



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14

Alberobello-Castellana Grotte- Locorotondo-Noci-Putignano

Direzione

70017 – Putignano - via De Cataldo, 1 - Tel. 080/4050537 -544 - fax 080/4050501 - mail: segreteria.dss14@asl.bari.it

Prot. n. 279979 /D.S.S. N.14

Putignano,

- 4 DIC. 2017

OGGETTO : Percorsi e Procedure di riabilitazione adottate nel DSS14.

Ai Dirigenti Fisiatri DSS14
Dott. Roberto NATILE
Dott. Pasquale PACIULLO
e loro tramite al personale tutto assegnato al
Servizio Riabilitazione DSS14

Allo Specialista Convenzionato Interno
Branca di Fisiatria Dott. Vincenzo PLANTONE

Alla coordinatrice Fisioterapista DSS13/DSS14
Dott.ssa Maria NICASSIO

Al Coordinatore Fisioterapista
incaricato gestione flussi distretti n. 11/12/13/14
Dott. Francesco SAVINO

E, p.c. Al Direttore Sanitario ASL BA
Al Dirigente URP ASL BA
Ai Dirigenti Medici Responsabili
- U.O. Assistenza Specialistica DSS14
- U.O. Assistenza Sanitaria di Base DSS14
Alla UDMG DSS14
Alla UDPLS DSS14

Con la presente si comunica la adozione del documento **“PERCORSI E PROCEDURE DI RIABILITAZIONE ADOTTATE NEL DSS14”**(versione 15/11/2017) redatto con la volontà condivisa di rendere chiare ed efficienti le procedure assistenziali di riabilitazione e in linea con le normative vigenti.

Il documento risulta completo sia di riferimenti normativi aggiornati, sia della modulistica utilizzata per le esigenze specifiche.

E' fatto obbligo a tutto il personale assegnato al Servizio di Riabilitazione distrettuale e comunque coinvolto, operare nel rispetto dei percorsi e delle procedure adottate; i dirigenti sono responsabilizzati nel verificare la puntuale osservanza a quanto stabilito, a valere come disposizione organizzativa, nonché a segnalare alla scrivente Direzione ogni situazione di non conformità :

Il documento viene inviato per doverosa conoscenza al Direttore Sanitario ASL BA per valutazioni in ordine alla informazione da rivolgere ad altre strutture aziendali cointeressate ai medesimi percorsi, in particolare alla NPIA.

Il documento viene inviato altresì al Dirigente Responsabile URP per pubblicazione sul Sito Aziendale nelle pagine dedicate al Distretto ed alla Riabilitazione Territoriale.

Distinti saluti.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
IL DIRETTORE
Dott. Vincenzo Gigantelli



PERCORSI E PROCEDURE DI RIABILITAZIONE ADOTTATE NEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 14 di Putignano

Direttore Dott. Vincenzo Gigantelli

15/11/2017

ASL BA – DSS14 Putignano

Gruppo di lavoro: Natile R., Paciullo P., Savino F., Nicassio M., Veccaro L.

Sommario

PRESENTAZIONE.....	4
LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA IN RIABILITAZIONE: MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI.....	5
ASPETTI NORMATIVI E OPERATIVI DI RIFERIMENTO	6
PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI RICOVERATI PRESSO P.O. PUTIGNANO.....	8
ISTANZE PER IL NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA (ART.4 RR12/2015)	8
RICHIESTE DI PROROGHE RICOVERI IN REGIME RESIDENZIALE EX ART. 26 IN STRUTTURE EXTRA- OSPEDALIERE (ART.4 RR12/2015).....	8
PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI AMBULATORIALI EX ART. 25.....	9
PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI AMBULATORIALI EX ART. 26.....	10
PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI DOMICILIARI EX ART. 26 (RR 20/2011).....	12
TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE	13
RIFERIMENTI NORMATIVI	14
ALLEGATI.....	20
Allegato n. 1 Modello Assistenza Residenziale Riabilitativa Estensiva (Art.4 Rr12/2015).....	20
Allegato n. 2 Modello Assistenza Residenziale Riabilitativa Estensiva (Art.4 Rr12/2015).....	20
Allegato n. 3 Scheda di sospensione o rinuncia al trattamento	20
Allegato n. 4 Scheda di Presenza Giornaliera del Paziente ex art. 25.....	20
Allegato n. 5 Modello P. R. I. (Progetto Riabilitativo Individuale) ex art. 26 Ambulatoriale	20
Allegato n. 6 Modulo Consenso Informato al Trattamento Dati Sanitari.....	20
Allegato n. 7 Modulo Consenso Informato al Trattamento Fisioterapico	20
Allegato n. 8 Modello Richiesta d’accesso al Servizio Trasporto Disabili	20
Allegato n. 9 Modello Attestazione avvenuto Trasporto Disabili	20
Allegato n. 10 Griglie mensili Fisioterapisti.....	20
Allegato n. 11 Modello P. R. I. (Progetto Riabilitativo Individuale) ex art. 26 Domiciliare	20
Allegato n. 12 Assistenza Riabilitativa Domiciliare – elenco strutture private accreditate.....	20
Allegato n. 13 Ordine di Servizio Trattamento Riabilitativo Domiciliare	20
Allegato n. 14 Foglio Rilevazione Presenze Trattamento Domiciliare	20
Allegato n. 15 Informativa su interruzione programma riabilitativo.....	20

PRESENTAZIONE

Il presente lavoro nasce dalla condivisa esigenza di rendere chiare ed efficienti le procedure assistenziali di riabilitazione rivolte all'utenza distrettuale, oltre che di offrire a tutti gli operatori e utenti una visione completa e documentale del percorso in cui sono stati inseriti.

Il documento risulta completo di riferimenti normativi aggiornati e di modulistica utilizzata per le esigenze specifiche.

I Dirigenti, i Coordinatori e gli Operatori addetti agli uffici ed ai Centri e Presidi sono chiamati ad operare in coerenza con quanto definito concordemente ed a suggerire eventuali integrazioni o aggiornamenti al documento.

*Il Direttore DSS14
Dott. Vincenzo GIGANTELLI*

Si ringraziano per la collaborazione offerta nella redazione del presente lavoro:

*Dott. NATILE Roberto
Dott. PACIULLO Pasquale
Dott. SAVINO Francesco
Dott.ssa NICASSIO Maria
Dott.ssa VECCARO Lucia*

LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA IN RIABILITAZIONE: MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

La Riabilitazione, storicamente considerata il terzo elemento del percorso sanitario insieme alla prevenzione e alla terapia, per sviluppare al meglio le potenzialità di salute della Persona in una presa in carico globale e unitaria, ha mostrato di doversi integrare con le altre due componenti per la valorizzazione dell'attività fisica e motoria, cognitiva e motivazionale, nella tempestività della presa in cura fin dalla fase acuta, nell'integrazione tra le cure finalizzate al recupero dell'autonomia.

Negli ultimi anni la Riabilitazione si è sempre più posta l'obiettivo di trattare la Persona con le sue possibilità e potenzialità di partecipazione rispetto al danno d'organo che ne ha determinato la limitazione.

Indipendentemente dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, lo scopo della riabilitazione risiede nell'individuare una modalità appropriata di intervento nei diversi e specifici settings e in relazione alla multimorbilità.

Alla persona con disabilità ricoverata in acuzie deve poter essere offerto un **percorso riabilitativo unico integrato** con i diversi settings terapeutici della rete riabilitativa.

Questo principio si realizza con la **"presa in carico dell'utente"** e l'erogazione degli interventi sulla base di programmi riabilitativi definiti all'interno di uno specifico strumento sintetico e organico specifico per ciascuna Persona, il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**.

