità dei comportamenti ed i risultati ottenuti dalle singole strutture in rapporto agli indirizzi forniti;
- ✓ negozia il budget e ne verifica costantemente la rispondenza agli obiettivi concordati;
- ✓ verifica annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse assegnate alla rete nell'ambito della programmazione aziendale.
- ✓ valuta, alla fine di ogni anno, il resoconto tecnico-economico delle attività svolte la proposta di obiettivi da perseguire nell'anno successivo.

Il C.S.C. si avvale del gruppo di lavoro già costituito a tale scopo opportunamente integrato da un funzionario regionale designato dal competente dipartimento.

Il C.S.C. rendiconta, con cadenza almeno semestrale, alla Regione le attività svolte nell'ambito della rete nel corso di uno specifico incontro tra i Direttori delle aziende e il dirigente generale del Dipartimento e l'Assessore.

Obiettivi della Rete

Gli obiettivi operativi su cui dovranno convergere le attività della Rete sono i seguenti:

- ✓ integrazione e ottimizzazione delle attività sanitarie volte alla riabilitazione e alla lungodegenza;
- ✓ razionalizzazione dell'approccio diagnostico e terapeutico attraverso la costruzione ed adozione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e scientificamente validati, che

consentano un ottimale utilizzo delle risorse disponibili, un adeguato tempo di degenza del paziente in ospedale;

- ✓ individuazione ed attuazione di modalità di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate;
- ✓ attivazione di settori organizzativi e funzionali, già individuati o da individuarsi all'interno delle strutture della Rete, al fine di garantire una copertura globale, ancorché flessibile, dei bisogni sanitari assistenziali;
- ✓ perseguimento di obiettivi di qualità mediante la stesura di protocolli operativi e procedure scritte per tutte le attività con particolare attenzione a quelle a rischio;
- ✓ individuazione di bisogni formativi e pianificazione di percorsi di formazione per tutti gli operatori mirati a specifici bisogni assistenziali, evidenziati sia in corso di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici sia nella fase di standardizzazione dell'approccio diagnostico-terapeutico;
- ✓ promozione di attività di ricerca;
- ✓ razionalizzazione dell'utilizzo di spazi, attrezzature, tecnologie, personale;
- ✓ contenimento della mobilità sanitaria passiva fuori regione per prestazioni riabilitative attraverso il potenziamento dei percorsi diagnostici – terapeutici interaziendali.
- ✓ partecipazione a sperimentazioni cliniche, con modalità definite da un apposito regolamento.

Attuazione della Rete

L'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera e l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, al fine di assicurarne il rapido avvio e di facilitare il raggiungimento degli obiettivi posti, si impegnano:

1. a provvedere successivamente a tutti gli atti di gestione ed a tutti i conseguenti provvedimenti attuativi necessari per la realizzazione di quanto riportato ai punti precedenti;
2. a divulgare il presente protocollo a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate nonché a tutte le associazioni di volontariato operanti nel proprio territorio regionale;
3. a garantire le necessarie risorse economiche strutturali e di personale nel rispetto di quanto indicato nel presente accordo e/o da successivi atti.

Monitoraggio, controlli e verifiche

Sulla base della relazione annuale predisposta e trasmessa dal CSC, i Direttori Sanitari Aziendali provvedono:

1. alla verifica sullo stato di attuazione dello stesso;

14

2. alla individuazione di eventuali e specifiche criticità che ne impediscano la piena realizzazione, nonché alla individuazione e attuazione delle idonee azioni correttive;
3. all'effettuazione di verifiche e controlli sulle azioni correttive individuate e sui risultati raggiunti.



Appendice

Percorso assistenziale

h

1 - Fase di accesso e presa in carico

Di seguito vengono riportate le modalità di accesso e di presa in carico per i diversi percorsi assistenziali correlati alla gravità della patologia.

1.1 Pazienti con lesioni midollari (Codice 28)

I pazienti affetti da lesione midollare traumatiche e non, che necessitano di una presa in carico specifica allo scopo di permettere di raggiungere il miglior stato di salute e il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione, saranno avviati presso la struttura riabilitativa con posti letto con codice di disciplina 28, in via di attivazione presso l'Ospedale di Pescopagano dell'A. O. R. San Carlo.

1.2 Pazienti con gravi cerebrolesioni (Codice 75)

I pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (di origine traumatica, anossica o di altra natura) caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici specifici saranno avviati presso la struttura specifica con posti letto con codice di disciplina 75 in via di attivazione presso l'Ospedale di Pescopagano dell'A. O. R. San Carlo.

1.3 Riabilitazione intensiva (Codice 56)

I pazienti affetti da disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e / o di durata dell'intervento, la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e l'interazione con altre discipline specialistiche verranno avviati a strutture di riabilitazione intensiva codice di disciplina 56 della rete attualmente operative di seguito indicate:

- Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" – Ospedale di Pescopagano
- A. S. P. – Fondazione Don Gnocchi Acerenza
- A. S. P. – Ospedale di Lauria

- A. S. M. - Fondazione Don Gnocchi Tricarico

In caso di indisponibilità di posti letto, fermo restando la tipologia della struttura ritenuta idonea, verranno indirizzati a strutture di codice di disciplina 56 non comprese nella rete regionale.

Risulta evidente che man mano che nuove strutture di riabilitazione (codice 56) saranno attivate dall'ASP, dall'ASM e dall'AOR San Carlo, in accordo con la programmazione regionale, queste saranno automaticamente inserite nella rete.

1.4 Lungodegenza post- acuzie (Codice 60)

I pazienti affetti da disabilità importanti con scarso potenziale di recupero o con potenziale di recupero nullo, ma che richiedono intenso nursing assistenziale, saranno avviati, rispettivamente nella lungodegenza a valenza riabilitativa, quando la presa in carico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa, e nella lungodegenza medica, quando è necessario un forte impegno assistenziale con supporto riabilitativo.

Afferiscono alla lungodegenza medica i pazienti con inquadramento diagnostico completato e con quadro clinico stabilizzato o in fase di stabilizzazione, necessitanti di:

- sorveglianza medica ed assistenza infermieristica non erogabili in altre forme;
- supporto nutrizionale e terapia antalgica in regime di ricovero;
- valutazione clinica e trattamenti terapeutici periodici in regime di ricovero programmato ed elettivo (di concerto con il medico di assistenza primaria territoriale).

Le strutture di lungodegenza riabilitativa della rete sono:

- Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" – Ospedale di Pescopagano
- A. S. P. – Fondazione Don Gnocchi Acerenza
- A. S. P. – Ospedale di Lauria
- A. S. M. - Fondazione Don Gnocchi Tricarico
- A. S. M. – Ospedale Civile di Stigliano

Le strutture di lungodegenza medica della rete, attualmente operative, sono:

- A. S. P. – Ospedale di Lauria
- A. S. M. – Ospedale Civile di Tricarico
- A. S. M. – Ospedale Civile di Stigliano

Analogamente alle strutture di riabilitazione, man mano che, in accordo con la programmazione regionale, saranno attivate strutture di Lungodegenza (codice 60) da parte dell'ASP, dell'ASM e dell'AOR San Carlo, queste saranno automaticamente inserite nella rete.



1.5 Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC) – Codice 60

La lungodegenza post-acuzie medica ad alta intensità di cura si caratterizza per il ricovero di pazienti con scarso o nullo potenziale di recupero con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato provenienti, di norma, dalle rianimazioni e/o dalle terapie intensive, i quali superata la fase iperacuta non sono più idonei per una degenza in tali unità assistenziali, sia per quanto attiene la prevenzione di eventuali super infezioni che per quanto attiene il blocco del turn - over dei ricoveri, con gravi ricadute sull'assistenza e sui costi, ma allo stesso tempo risultano compromessi da un punto di vista emodinamico e respiratorio in quanto versano nelle seguenti condizioni:

- a) Pazienti in respiro spontaneo, ma tracheostomizzati che necessitano di un supporto di ossigenoterapia nel lungo termine con cannula tracheale in situ, che necessitano di periodica bronco aspirazione, che possono beneficiare di supporto riabilitativo prevalentemente indirizzato alla componente respiratori e motoria per la prevenzione di un ulteriore degrado funzionale;
- b) Pazienti tracheostomizzati, non del tutto autonomi da un punto di vista respiratorio che necessitano occasionalmente di ventilazione assistita, con broncoaspirazione frequente;
- c) Pazienti in ventilazione meccanica assistita dopo un periodo di almeno 40 giorni di permanenza in ambiente intensivo rianimatorio, con scarse o nulle possibilità di svezzamento dal ventilatore.