Il PRI, utilizzando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (International Classification of Function, ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso, quando possibile, con il paziente, la famiglia e i caregivers; definisce le caratteristiche di congruità e appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti. Il processo decisionale del medico specialista in riabilitazione (Responsabile clinico del paziente) nella definizione del PRI deve tenere conto della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile adesione al programma.

Il medico responsabile garantisce, anche attraverso il coinvolgimento del team di professionisti, un flusso costante di informazioni a tutte le persone coinvolte nelle attività del PRI: al paziente, alla famiglia, ai caregivers, al Medico di Medicina Generale e al Pediatra di Libera Scelta.

ASPETTI NORMATIVI E OPERATIVI DI RIFERIMENTO

Definizione

Tenuto conto della multifattorialità delle cause responsabili della perdita di autonomia dell'individuo, *la riabilitazione può essere definita come un processo che fornisce appropriati servizi per i bisogni della persona disabile in maniera coordinata e all'interno di un programma, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive.*

Nell'ambito del processo riabilitativo, come da **Linee Guida del Ministero della Salute**¹, si distinguono:

- **attività sanitarie di riabilitazione:** sono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazione a minimizzare la sua disabilità o a prevenire complicanze secondarie e terziarie;
- **attività di riabilitazione sociale:** riguardano le azioni finalizzate a garantire al soggetto disabile la piena partecipazione alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dall'età e dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di svantaggio sociale.

La riabilitazione adotta attualmente il nuovo modello di classificazione della ICF – International Classification of Functions² nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatore dell'ambiente.

La struttura organizzativa adeguata trova il suo riferimento in un «*modello di percorso integrato e continuativo, sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale*» in grado di accogliere e accompagnare la persona e la famiglia lungo tutto l'itinerario terapeutico riabilitativo e assistenziale.

Nella maggior parte delle condizioni morbose la riabilitazione deve quindi cominciare già in fase acuta e deve essere posta molta enfasi sul concetto di assistenza riabilitativa, necessaria per prevenire le complicazioni e le limitazioni al recupero che - per esempio - un'inadeguata attenzione assistenziale potrebbe generare.

Il modello proposto fa riferimento a un sistema di gestione della disabilità integrato a rete all'interno di percorsi assistenziali definiti per realizzare un governo integrato del sistema che consenta:

- omogeneità organizzativa e applicativa nel rispetto di un'offerta complessiva e organica rispetto ai bisogni dei cittadini.
- omogeneità dei parametri di analisi e di verifica allo scopo di poter effettuare un'organica programmazione delle risorse necessarie (finanziarie e organizzative) per il sistema riabilitazione e parimenti effettuare una congrua allocazione di tali risorse;
- definizione di percorsi riabilitativi con indicatori condivisi che precisino i criteri di accesso e la gestione dell'interfaccia sia nel passaggio tra i diversi livelli di attività riabilitativa, sia fra gli altri nodi della rete, compreso il sistema socio-assistenziale, predisponendo sistemi informativi disponibili per l'utenza.

¹ L. G. del 07/05/1998 (G. U. n. 124 del 30/05/1998) e successivo «*Piano d'indirizzo per la riabilitazione*». (GU Serie Generale n.50 del 02-03-2011 - Suppl. Ordinario n. 60) ACCORDO CSR del 10 febbraio 2011 (vedasi sezione Riferimenti normativi)

² reperibile sul sito www.who.int/classification/icf

Il piano Regionale di salute della Regione Puglia adottato con LR n. 23 del 19 settembre 2008 prevede che *“Il sistema sanitario pugliese, per realizzare una efficace ed efficiente integrazione socio sanitaria, deve individuare soluzioni organizzative, rimodulazioni ed interventi capaci di soddisfare i nuovi e più articolati bisogni di assistenza della popolazione della nostra regione, in una ottica di costante attenzione alla qualità delle prestazioni erogate e alla continuità delle cure”*. Per quanto attiene la assistenza riabilitativa è essenziale che il percorso assistenziale garantisca l'insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate, in relazione alla complessità del quadro clinico nel setting assistenziale idoneo ad assicurare interventi mirati al miglior recupero della disabilità.

La Regione Puglia con **R.R. 4 marzo 2013, n. 6** *“Regolamento regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione”*³ ha adottato un modello di riferimento che pone al centro del sistema la persona con disabilità e la sua famiglia quali attori del progetto assistenziale, utilizzando *“Percorsi Assistenziali integrati attraverso lo strumento del Progetto Riabilitativo Individuale come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile. Il modello è quello della presa in carico della persona nel suo complesso attraverso percorsi diagnostico-terapeutici che ne assicurano la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando ridondanze e sovrapposizioni”*.

Con la delibera del D.G. n° 457 del 9/3/2015 si riconduce, in via transitoria e sino alla ricostruzione di un nuovo Dipartimento funzionale di riabilitazione, il livello di assistenza riabilitativa nell'ambito dei Distretti Socio Sanitari, così come previsto dall'art.14 della L.R. N°25 del 3 agosto 2006 e dal R.R. N° 6/2011.

Tanto premesso , considerata la particolare complessità dei livelli di assistenza da garantire , si rende opportuno adottare procedure uniformi di presa in carico riabilitativa dei pazienti in tutto l'ambito distrettuale, anche in considerazione dell'intervenuta riorganizzazione del servizio riabilitativo ospedaliero verso la più completa competenza distrettuale.

³ R.R. 4 marzo 2013, n. 6 (BURP n. 38 suppl. del 12-03-2013)

PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI RICOVERATI PRESSO P.O. PUTIGNANO

All'interno del P.O. "S. Maria degli Angeli" di Putignano, non è attivo un Ambulatorio dedicato alla Riabilitazione, pertanto la attività riabilitativa territoriale afferisce per intero alla UO Riabilitazione Distrettuale.

Dimissioni

- I Medici dell'unità Operativa ospedaliera per acuti, al momento della dimissione programmata del paziente, provvedono a prescrivere, se ritenuto appropriato, ricovero in Struttura Riabilitativa Intensiva o Estensiva, secondo le indicazioni degli art. 3 e 4 del R.R. 12/2015⁴.

ISTANZE PER IL NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA (ART.4 RR12/2015)

- Su richiesta-proposta del MMG o del PLS pervengono presso il CUP, richiesta – proposta di visita per eventuale ricovero in regime residenziale riabilitativo estensivo (Comma 4 Art. 4 RR 12/2015).
- Il Medico assegnato al Servizio per competenza territoriale (ASL/ Distretto/ Comune ove risiede il paziente), esegue la visita ed acquisisce la documentazione relativa; ove indicato, secondo i principi di appropriatezza se lo ritiene opportuno indica l'eventuale ricovero (oppure il setting riabilitativo alternativo);
- Si rilascia preventiva autorizzazione su apposita modulistica, il modulo autorizzativo utilizzato c/o il DSS 14 è un modulo a firma congiunta con il Direttore del Distretto.⁵
Copia delle suddette certificazioni viene posta agli atti c/o il DSS per eventuali successivi adempimenti.

Sospensione e/o rinuncia al trattamento

- I trattamenti possono essere sospesi per varie ragioni
- Il paziente può rinunciare al trattamento
- In detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento⁶.