Per quanto attiene i posti letto di LAIC, come standard di personale infermieristico ed OSS è necessario prevedere per ogni turno di servizio almeno un infermiere e 1,5 OSS ogni quattro posti letto, oltre la necessaria sorveglianza medica. Per questa categoria assistenziale è auspicabile e necessario prevedere una consulenza anestesiologicala almeno due volte la settimana.

Le strutture di LAIC individuate in ambito regionale ed in fase di attivazione sono:

- Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" – Ospedale di Pescopagano
- A. S. P. – Ospedale di Lauria
- A. S. M. – Ospedale Civile di Stigliano

L'attivazione dei posti letto di LAIC comporta la individuazione delle relative tariffe di remunerazione dell'assistenza che, in considerazione dell'elevato carico assistenziale e delle esperienze già applicate in altre regioni, può essere stimata in € 500 per ogni giornata di degenza.



2 - Fase del Trasferimento

2.1 Trasferimento in ambiente riabilitativo e di lungodegenza

Un paziente può essere dimesso dalle UU. OO. per acuti e avviato al percorso riabilitativo post-acuzie quando:

1. le sue condizioni fisiologiche si sono stabilizzate;
2. sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti.

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica:

- non necessità di monitoraggio continuo cardiocircolatorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);
- respiro autonomo da più di 48 ore (anche se con O₂terapia) con SAO₂ >95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SAO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (per esempio CPAP);
- non insufficienza acuta d'organo (per esempio insufficienza respiratoria acuta o diabete mellito mal controllato con terapia insulinica) o multiorgano;
- assenza di stato settico, definito come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - temperatura corporea > 38° C o < 36° C;
 - frequenza cardiaca > 90 bpm;
 - frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32 mmHg
 - globuli bianchi > 12.000/mm³, o 4.000/mm³ e > 10% di cellule immature
 - superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7 -10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per os, sondino nasogastrico, PEG);
- assenza prioritaria di interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.



Criteri di stabilizzazione neurochirurgia:

- assenza di processo espansivo alla TAC ed assenza di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi;
- assenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, ecc.).

Non costituiscono controindicazioni al trasferimento, presso una struttura riabilitativa, la presenza:

- cannula tracheostomica;
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale;
- sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG, ecc.)
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

2.2 Trasferimento presso una Lungodegenza ad alta intensità di cura (LAIC)

Per quanto attiene il trasferimento di un paziente presso una LAIC con le caratteristiche già espresse al precedente punto 1.5 si procede nel modo seguente:

1. se il paziente è degente in una U.O. della A.O.R. San Carlo il medico di reparto richiede la consulenza alla UU.OO. di medicina riabilitativa dello stesso nosocomio
2. se il paziente è degente in una struttura ospedaliera dell'ASP e ASM direttamente al Responsabile della LAIC dell'ASP o dall'ASM a secondo della provenienza del paziente;



3 - Fase della dimissione e continuità assistenziale

La dimissione avviene quando il programma riabilitativo è stato completato e gli obiettivi sono stati raggiunti.

Alla pianificazione della dimissione partecipano: lo staff medico, il paziente, la famiglia, con integrazione, in rapporto alle necessità, dell'assistente sociale, dell'UVBR, di eventuali associazioni di volontariato e del Medico di Medicina Generale, quest'ultimo per ciò che riguarda l'eventuale attivazione dell'ADI.

Il paziente verrà dimesso provvisto di tutti gli ausili, dopo aver preso accordi ben precisi per proseguire, eventualmente, il trattamento sanitario in altra forma: domiciliare, ambulatoriale, RSA, ecc. o per avviare, eventualmente, interventi di riabilitazione sociale.

In tal modo si evitano disagi, angosce e perdita di tempo, e si facilita il reinserimento.

Per i pazienti che concludono il trattamento riabilitativo, verranno fissate visite di controllo periodiche, sempre più distanziate, allo scopo di verificare l'adattamento alla vita familiare e sociale, il mantenimento dei risultati raggiunti o la presenza di qualche nuovo problema da risolvere. La visita di controllo, inoltre, permetterà all'utente di non sentirsi abbandonato e solo con i propri problemi.

Tanto anche al fine di evitare che le strutture di riabilitazione e lungodegenze ospedaliere finiscano per avere compiti di custodia e di assistenza sociale.

Per le strutture LAIC è necessario rivedere i criteri temporali di permanenza di cui alla DGR 1335/2006 attesa che la loro permanenza può superare i 60 giorni di degenza.



4 - Attività di supporto

4.1 Comunicazione e documentazione

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale, che una rete integrata di servizi si propone, è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel trasferimento dei pazienti, dal reparto per acuti alla degenza riabilitativa o all'ambulatorio, un fattore essenziale è la circolazione delle informazioni.

A tale scopo:

- per i pazienti con necessità di prosieguo post-acuzia in regime di degenza è da prevedere l'utilizzo di una scheda conoscitiva che contenga informazioni cliniche, fornite dall'U.O. di degenza, ed informazioni a valenza riabilitativa con indicazione della tipologia di struttura ritenuta idonea (codice 28, 75 o 56 di riabilitazione intensiva oppure codice 60 specificando se necessita di lungodegenza riabilitativa, medica o ad alta intensità di cura) fornite dall'U.O. di Riabilitazione operante all'interno delle UU. OO. per acuti. (allegato 1).
- per i pazienti a prosieguo riabilitativo non necessitanti di degenza, va predisposta una apposita relazione per il medico di medicina generale con specificazione della menomazione/disabilità, degli obiettivi, della tipologia di struttura (DH – Amb. di Recupero e Rieducazione Funzionale – Ambulatorio di Riabilitazione - ADI) e delle eventuali prestazioni (allegato 2).

Il percorso post-acuzia attivato alla dimissione dovrà essere indicato sia in cartella clinica che nel foglio di dimissione.

Nel trasferimento in strutture di degenza post-acuzia non bisogna trascurare di valutare le caratteristiche della famiglia e le informazioni che le sono state fornite, rispetto alla patologia, alla prognosi ed alle possibilità del miglioramento della disabilità. Facendo chiarezza su questi punti e dando alla famiglia un ruolo attivo nella definizione e conduzione degli obiettivi e delle priorità, oltre che a limitare incomprensioni e malintesi, si ottiene una più efficace e accurata personalizzazione del trattamento. La partecipazione della famiglia alla preferenza del setting di cura post-acuzia più appropriato, oltre ad evitare disagi ed angosce, è essenziale nella definizione degli obiettivi.

4.2 Call Center Regionale e Info Point Disability

La definizione dei livelli d'intervento post-acuzia, di diversa intensità in base alla complessità dell'assistenza richiesta, e la costituzione di una rete integrata di presidi e servizi riabilitativi permette l'inserimento del paziente disabile in un processo di trattamento graduato e senza soluzione di continuità per un massimo grado di inserimento sociale. L'efficacia e l'efficienza della "rete" è conseguibile con un'azione di coordinamento tra la pluralità delle strutture e delle funzioni assistenziali presenti.

Allo scopo si concorda di attivare un **Call Center Regionale** per la post-acuzia dove le UU. OO. per acuti possono inviare le richieste di prosieguo riabilitativo in regime di degenza (schede conoscitive di prenotazione). Il call center ricevuta la scheda provvede immediatamente a contattare ed inviare la stessa, dapprima, alla struttura idonea al soddisfacimento del bisogno riabilitativo e possibilmente più vicina al domicilio dell'utente o preferita dall'utente o dai suoi familiari. In caso di indisponibilità nell'immediato e comunque entro le 48 ore successive al contatto, sempre nel rispetto del livello di struttura indicata dal fisiatra, il call center contatta le altre strutture idonee della rete.