RICHIESTE DI PROROGHE RICOVERI IN REGIME RESIDENZIALE EX ART. 26 IN STRUTTURE EXTRA-OSPEDALIERE (ART.4 RR12/2015)

Trattamenti di minori

- Per i trattamenti di presa in carico dei minori si rinvia alla competenza dell'NPIA, mentre per alcuni casi specifici in cui è prevalente l'aspetto motorio ed è richiesto un trattamento di KT, si procede come per gli adulti con gli opportuni adattamenti.
- Si rinvia la definizione più puntuale a protocolli di intesa da sottoscrivere con il DSM – NPIA Asl BA⁷.

⁴ R.R. 12/2015 (BURP n. 56 suppl. del 22/04/2015) vedasi sezione Riferimenti normativi

⁵ Allegato n. 1 e n. 2 (Sezione allegati)

⁶ Allegato n. 3 (Sezione allegati)

⁷ Come previsto dalla DGR n. 1721 del 07/08/2012 e successiva D. G. Asl Ba n. 391 del 17/03/2015.

PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI AMBULATORIALI EX ART. 25

Accesso al Servizio

- Il MMG/ PLS rilascia al paziente richiesta di Visita Specialistica Fisiatrica, che **viene prenotata al CUP** tramite apposite agende di lavoro degli specialisti Fisiatri assegnati al territorio di competenza.

Consulenza Specialistica

- I Fisiatri eseguono le Visite Specialistiche nel rispetto delle prenotazioni CUP e prescrivono un **Piano Terapeutico Riabilitativo (P.T.R.)**.
- Vengono visitati in modalità "breve", al di fuori delle liste di prenotazione, i pazienti post-chirurgici e post-traumatici che ne fanno richiesta direttamente al Servizio per agevolare la presa in carico nel rispetto dei codici di priorità. **La visita, ancorché non prenotata, va in ogni caso registrata al CUP.**

Fisioterapia

- I pazienti vengono presi in carico dai fisioterapisti in base ad una **lista d'attesa interna**, per cicli di 10 sedute che vengono eseguiti su 5 gg. a settimana, o con altro diverso programma consigliato dallo specialista.
- La segreteria del servizio o il personale preposto presso l'ambulatorio predispone per ogni paziente una cartella/fascicolo comprendente i dati anagrafici, sanitari, copia del PTR, il Consenso Informato ed una scheda di presenza che il paziente firma giornalmente.⁸

Prestazioni Erogate

- Il fisiatra affida la presa in carico del paziente ai fisioterapisti, ed il lavoro di questi ultimi è organizzato dal coordinatore o dal fisioterapista referente.
- La segreteria collabora nella gestione delle lista d'attesa e fornisce il supporto necessario per la verifica dei pazienti in carico; controlla la corretta imputazione delle prestazioni erogate secondo i codici in uso per i trattamenti ambulatoriali ex art. 25.
- Con il sistema CUP APS si effettua la registrazione a cura dell'ambulatorio.

Dimissioni/ Proroghe

- Alla fine del ciclo di trattamento riabilitativo il paziente viene dimesso o, dopo valutazione clinica, viene prescritta una proroga per un ulteriore ciclo ove ritenuto necessario.

Sospensione e/o rinuncia al trattamento

- I trattamenti possono essere sospesi per varie ragioni
- Il paziente può rinunciare al trattamento
- In detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento.

⁸ Allegato n. 4 (Sezione allegati)

PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI AMBULATORIALI EX ART. 26

I Presidi Territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste del DSS14 sono presenti nei Comuni di Alberobello, Castellana Grotte, Noci e Putignano. In detti Presidi vengono erogate prestazioni finalizzate al recupero funzionale e/o al completamento del processo di recupero e/o mantenimento-prevenzione della progressione della disabilità dipendente da qualunque causa.

Accesso al Servizio

- Il **MMG/PLS** prescrive visita specialistica Fisiatrica al paziente finalizzata al trattamento riabilitativo o finalizzata a prescrizioni di ausili e presidi che potrà prenotare al CUP (con la specifica di v. fisiatrica ambulatoriale per trattamento riabilitativo sec. Ex art. 26 legge 833/78 o per prescrizione ausili/presidi).

Visita Specialistica

- Il Medico Specialista incaricato (Fisiatra) per il Presidio di Riabilitazione Territoriale visita il paziente, procede all'apertura di un fascicolo all'interno del quale sono inseriti i dati, allega i referti, gli esami clinici e gli eventuali ricoveri effettuati; inoltre compila il modulo prestampato con il **Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.)⁹** del paziente che prevede la tipologia di trattamento e l'intensità e durata dello stesso.
- Il P.R.I. redatto dal medico specialista viene consegnato all'Uff. VSM, che provvede agli adempimenti successivi;
- Il P.R.I. del paziente preso in carico dal Servizio Territoriale validato dal Responsabile dello stesso viene registrato sulla piattaforma Edotto;
- La suddetta registrazione, in fase di avvio viene effettuata dal personale preposto presso l'ufficio VSM, in attesa che tutti i Servizi Territoriali vengono abilitati ad effettuare autonomamente la stessa registrazione.
- A regime la registrazione avverrà presso la sede di erogazione a cura del medico referente del Servizio Territoriale che inserirà i dati del paziente, la patologia, la modalità del trattamento e data presumibile di avvio del trattamento. Sarà cura dei fisioterapisti registrare le sedute mensili effettuate dai pazienti.

Fisioterapia

- I pazienti vengono presi in carico in base ad una **lista d'attesa interna** gestita in segreteria; viene allegata al fascicolo una modulistica comprendente il Consenso Informato¹⁰, la attestazione di avvenuto trasporto¹¹ a cura della Ditta Autorizzata ed assegnati al/alla fisioterapista. Sarà cura degli stessi compilare le griglie mensili¹², già predisposte, delle sedute effettuate dai pazienti.
- I dati, così raccolti, verranno consegnati al Coordinatore che provvederà a girarli al settore amministrativo preposto.

⁹ Allegato n. 5 (Sezione allegati)

¹⁰ Allegato n. 6 e n. 7 (Sezione allegati)

¹¹ Allegato n. 8 e n. 9 (Sezione allegati)

¹² Allegato n. 10 (Sezione allegati)

Sospensione e/o rinuncia al trattamento

- Nel caso il paziente, per motivazioni non documentate faccia **meno di tre assenze, tali sedute potranno essere recuperate;**
- Nel caso il paziente, per motivazioni non documentate, faccia più di **tre assenze, tali sedute non potranno essere recuperate;**
- Nel caso il paziente, per motivazioni documentate (es. malattia, ricoveri, ecc.), sia costretto ad assentarsi **per più di dieci sedute, si provvederà a dimettere il paziente allegando in cartella copia della documentazione giustificativa,** onde poter prendere in carico pazienti in lista di attesa;
- Sarà cura del terapeuta, **in occasione del primo accesso,** informare correttamente il paziente di quanto subito sopra citato, utilizzando una apposita scheda su cui andrà apposta la firma del paziente/parente per accettazione;
- Il paziente può rinunciare al trattamento;
- In detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento.

Dimissioni e proroghe

- Alla fine del ciclo di trattamento riabilitativo, il paziente viene dimesso o , dopo valutazione clinica, viene prescritta proroga per ulteriore ciclo.

PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PAZIENTI DOMICILIARI EX ART. 26 (RR 20/2011)

La Regione Puglia ha regolamentato con R.R. n. 16 del 4 novembre 2010 e successivo RR n. 20 del 4 agosto 2011, (di seguito indicato come R.R.), le procedure per l'attivazione della riabilitazione domiciliare ex art. 26 della L. 833/78.

- Con nota prot. 220408/1 del 28/12/2010 la Direzione Generale della ASL BA ha invitato i Direttori di Distretto a porre in essere le indicazioni previste dal citato Regolamento Regionale.

Accesso al Servizio

- Le istanze di visita fisiatrica a domicilio (per i pazienti impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori) sia quelle redatte dai MMG sia quelle riferite alle dimissioni protette da strutture pubbliche o accreditate con il SSN **afferiscono presso l'ufficio VSM** ubicato presso il 1° piano del DSS N.14 tel.080/ 4050504 fax : 080/4050514 mail: vsm.dss14@asl.bari.it.
- La richiesta di visita fisiatrica viene registrata su un apposito registro con numero di protocollo interno , data di registrazione e nome del medico che effettua la visita.
- Successivamente si procede all'apertura di una cartella all'interno della quale vengono inseriti i dati anagrafici, si allegano i referti , gli esami clinici e gli eventuali ricoveri effettuati. La cartella viene consegnata allo specialista per completare l'iter riabilitativo.
- in caso di "*dimissione protetta*" il Dirigente Medico Referente (se non ritiene utile ulteriore visita, nel rispetto comunque dei tempi previsti dal regolamento) avvia il PRIMO CICLO RIABILITATIVO, così come prescritto nel P.R.I. (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) da parte degli specialisti dei reparti di dimissione o delle strutture accreditate;
- le richieste di "*proroghe di fine ciclo riabilitativo domiciliare in regime di convenzione* " e le richieste di "*proroghe di trattamento in regime residenziale extra-ospedaliero ex art. 26*" pervengono all'Uff. VSM del DSS14 dove sarà istruito un fascicolo relativo ad ogni paziente per poi essere affidate dal Referente della Riabilitazione ai colleghi specialisti per la visita di competenza.

Visita Fisiatrica Domiciliare

- Lo specialista incaricato delle visite, effettua le stesse secondo l'ordine cronologico di prenotazione, ordine che deve tener conto delle priorità e delle urgenze;
- Lo Specialista ,che visita i pazienti, valuterà:
 - il possesso dei requisiti previsti dall'art. 2 del RR 20/2011;
 - la tipologia di disabilità di cui all'art. 3 del medesimo RR;
 - la necessità (SI/NO) di trattamento riabilitativo domiciliare
 - in caso negativo (NO) lo specialista provvederà a indicare la alternativa assistenziale individuata ovvero a specificare le ragioni che rendono non attuabile il trattamento domiciliare.
 - in caso positivo, nel corso del medesimo accesso, se appropriato, redige il **Progetto Riabilitativo Individuale** (PRI) su apposita modulistica¹³ indicando: numero dei cicli, frequenza settimanale e tipologia di intervento; acquisisce il consenso informato, e/o prescrive e collauda ausili e protesi.

¹³ Allegato n. 11 (Sezione allegati)

- La cartella domiciliare con il PRI viene consegnata all'Uff. VSM dove il Dirigente Responsabile, o il suo sostituto, valuta la disponibilità al trattamento riabilitativo all'interno del Servizio Distrettuale e lo autorizza; in caso contrario autorizza il piano verso il privato accreditato.
- **Il PRI, autorizzato per il privato accreditato, viene consegnato ai familiari a cura dello specialista o della segreteria, congiuntamente all'elenco delle strutture private accreditate.**¹⁴
- I PRI dei pazienti presi in carico dal servizio territoriale, saranno registrati in EDOTTO dagli operatori preposti dell'Uff. VSM fino a quando i Servizi Territoriali di Riabilitazione saranno in grado di svolgere tale compito in autonomia.
- L'ufficio VSM si raccorda con i referenti degli ambulatori dei Servizi Territoriali di Riabilitazione per comunicazioni, trasmissioni (tramite posta interna) di relazioni e/o PRI di alta complessità riabilitativa e socio-sanitaria e dati, con i MMG per comunicazioni inerenti il proprio assistito.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE

- Il terapeuta effettua il trattamento riabilitativo domiciliare secondo le indicazioni e nel rispetto del PRI (previo ordine di servizio del dirigente medico responsabile)¹⁵;
- A domicilio, il paziente/parente provvederà alla registrazione dell'accesso firmando il modulo di presenza¹⁶, controfirmato dagli operatori impegnati e che sarà rendicontato e consegnato al Servizio Territoriale competente.
- Nel caso il paziente, durante il trattamento, non sia più in condizioni cliniche stabilizzate per riacutizzazioni delle patologie croniche di base (**malattie intercorrenti**) o non sia presente al domicilio perché **ricoverato**, si provvederà a **dimettere** lo stesso, allegando in cartella copia documentazione giustificativa, onde poter prendere in carico altri pazienti in lista di attesa.
- Sarà cura del terapeuta, **in occasione del primo accesso, informare correttamente** il paziente di quanto sopra citato, utilizzando una apposita scheda che sarà controfirmata dallo stesso (o dal parente) per accettazione¹⁷;
- Il paziente può rinunciare al trattamento; in detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento.

Dimissioni e proroghe

Al termine del PRI, il paziente viene dimesso o rivalutato per eventuale proroga al trattamento.

¹⁴ Allegato n. 12 (Sezione allegati)

¹⁵ Allegato n. 13 (Sezione allegati)

¹⁶ Allegato n. 14 (Sezione allegati)

¹⁷ Allegato n. 15 (Sezione allegati)

RIFERIMENTI NORMATIVI

TESTO UNIFICATO (Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 125 del 10-08-2011)

Regolamento Regionale dell' Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78 – n. 20 del 10.02.2011.

Art. 1 Finalità

La riabilitazione domiciliare si pone l'obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e di creare una rete che sia efficace ed adeguata alle esigenze della popolazione. Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi direttamente a domicilio o rappresentare una fase transitoria in cui vengono attivate tutte le azioni che permettano di continuare il trattamento in ambulatorio. Tale modello di assistenza consente al paziente di rimanere a casa, nel proprio ambito familiare e relazionale, potendo ugualmente usufruire dell'assistenza di cui ha bisogno per migliorare il decorso riabilitativo.

Art. 2 Soggetti che possono accedere alla riabilitazione domiciliare

Possono accedere alla riabilitazione domiciliare i cittadini che presentano contemporaneamente le seguenti caratteristiche:

- a) Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere o mantenere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito di vita;
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- c) Idonee condizioni abitative;
- d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia.

Art. 3 Tipologie delle disabilità

Le disabilità trattate nei soggetti con le caratteristiche citate nell'articolo precedente sono le seguenti:

- a) Pazienti con patologie di anca, femore e ginocchio trattati chirurgicamente che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- b) Pazienti con esiti di ictus cerebrale e residuale emiparesi nelle fasi di immediata post acuzie e nei casi con gravi esiti invalidanti;
- c) Pazienti affetti da gravi patologie di apparato e politraumatizzati che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- d) Pazienti affetti da malattie degenerative progressive del sistema nervoso centrale e periferico, neuromuscolari in fase di avanzata

evoluzione che non possono essere trattati in ambulatorio;

e) Pazienti affetti da mielolesioni e cerebrolesioni genetiche e acquisite;

f) Pazienti in coma vegetativo e stato di minima coscienza.

Art. 4 Obiettivi

La riabilitazione domiciliare ha l'obiettivo:

- di permettere il completamento del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- di evitare i ricoveri e i trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati;
- di fare in modo che il paziente, soprattutto il soggetto fragile, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo ugualmente dell'assistenza di cui ha bisogno.

Art. 5 Organizzazione

La riabilitazione domiciliare fa capo al sistema organizzativo dei Distretti Socio-Sanitari (DSS) e si integra nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.