La struttura post-acuzia accettante si farà carico di contattare l'U. O. di degenza per acquisire eventuali ulteriori informazioni e predisporre il necessario prima dell'invio del paziente, e di comunicare per iscritto la data di accettazione del paziente, così da:

1. velocizzare l'accesso alla struttura post-acuzia indicata dalla consulenza fisiatrica;
2. facilitare l'U. O. per acuti nella ricerca della sistemazione idonea e ridurre il rischio di inappropriatazza di livello
3. utilizzare a pieno la potenzialità della rete di riabilitazione post-acuzia
4. ridurre le attese angoscianti per la famiglia.

Il Call Center Regionale oltre all'azione di coordinamento delle attività sanitarie di riabilitazione svolgerà, nel più generale contesto della prevenzione e contrasto dell'handicap, interventi sociali riabilitativi quali:

- azione di informazione e documentazione a favore del cittadino disabile nonché promozione di iniziative di educazione ed informazione (**Info Point Disability**).
- organizzazione di un osservatorio epidemiologico per la raccolta dei dati relativi ai bisogni conseguenti alle disabilità;

Allo scopo è importante che la comunicazione tra l'utenza e l'Info Point Disability sia facilitata attraverso tutti i mezzi di comunicazione (telefono, fax, web, ecc.).



4.3 Formazione interna ed esterna

Parte integrante dell'attività della Rete sarà l'organizzazione di programmi di formazione ed aggiornamento del personale sia interna che esterna.

La formazione interna, rivolta a tutto il personale sarà definita e approvata all'inizio di ogni anno dal CSC. Il programma dovrà prevedere una formazione di tipo professionale distinta per il personale medico ed infermieristico ed una formazione comune in materia di organizzazione e gestione operativa delle attività (rischio clinico, umanizzazione delle cure, accessibilità alle prestazioni, comfort) , attraverso gli strumenti più comuni quali seminari, discussioni di casi clinici, esercitazioni pratiche, protocolli diagnostici e terapeutici.

La formazione esterna sarà rivolta al personale medico ed infermieristico della rete, alle associazioni di volontariato e ai cittadini singoli e associati su tematiche clinico assistenziali e organizzative.

4.4 Attività di ricerca

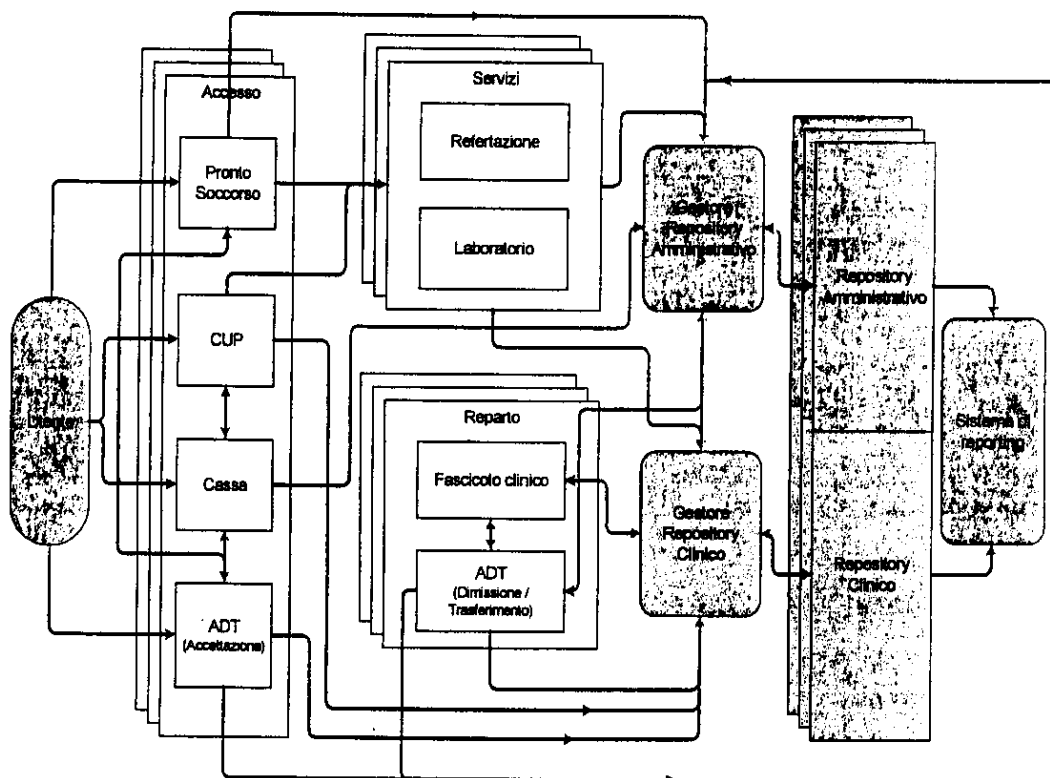
La rete deve prevedere attività di ricerca, in quanto presupposto essenziale per il raggiungimento dell'eccellenza nell'attività clinica. Il CSC predisporrà un piano pluriennale, aggiornabile annualmente, che sarà inviato ai Direttori Generali delle tre Aziende partecipanti o da loro delegati ed al Comitato Etico quando necessario.

4.5 Infrastruttura Tecnologica

L'Infrastruttura tecnologia della rete è costituita del S.I.S.R. e dai servizi di rete geografica messi a disposizione dalla rete regionale RUPAR ed in particolare i servizi di connettività, sicurezza, identificazione e firma digitale.

Tra le varie applicazioni costituenti il S.I.S.R. quella che costituisce riferimento finale per tutte le reti di patologia è il Fascicolo Sanitario Personale – FSE.





Per quanto sopra, saranno costruiti appositi percorsi assistenziali per i diversi modelli di assistenza riabilitativa all'interno del FSE che si interfacerà con i software specifici da realizzare per rete interaziendale.

L'integrazione delle attività e percorsi sarà quindi garantita attraverso lo sviluppo di un apposito software di implementazione di una cartella clinica informatizzata ed integrata per una valutazione multidisciplinare del paziente (medica, socio-assistenziale e psicologica).

**Allegato 1 – Percorso post - acuzie –
Scheda Degenza**

SCHEDA CONOSCITIVA PER DEGENZA

(compilazione a cura dell'U.O. per acuti)

Cognome _____ Nome _____ nato/a il ____/____/____/ M ☐ F ☐

Residenza: via _____ n° _____ città _____

Tel. Ab _____ cell _____ tel. Uff. _____

Stato civile _____ Supporto familiare: certo ☐ dubbio ☐ inesistente ☐

In caso di necessità comunicare con : _____

Provenienza: Ospedale per Acuti ☐ U. O. _____ ricoverato dal _____

Casa ☐ Altro ☐ _____

Medico di riferimento: Dr / Dr.ssa _____ Tel. _____

Tipologia del danno: _____

data _____

Intervento chirurgico SI ☐ NO ☐ _____ data _____

Complicanze _____

Condizioni morbose concomitanti _____

Condizioni fisiologiche: stabilizzate SI ☐ NO ☐ Necessità di monitoraggio continuo SI ☐ NO ☐

Diabete SI ☐ NO ☐ : controllato SI ☐ NO ☐ Terapia insulinica SI ☐ NO ☐ Antidiabetici orali SI ☐ NO ☐

Cardiopatie SI ☐ NO ☐ : _____ in attuale compenso SI ☐ NO ☐

Referto ultimo ECG _____

Ossigenoterapia in atto SI ☐ NO ☐ l/min _____ Emogasanalisi del _____ SaO₂ _____ PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____

Referto ultimo Rx Torace: _____

Presenza di decubiti: SI ☐ NO ☐ Sede _____

Altro: _____

Terapia Farmacologica in atto: _____

Firma del medico U. O. / curante _____

Data ____/____/____

(compilazione a cura dell'U.O. ospedaliera di Medicina Riabilitativa e/o di Area Medica)

Cognome _____ Nome _____ nato/a il ____/____/____/

Diagnosi riabilitativa: _____

Condizioni generali: buone ☐ discrete ☐ scadenti ☐

Stato della coscienza: è ☐ è stato ☐ in coma - vigile ☐ obnubilato ☐ confuso ☐ - Collabora: SI ☐ NO ☐

Disturbi comportamentali: Aggressività SI ☐ NO ☐ - Depressione SI ☐ NO ☐

Orientamento Spaziale SI ☐ NO ☐ Orientamento Temporale SI ☐ NO ☐

Memoria a breve termine SI ☐ NO ☐ Memoria a lungo termine SI ☐ NO ☐ Demenza SI ☐ NO ☐