Le prestazioni di riabilitazione domiciliare sono effettuate dai presidi ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale delle ASL. Ove detti Servizi non siano in grado di sostenere il fabbisogno riabilitativo aziendale, le prestazioni di riabilitazione domiciliare possono essere effettuate, a seguito di accordo contrattuale, prioritariamente da strutture private di riabilitazione insistenti nel territorio aziendale, e successivamente da quelle insistenti nel territorio regionale, provvisoriamente ed istituzionalmente accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78, che si dotino di personale adeguato a tale attività previsto dal successivo art. 9, per l'autorizzazione e l'accreditamento in relazione ai requisiti organizzativi dei moduli dedicati all'erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari. L'accordo contrattuale definisce il volume e le tipologie dell'attività in relazione a quanto stabilito dalle disposizioni regionali.

Art. 6 Attivazione della presa in carico

La riabilitazione domiciliare viene richiesta:

- da unità operative ospedaliere per acuti e riabilitative, comprese quelle di lungodegenza, a seguito di dimissione protetta;
- da strutture residenziali territoriali (RSA e strutture di riabilitazione);
- dal MMG o dal PLS per insorgenza di patologie o condizioni che creano disabilità o peggiorano una disabilità preesistente.

L'attivazione del servizio di riabilitazione domiciliare richiede la segnalazione del caso al DSS di residenza del paziente, che avviene con le seguenti modalità:

- per i soggetti in dimissione dall'ospedale: l'équipe medica dell'unità operativa, direttamente o per il tramite della Direzione sanitaria,contatta il DSS di residenza del paziente per organizzare l'attivazione della riabilitazione domiciliare. Il programma riabilitativo deve essere redatto dall'équipe medica, allegato alla lettera di dimissione e inviato per fax al distretto 72 ore prima della dimissione in modo da consentire la presa in carico territoriale;

- per i soggetti in dimissione da strutture residenziali territoriali:

l'équipe medica, che ha in carico il paziente, contatta il DSS di residenza del paziente per organizzare l'attivazione della riabilitazione domiciliare.

Il programma riabilitativo deve essere redatto dall' équipe medica, allegato alla lettera di dimissione e inviato per fax al distretto 72 ore prima della dimissione, in modo da consentire la presa in carico territoriale;

- nel caso in cui la richiesta di riabilitazione domiciliare sia proposta dal MMG:

il MMG o il PLS deve inviare una richiesta di intervento riabilitativo al distretto socio-sanitario di residenza del paziente con l'indicazione della diagnosi per l'attivazione della valutazione sanitaria multidisciplinare.

Art. 7 Compiti del distretto di residenza

- Per l'erogazione delle prestazioni di cui al presente regolamento, il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare;

- In caso di dimissione protetta e di attivazione di riabilitazione domiciliare per paziente dimesso da struttura residenziale territoriale:

➤ il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare per la valutazione del caso, per i controlli periodici e per redigere, ove necessario,un nuovo programma riabilitativo ultimato il primo programma terapeutico;

- Nel caso di attivazione del MMG o del PLS:

➤ il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare per valutare il caso e redigere il programma riabilitativo, anche attraverso la riabilitazione domiciliare, entro 7 giorni dal ricevimento della richiesta. Il responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare invia il piano riabilitativo al DSS che organizza la presa in carico del paziente.

Art. 8 Modalità di attuazione del servizio

La riabilitazione domiciliare prevede le seguenti attività:

a) valutazione sanitaria multidisciplinare;

b) stesura del piano riabilitativo domiciliare da parte del responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare o presa d'atto del programma riabilitativo redatto dall' équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale riabilitativa territoriale;

c) esecuzione del programma riabilitativo: di norma il numero di accessi per le prestazioni di riabilitazione domiciliare non può superare i 24 accessi (1 ciclo), fatto salvo quanto specificato nel successivo punto d) del presente articolo;

d) per i pazienti di cui ai punti d), e), f) del precedente art. 3 che necessitano di vari cicli di riabilitazione domiciliare, il responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare, in fase di valutazione o di presa d'atto del programma riabilitativo redatto dall' équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale riabilitativa territoriale,autorizza il numero di cicli di prestazioni previsti dallo stesso;

e) programmazione, ove necessario, di un ulteriore ciclo riabilitativo, in particolare nei casi di cui ai punti a), b) e c) del precedente articolo 3;

f) alla fine del ciclo o dei cicli autorizzati, laddove non è possibile il trasferimento dal setting assistenziale domiciliare a quello ambulatoriale, la struttura che esegue il programma riabilitativo,al fine di evitare l'interruzione della cura, chiede al DSS la proroga entro i 7 giorni precedenti;

g) valutazione di fine cura da parte del responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare ovvero da parte del responsabile sanitario della struttura erogante;

h) programmazione, ove necessario, di altra tipologia di setting assistenziale nell'ambito del PAI.

In caso di valutazione effettuata a domicilio è indispensabile la presenza di almeno un familiare del paziente.

Custodita presso il domicilio del paziente a cura della struttura erogante, deve essere aperta la cartella clinica domiciliare dove registrare formalmente la descrizione degli aspetti clinici e gli accessi controfirmati dagli operatori impegnati nel piano. Al termine del ciclo di riabilitazione, il fisiatra effettua e descrive la valutazione degli esiti.

La struttura erogante consegna, a fine cura, la cartella clinica domiciliare al DSS e ne conserva una copia per l'archiviazione.

Art. 9 Requisiti organizzativi per l'erogazione di prestazioni di assistenza riabilitativa domiciliare

I presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale ed i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, pubblici e privati, di cui al comma 1lett. a) punto 1.2.1 dell'art.5 della legge regionale n.8/2004 e s.m.i., provvisoriamente e istituzionalmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78, fermo restando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal R.R. 3/05 e s.m.i., devono possedere i seguenti ulteriori requisiti organizzativi per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione domiciliare.

Per n. 25 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di:

- N. 1 Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o Medico con specializzazione affine per 13 ore settimanali (Profilo professionale Aiuto Dirigente del Contratto Nazionale AIOP – ARIS);
- N. 7 Fisioterapisti per 36 ore settimanali o in alternativa un numero di fisioterapisti tale da assicurare un equivalente monte orario settimanale con un minimo di 12 ore ciascuno, assunti a tempo indeterminato;

Per ogni 3 moduli di prestazioni di riabilitazione domiciliare (n. 75 prestazioni) deve essere garantita la presenza di n. 1 Logopedista per 36 ore settimanali assunto a tempo indeterminato. Pertanto, per n.75 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di:

- Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o Medico con specializzazione affine per 39 ore settimanali (Profilo professionale Aiuto Dirigente del Contratto Nazionale AIOP – ARIS);
- N. 20 Fisioterapisti per 36 ore settimanali assunti a tempo indeterminato;
- N. 1 Logopedista per 36 ore settimanali assunto a tempo indeterminato.

Se presso ogni struttura ambulatoriale o residenziale sono previsti meno di tre moduli di riabilitazione domiciliare deve comunque essere garantita la presenza di un logopedista per ciascun modulo per non meno di 12 ore settimanali. Il personale assunto per l'erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari, dipende funzionalmente dal Direttore Sanitario della struttura accreditata per tale attività.

Ogni prestazione domiciliare del Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o del Medico con specializzazione affine deve durare non meno di **20 minuti**.

Ogni prestazione riabilitativa domiciliare effettuata dal fisioterapista deve durare non meno di **45 minuti**.

Il numero annuo massimo delle prestazioni riabilitative domiciliari per una struttura che eroga 25 prestazioni giornaliere è il seguente:

25 prestaz. giornaliere x 312 giorni lavorativi annui (escluse le domeniche) = **7.800 prestazioni di riabilitazione domiciliare all'anno**.

Il Medico specialista in Medicina fisica e riabilitativa o il Medico con specializzazione affine deve garantire 13 accessi domiciliari a settimana per un numero massimo di 56 accessi mensili.

Tale standard di prestazioni è considerata soglia minima di efficienza per accedere al sistema di accreditamento. Qualora l'Azienda sanitaria locale in relazione al fabbisogno territoriale determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, debba contrattualizzare con la singola struttura un numero di prestazioni superiore alla soglia minima d'efficienza sopra richiamata, i requisiti organizzativi della struttura erogatrice devono essere proporzionalmente adeguati.

Al fine di garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo attraverso diversi setting assistenziali, così come previsto dalle linee guida ministeriali del 1998 prima e dal 2011 dal piano d'indirizzo per la riabilitazione, per le prestazioni domiciliari, essendo queste ultime una estensione di quelle residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali, le strutture di cui al primo capoverso del presente articolo presentano istanza al Direttore generale della ASL territorialmente competente autocertificando il possesso degli ulteriori requisiti organizzativi, come previsto dallo standard minimo del presente regolamento. Il Direttore Generale, prima dell'eventuale sottoscrizione dell'accordo contrattuale, provvederà all'accertamento di tali ulteriori requisiti organizzativi per il tramite del Dipartimento di Prevenzione, trasmettendo gli esiti della verifica al competente Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute per la ratifica dell'accreditamento delle attività di cui trattasi.

**REGOLAMENTO REGIONALE 16 aprile 2015, n. 12
(Burp n. 56 suppl. del 22.04.2015)**

Regolamento regionale "Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici"

Art. 3 Nucleo di assistenza residenziale riabilitativa intensiva

*Il nucleo ospita pazienti **adulti o minori** che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessità d'intervento riabilitativo intensivo secondo il modello previsto dal presente regolamento e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore. Il paziente deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo e presentare un basso rischio di instabilità clinica. In riferimento ai pazienti minori, il nucleo ospita pazienti con patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione.*

***Alla riabilitazione intensiva si accede:** 1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, di cui all'allegato A al presente regolamento, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente. 2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60. La prescrizione dei precedenti punti 1) e 2) deve essere firmata e timbrata dal dirigente medico che la rilascia sotto la propria personale responsabilità. La prescrizione deve espressamente indicare che "il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate,*

necessita di n. ____ gg di trattamento riabilitativo residenziale intensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare." Si può accedere alla riabilitazione intensiva territoriale se sussiste il bisogno riabilitativo intensivo e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessita di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera. La presa in carico del paziente deve essere comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, alla Unità Operativa territoriale del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa (DIP. MFeR) della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla Unità Operativa (U.O.) territoriale del DIP. MFeR di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe).

***La durata del trattamento** riabilitativo residenziale intensivo è pari ai valori soglia per la riabilitazione ospedaliera (disciplina cod. 56) (riabilitazione neurologica 60 giorni; riabilitazione ortopedica 40 giorni; 30 giorni tutti gli altri casi). Al termine del percorso di trattamento riabilitativo intensivo, persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato nel rispetto delle procedure previste negli specifici paragrafi del presente regolamento o di altri regolamenti regionali.*

***La richiesta di proroga** per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione intensiva deve essere preventivamente autorizzata, secondo le procedure che saranno definite con i soggetti interessati, dal DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Il DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la*

struttura erogante provvede, anche per il tramite delle proprie UU. OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e all'U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga. Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga. Decorso inutilmente i termini dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato. Il nucleo erogativo di assistenza residenziale intensiva per l'età adulta è costituito da 20 posti letto. Il nucleo erogativo di assistenza residenziale intensiva per l'età evolutiva è costituito da 10 posti letto.

Art. 4 Nucleo di assistenza residenziale riabilitativa estensiva

Il nucleo ospita pazienti adulti o minori con compromissione funzionale tale da richiedere un per- corso riabilitativo di recupero per paziente non gestibile al proprio domicilio né in ambulatorio per la necessità di assistenza e sorveglianza infermieristica h24. Il ricovero in tale nucleo è di durata limitata, può anche conseguire alla fase intensiva per il completamento del recupero funzionale. Al nucleo possono accedere pazienti con bisogno di recupero funzionale, qualora siano peggiorati i livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali, provenienti dall'ambulatorio specialistico o dal domicilio su specifica autorizzazione dell' U.O. territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione insistente nel DSS ove ha residenza il paziente. Il paziente è in grado di offrire partecipazione attiva al programma di riabilitazione estensiva. Il conseguimento degli obiettivi esplicitati nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) (oppure la constatazione per mezzo di valutazioni specialistiche e scale validate dell'impossibilità del loro raggiungimento) segna il termine di questo tipo di assistenza residenziale. Nel prosieguo, persistendo il bisogno di assistenza in regime residenziale, in assenza di margini di recupero funzionale, il paziente adulto sarà ospitato nel nucleo di mantenimento, se non

avviabile al ricovero di mantenimento in strutture sociosanitarie. Resta impregiudicata la possibilità della presa in carico del paziente nei setting assistenziali ambulatoriale e domiciliare. Si può accedere alla riabilitazione estensiva extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera. In riferimento ai pazienti minori, il nucleo ospita pazienti con patologie di pertinenza prevalente della medicina Fisica e Riabilitazione.

Alla riabilitazione estensiva si accede:

previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, di cui all'allegato A al presente regolamento, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente. 2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60. La prescrizione deve essere firmata e timbrata dal medico specialista che la rilascia sotto la propria personale responsabilità. La prescrizione dei precedenti punti 1) e 2) deve espressamente indicare che "il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. ____ gg di trattamento riabilitativo residenziale estensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare." La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Il DIP. MFeR potrà definire con i soggetti

interessati canali di comunicazione specifici al fine di semplificare e velocizzare le procedure. 3) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, su richiesta avanzata dalla struttura di riabilitazione intensiva territoriale ove, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, il paziente necessita di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di trattamento alla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Il DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta del trattamento ed a comunicarle, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di trattamento. 4) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS. La presa in carico del paziente deve essere comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente. In tutti i casi innanzi previsti, l'U.O. del DIP. MFeR di residenza comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico.

La durata del trattamento riabilitativo residenziale estensivo è fino a 60 giorni, salvo proroga.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione estensiva deve essere preventivamente autorizzata dall'U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente. 64 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 56 suppl. del 22-04-2015 Il DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e all'U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga. Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga. Decorsi inutilmente i termini dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato. Il nucleo erogativo di assistenza residenziale estensiva per l'età adulta è costituito da 20 posti letto. Il nucleo erogativo di assistenza residenziale estensiva per l'età evolutiva è costituito da 10 posti letto.