Comunicazione verbale: SI ☐ NO ☐ Comunicazione gestuale: SI ☐ NO ☐

Deficit neuropsicologici e del linguaggio: SI ☐ NO ☐ afasia ☐ disartria ☐ aprassia ☐

Deficit Sensoriali: Visivi SI ☐ NO ☐ - Uditivi SI ☐ NO ☐

Alimentazione: per os ☐ enterale ☐ parenterale _____

Difficoltà respiratorie SI ☐ NO ☐

Tracheostomia in atto SI ☐ NO ☐ Respiro autonomo SI ☐ NO ☐

Controllo sfinterico: Vescica SI ☐ NO ☐ - Ano SI ☐ NO ☐ - Uso di dispositivi SI ☐ NO ☐

Quale? _____

Allettato SI ☐ NO ☐ - Mantiene la posizione seduta SI ☐ NO ☐ - Mantiene la stazione eretta SI ☐ NO ☐

Controindicazioni al carico SI ☐ NO ☐ - Deambulazione SI ☐ NO ☐ - Uso di carrozzina SI ☐ NO ☐

Uso di ausili per la deambulazione SI ☐ NO ☐

ADL: Mangia da solo SI ☐ NO ☐ - Si veste da solo SI ☐ NO ☐ - Si lava da solo SI ☐ NO ☐

Modificabilità Elevata ☐ Basso ☐ Carico assistenziale: Elevato ☐ Basso ☐

Paziente eleggibile per il seguente percorso Post-Acuzia:

- ☐ Cod.75
- ☐ Cod.28
- ☐ Cod. 56
- ☐ Cod. 60 Lungodegenza Riabilitativa
- ☐ Cod. 60 Lungodegenza Medica
- ☐ Cod. 60 Lungodegenza Alta Intensità di Cura
- ☐ RSA

Medico proponente: Dr / Dr.ssa _____

Struttura sanitaria di appartenenza _____

Telef. _____

Firma del medico proponente _____

Data ____/____/____

**Allegato 2 – Percorso riabilitativo
Post acuzie – Relazione Riabilitativa
per il Medico di Medicina Generale**

Al Dr. Medico di Medicina Generale

Oggetto: Percorso riabilitativo post acuzia

Sig./Sig.ra ricoverato/a presso l'U.O. di
..... di questa Azienda, per

Quadro funzionale (menomazione e disabilità) :

Obiettivi riabilitativi a breve termine:

Si consiglia, alla dimissione, prosieguo del trattamento riabilitativo in regime di:

☐ DAY HOSPITAL cod. 56

☐ **PRESIDIO DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI** (DM 22/7/96 e s. m. l.)

N° sedute	Codice	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE		Sede
		Prestazione		
	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA		
	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE		
	93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA		
	93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE		
	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO		
	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI. seduta individuale		
	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI. seduta collettiva		
	93.19.1	ESERCIZI POSTURALI-PROPRIOCETTIVI seduta individuale		
	93.19.2	ESERCIZI POSTURALI-PROPRIOCETTIVI seduta collettiva		
	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO		
	93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI		
	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA		
	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO		
	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Diadinnamica		
	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transcutanea (Tens, alto voltaggio)		
	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO.		
	93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI		
	93.39.8	MAGNETOTERAPIA.		
	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA.		
	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Terapia delle attività della vita quotidiana. seduta individuale		
	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA.		

Altro

☐ **CENTRO DI RIABILITAZIONE:** Aree di obiettivi riabilitativi: ☐ Area Funzioni Vitali di Base ☐ Area Funzioni Sensomotorie
☐ Area Mobilità-Trasferimenti ☐ Area Competenze Comunicative Relazionali ☐ Area Competenze Cognitivo Comportamentali
☐ Area Autonomia Cura della Persona ☐ Area Riadattamento e Reinserimento Sociale

Si consiglia, inoltre, attivazione: ☐ del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata - ☐ dei servizi sociali
per i seguenti motivi:

☐ Controllo fisiatrico al termine del trattamento presso il nostro ambulatorio previa prenotazione al n° 0971-612494 con impegnativa di visita fisiatrica

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 10/08/2010
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ☐

L'IMPIEGATO ADDETTO

Concetta Lito