ALLEGATI

Allegato n. 1 Modello Assistenza Residenziale Riabilitativa Estensiva (Art.4 Rr12/2015)

Allegato n. 2 Modello Assistenza Residenziale Riabilitativa Estensiva (Art.4 Rr12/2015)

Allegato n. 3 Scheda di sospensione o rinuncia al trattamento

Allegato n. 4 Scheda di Presenza Giornaliera del Paziente ex art. 25

**Allegato n. 5 Modello P. R. I. (Progetto Riabilitativo Individuale) ex art. 26
Ambulatoriale**

Allegato n. 6 Modulo Consenso Informato al Trattamento Dati Sanitari

Allegato n. 7 Modulo Consenso Informato al Trattamento Fisioterapico

Allegato n. 8 Modello Richiesta d'accesso al Servizio Trasporto Disabili

Allegato n. 9 Modello Attestazione avvenuto Trasporto Disabili

Allegato n. 10 Griglie mensili Fisioterapisti

**Allegato n. 11 Modello P. R. I. (Progetto Riabilitativo Individuale) ex art. 26
Domiciliare**

**Allegato n. 12 Assistenza Riabilitativa Domiciliare - elenco strutture private
accreditate**

Allegato n. 13 Ordine di Servizio Trattamento Riabilitativo Domiciliare

Allegato n. 14 Foglio Rilevazione Presenze Trattamento Domiciliare

Allegato n. 15 Informativa su interruzione programma riabilitativo



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14

Alberobello-Castellana Grotte- Locorotondo-Noci-Putignano

70017 – Putignano - via De Cataldo, 1 - Tel. 080/4050537 - fax 080/4050501
Servizio di Riabilitazione Territoriale Strada La Russa 4 tel n. 080 4050252)

Prot. n.

/D.S.S. N.14

Putignano,

Oggetto: Autorizzazione trattamento riabilitativo ex art.26 in regime residenziale

Sig./Sig.ra _____

Spett. le Struttura
Giovanni Paolo II

Al Dirigente UVAR ASL BA
SEDE

In applicazione del R.R. n.12 del 16/04/2015, e della nota prot. n. 154443/I del 13/08/2015 della Direzione Strategica ASL BA, acquisita valutazione specialistica si autorizza il trattamento in regime residenziale di base dal _____ al _____.

Distinti saluti.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
IL DIRETTORE
Dott. Vincenzo GIGANTELLI



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14

Alberobello-Castellana Grotte-Locorotondo-Noci-Putignano

70017 - Putignano - via De Cataldo, 1 - Tel. 080/4050537 - fax 080/4050501

(Struttura inviante Riabilitazione DSS 14 strada La Russa 4 tel n. 080 4050252)

Prot. n.

/D.S.S. N.14

Putignano,

Al Direttore DSS ____

Sede

OGGETTO: valutazione paziente _____ residente a _____

Si fa seguito alla richiesta di proroga del fisiatra del Presidio di Riabilitazione Giovanni Paolo II per la paziente in oggetto residente presso il vs. Distretto ed attualmente ancora ricoverata c/o la medesima struttura allegando relazione a firma del dirigente medico fisiatra dello scrivente Distretto.

Tanto per opportuna conoscenza e per gli adempimenti del caso.

Cordiali Saluti

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14

IL DIRETTORE

Dott. Vincenzo GIGANTELLI



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
Alberobello - Castellana Grotte – Locorotondo – Noci - Putignano

Servizio di Riabilitazione

IL/LA SOTTOSCRITTO / A _____

PARENTE DIRETTO DEL SIG. / RA _____

NATO A _____

IL _____

RESIDENTE A _____

DICHIARA DI VOLER RINUNCIARE AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE/AMBULATORIALE.

_____ LI _____

IN FEDE



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
Alberobello-Castellana Grotte-Locorotondo-Noci-Putignano
Servizio di riabilitazione

AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE DI _____

PIANO DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Diagnosi clinica _____

Necessita di : _____

In regime : _____ ex art. 26 L. 833/78

Per numero di sedute / giorni _____

Al fine di conseguire il/i seguente/i obiettivo/i : _____

data ____/____/____

Luogo _____

IL DIRIGENTE MEDICO



REGIONE PUGLIA



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari
Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI

ALLEGATO N.6

Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
Alberobello-Castellana Grotte- Locorotondo-Noci-Putignano
Servizio di riabilitazione

MODELLO PER LA RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI

Il sottoscrittonato ail.....e
Residente inalla viatel.....
In qualità di interessato al trattamento dei dati personali

Dichiara

- Di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati;
- Di aver preso cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti nello specifico ambito;
- Di disporre dei riferimenti identificativi del soggetto avente le mansioni di Responsabile del Trattamento, cui eventualmente far capo per richiedere la cancellazione o il cambiamento in forma anonima dei dati che lo riguardano;

esprime il proprio consenso

- Al trattamento dei dati da parte della ASL BARI dei dati personali che lo riguardano per finalità di tutela della salute e della incolumità fisica, ai fini strettamente necessari per le attività socio-sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione;
- Alla comunicazione dei propri dati sanitari per finalità istituzionali strettamente connesse agli scopi di assistenza di base e di tutela dell'incolumità fisica:
- Ad altre ASL
- Alla Regione Puglia
- Agli Enti Territoriali ed Istituzionali
- Altro.....
- Alla comunicazione del proprio stato di salute alle sotto indicate persone:

- coniuge
- familiari
- altra persona
- istituto

Luogo e data

Firma



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
Alberobello-Castellana Grotte-Locorotondo-Noci-Putignano
Servizio territoriale di Riabilitazione

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

In questo modulo vengono riassunti concetti relativi alle indicazioni, modalità e controindicazioni al trattamento fisioterapico mediante somministrazione di Terapie Fisiche Strumentali. Durante il corso della prima seduta verranno ulteriormente precisati e definiti nelle loro linee essenziali, in modo da avere il Suo assenso all'esecuzione delle terapie concordate.

Terapia Fisica Strumentale

Il trattamento fisioterapico mediante Terapie Fisiche Strumentali consiste nell'applicazione sul paziente di particolari mezzi fisici, quali:

- FES (Elettrostimolazione Funzionale)
- ELS (Elettrostimolazione), BFB (Biofeedback)
- Calore Esogeno: Infrarossi
- Magnetoterapia

Rischi Assoluti: le Terapie Fisiche Strumentali prevedono una controindicazione assoluta al trattamento per i portatori di pacemaker, per le donne in stato di gravidanza e per presenza di eventuali processi neoplastici in atto. In ragione di quanto precede ed al fine di evidenziare eventuali controindicazioni relative o assolute al trattamento fisioterapico, il paziente si obbliga ad informare preventivamente il professionista di qualsiasi stato morboso e/o patologia acuta o cronica di cui è affetto, impegnandosi a rimmettergli la documentazione comprovante le proprie condizioni di salute.

Altre informazioni su richiesta del paziente

.....
.....

Io sottoscritto/a dichiaro di avere ricevuto dal Dottor/Dott.ssa in Fisioterapia esaurienti spiegazioni in merito alla tipologia di trattamento fisioterapico a cui mi dovrò sottoporre, così come riassunto nei paragrafi di cui sopra.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti.

Dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di fisioterapia indicato nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute e di non avere in atto patologie come descritte nei "rischi assoluti" e:

- di non essere affetto da stati morbosi e/o patologie acute o croniche
- di essere affetto delle seguenti patologie

.....
Dichiaro :

- | | | |
|---|----|----|
| - di essere portatore di Pace-maker | Si | No |
| - di essere in gravidanza | Si | No |
| - la presenza di eventuali processi neoplastici in atto | Si | No |

Luogo e Data

Firma del paziente

Alla Porta Unica d'Accesso (P.U.A.)
 Distretto Socio Sanitario n. ASL BA

OGGETTO: Richiesta d'accesso al Servizio trasporto persone disabili

Il/la sottoscritto/a nato/a a il.....

in qualità di per conto dell'Assistito/a sig./ra / minore.....

Tel. Cell.

CHIEDE

a codesto Distretto e Comune di residenza di accedere al Servizio trasporto persone disabili:

dal domicilio: via n..... Comune di

a struttura riabilitativa ex. 26 l. n.883/78

e rientro a domicilio via n..... Comune di

DICHIARA

- Di essere nella impossibilità di effettuare il trasporto
- Di ESSERE nella condizione di poter pagare per INTERO la quota sociale spettante per il Servizio richiesto
- Di NON essere nelle condizione di poter pagare per INTERO la quota sociale spettante per il Servizio richiesto e pertanto chiede al Comune di residenza di compartecipare al costo del Servizio secondo i criteri previsti dal Regolamento d'Ambito
- Di essere stato informato sulle norme di comportamento e obblighi dell'utente

AUTORIZZA

Il trattamento dei propri dati ai sensi del Testo Unico sulla privacy D. Lgs n. 196/2003

Si allega

- Attestazione di handicap, così come definito dall' art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92;
- Programma riabilitativo con indicazione di patologia, durata del trattamento e modalità di erogazione
- Autocertificazione e/o documentazione idonea dell'interessato, dei suoi familiari o di altri conviventi attestante l'impossibilità ad effettuare il trasporto presso la struttura e/o con necessità di trasporto assistito
- Attestazione ISEE (DPCM n. 159/2013) in corso di validità
- Copia del documento di Identità e Tessera Sanitaria, in corso di validità, del richiedente e/o del firmatario dell'istanza.

In fede

Comune di _____ il _____

5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
N. TOTALE DISTRETTO SOCIO SANITARIO 14								

Macrostruttura _____ Servizio di Riabilitazione territoriale di _____

PIANO DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE

n. _____ del _____

Paziente:

Cognome	Nome
Luogo di nascita	data di nascita
Indirizzo	Città

A seguito di istanza intesa ad ottenere il trattamento domiciliare presentata in data _____ il paziente, sottoposto a valutazione specialistica multidisciplinare in data _____ è risultato affetto da

Diagnosi clinica:

Requisiti di cui all'art. 2 del Regolamento Regionale:

Il Paziente risulta: possedere NON possedere i requisiti previsti dall'art. 2 del R.R.

Tipologia di disabilità di cui all'art. 3 del Regolamento Regionale:

Il paziente è inquadrabile nella seguente tipologia:

<input type="checkbox"/>	a) Patologie di anca, femore e ginocchio trattati chirurgicamente...	<input type="checkbox"/>	d) Malattie degenerative progressive...
<input type="checkbox"/>	b) Esiti di ictus cerebrale e ...	<input type="checkbox"/>	e) Mielolesioni e cerebrolesioni ...
<input type="checkbox"/>	c) Gravi patologie di apparato e politraumatizzati...	<input type="checkbox"/>	f) Coma vegetativo e minima coscienza...

Necessità di trattamento riabilitativo domiciliare:

Il Paziente necessita di trattamento riabilitativo domiciliare: SI NO

Prescrizione:

Il Paziente necessita di n. cicli di terapia domiciliare, costituiti ognuno da n. accessi

da erogarsi secondo la seguente articolazione:

	a partire da		freq. sett.le	KT	OT	LT	PM
1° ciclo	<input type="checkbox"/>	subito e comunque non oltre 30 giorni					
2° ciclo	<input type="checkbox"/>	a seguire <input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente					
3° ciclo	<input type="checkbox"/>	a seguire <input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente					
4° ciclo	<input type="checkbox"/>	a seguire <input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente					
5° ciclo	<input type="checkbox"/>	a seguire <input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente					
6° ciclo	<input type="checkbox"/>	a seguire <input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente					

L'inizio del primo ciclo deve avvenire entro 30 giorni dalla data di rilascio. Trascorso tale termine è necessario inoltrare nuova istanza con esame aggiornato delle condizioni cliniche del paziente.

Preso in carico:

Considerati i tempi di attesa della Struttura Pubblica, il Paziente sarà preso in carico:

da questa struttura Aziendale da Struttura Privata accreditata

Il Dirigente Medico Prescrivente (Firma e Timbro) _____



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
Alberobello-Castellana Grotte-Locorotondo-Noci-Putignano
Servizio territoriale di Riabilitazione

INFORMATIVA SU ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
in qualità di _____
del paziente _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____

DICHIARA SOTTO LA PERSONALE RESPONSABILITA'

di essere stato informato che le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni domiciliari ex art. 26 L. 833/78 tra le quali poter effettuare la libera scelta, sono le seguenti :

- 1 – Presidio di Riabilitazione Istituzionalmente Accreditato “Giovanni Paolo II”, gestito dalla società KENTRON SRL, con sede legale in Putignano (Bari) – Viale Europa Loc. S. Pietro Piturno - tel. 080/4915111
- 2 – Centro Polivalente di Riabilitazione Istituzionalmente Accreditato “Pierantonio Frangi”, gestito dalla Società ELIA DOMUS SRL, con sede legale in Bari alla via Napoli n. 234/i – S. Spirito BARI – tel. 080/5331077
- 3 – Centro Medico di Rieducazione Funzionale Istituzionalmente Accreditato “Riabilia”, gestito dalla società “AUREA SALUS SRL” con sede in Bari – S. Spirito – via Napoli n. 234/i – tel. 080/5331077

DATA _____

Firma _____

BA

ALLEGATO N. 13

Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
 Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
 Alberobello-Castellana Grotte- Locorotondo-Noci-Putignano
 Servizio di riabilitazione

Prot. n° _____ del _____

Al C.P.S. Fisioterapista _____

SEDE

OGGETTO : Ordine di servizio Trattamento Domiciliare

Visto il protocollo riabilitativo, considerata la necessità di assicurare il trattamento riabilitativo domiciliare nei confronti del Sig. _____, nat a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____,

la S.V. è comandata a recarsi presso il domicilio dell'assistito de quo, nei giorni:

_____ dalle ore _____ alle ore _____
 a decorrere dal _____ per n° _____ prestazioni.

IL DIRIGENTE U.O.S.

BA

AUEGATO N.14

Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
 Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
 Alberobello-Castellana Grotte- Locorotondo-Noci-Putignano
 Servizio di riabilitazione

FOGLIO RILEVAZIONE PRESENZE TRATTAMENTI DOMICILIARI

Terapista _____ Utente _____
 Via _____ Tipologia _____ n° prestazioni _____
 Inizio trattamento _____

Prestaz.	DATA	ORARIO	FIRMA ASSISTITO	FIRMA TERAPISTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				



ALLEGATO N.15

Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.14
Alberobello - Castellana Grotte – Locorotondo – Noci - Putignano

Servizio di Riabilitazione

INFORMATIVA INTERRUZIONE TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Si informa il

- Paz. Sig./ra _____ nato/a il _____
A _____ e residente a _____
Via _____ n. _____
- Parente Sig./ra _____ nato/a il _____
A _____ e residente a _____
Via _____ n. _____
Del Paziente _____ nato il _____
E residente a _____ Via _____ n. _____

CHE DURANTE IL PROGRAMMA RIABILITATIVO

- a) In caso di tre assenze (anche non consecutive) maturate a fine trattamento, le stesse potranno essere recuperate in coda allo stesso.
- b) In caso di un numero di assenze superiore a tre, e non motivate, ne potranno essere recuperate solo tre.
- c) In caso di interruzione del programma per più di dieci accessi, conseguenza di malattia e/o ricovero, lo stesso si riterrà completato al 1° giorno di assenza e si provvederà a dimettere il paziente.
- d) In caso di assenza del Terapista sarà cura dello stesso recuperare le assenze al fine di completare il programma riabilitativo.

FIRMA PER ACCETTAZIONE

Sede, li _____