**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE ASL TARANTO**

***Definizione***

Il Dipartimento di Riabilitazione assume funzioni di coordinamento clinico-funzionale di tutte le attività di riabilitazione svolte all'interno dell'azienda.

Le riabilitazioni delle disabilità fisiche, psichiche e neurosensoriali sono svolte a livello distrettuale tramite articolazioni periferiche del Dipartimento di Riabilitazione che si pone come *Struttura Sopra Distrettuale della Riabilitazione (1,5)*. Esso inoltre coordina le attività di riabilitazione svolte all'interno degli ospedali assumendo il ruolo di *Struttura Sopra Ospedaliera della Riabilitazione.(4,5)*

Come disposto dal regolamento regionale numero 6 del 04/03/2013, il Dipartimento di Riabilitazione è un'articolazione organizzativa che, secondo i principi del "**Governo clinico**", garantisce il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche ospedaliere, territoriali, e delle strutture accreditate.*(2)*

Al Dipartimento spetta l'ottimizzazione della funzione riabilitativa, attraverso la continuità delle cure e l'individuazione del setting assistenziale più appropriato nelle diverse fasi di cura (fare la cosa giusta, al momento giusto, nel posto giusto, dall'operatore giusto), ponendosi come obiettivo il più rapido e completo reinserimento del paziente nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale.

I parametri guida del setting devono essere:

* complessità clinica
* disabilità
* multimorbidità
* bisogni sociali.

La presa in carico omnicomprensiva e la definizione del Percorso Riabilitativo Unico richiede l'adozione dello strumento definito **Progetto Riabilitativo Individuale** (PRI), indispensabile strumento che accompagna la persona con disabilità sin dalla fase del ricovero in acuzie; all'interno del PRI vanno adottati criteri di verificabilità della efficacia degli interventi (attraverso scale di valutazione validate, attraverso Linee Guida e secondo i criteri della Evidence Based Medicine - EBM); alla formulazione del PRI partecipano tutti i Professionisti della riabilitazione, ognuno dei quali compila il proprio Programma Riabilitativo.*(2,6)*

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione ha una connotazione di transmuralità ed integra le attività sanitarie con quelle sociali dando vita alla **continuità Ospedale-Territorio***(4,5)*

L'articolazione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, si integra nella rete complessiva dell'assistenza ospedaliero-territoriale operando attraverso le seguenti strutture e servizi a valenza sopra distrettuale e /o aziendale pubblici:

1. Unità operative **ospedaliere** di alta specialità :
   * 1. Unità Spinali Unipolari DRG codice 28;
     2. Unità per le Gravi Cerebrolesione Acquisita e i Grandi Traumi Cranio-Encefalici (DRG cod. 75)
     3. Unità per la Riabilitazione delle Turbe Neuropsicologiche Acquisite.
2. Unità operative **ospedaliere** di :
   * 1. Medicina Fisica e Riabilitazione Ospedaliere (DRG cod. 56)
     2. Lunga Degenza Ospedaliera (DRG cod. 60)
3. Unità operative di :
   * 1. Pneumologia Riabilitativa
        1. territoriale
        2. ospedaliera
     2. Cardiologia Riabilitativa
        1. territoriale
        2. ospedaliera

3. Presidi Ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione (ex art. 25)

1. Strutture di riabilitazione **extra ospedaliere**
   1. Centro Risvegli
   2. Presidi e / o Centri di Medicina Fisica e Riabilitazione extra ospedaliera (ex art. 25/26)
2. ambulatoriale (CAR)
3. semiresidenziale
4. residenziale.
5. Servizio delle professioni sanitarie della riabilitazione UOSD.*(4,5)*

I livelli organizzativi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione sono così individuabili:

* Il Direttore del Dipartimento con funzione direzionale.
* Il Comitato di Dipartimento, con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle attività del dipartimento.
* I Dirigenti delle Strutture (complesse e semplici) di medicina fisica e riabilitazione, con funzione collegiale di programmazione e organizzazione.*(4,5)*

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione assicurerà rapporti di collaborazione con le seguenti strutture aziendali, di concerto con i distretti sociosanitarie con i presidi ospedalieri:

* Aree aziendali di supporto tecnico ed amministrativo
* Servizi di statistica epidemiologi
* Controllo di gestione *(4,5)*
* *Comunicazione ed Ufficio Stampa aziendale*

Gli interventi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione vanno completati con gli enti locali nel settore della integrazione, con le modalità e i contenuti dei **piani di zona** gestiti dai singoli distretti socio-sanitari, in modo da orientare gli stessi piani alla più ampia omogeneità e vanno altresì istituiti rapporti di collaborazione con tutte le associazioni di volontariato nel campo dell'assistenza ai disabili esplicate nel territorio aziendale.*(4,5)*

***Organizzazione***

Gli interventi del Dipartimento di Riabilitazione dell’ASL Taranto sono erogati attraverso strutture (setting) interconnesse: **ospedaliere e territoriali**.

**STRUTTURE OSPEDALIERE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA ED ESTENSIVA**

* 1. **Reparto intensivo** (DRG cod.56)

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni:

* complessità clinica ed assistenziale che si configura nell'alto rischio di potenziale instabilità clinica e che richiede elevato impegno con nursing infermieristico articolato nelle 24 ore
* disabilità modificabile con possibilità di ricevere almeno tre ore di attività riabilitative-assistenziale da parte dell'équipe

(medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)

* multimorbidità
* bisogni sociali (indifferenti)

Viene definito il percorso riabilitativo unico che è contenuto nel progetto riabilitativo individuale (PRI) e che va avviato ancora prima delle dimissioni dal reparto per acuti da parte del MFR (medico specialista in medicina fisica e riabilitazione) e deve contenere i programmi riabilitativi dei professionisti sanitari non medici identificati nel decreto ministeriale 29/03/2001 e deve essere corredato dalle misure di esito indicate nella specifica disabilità.

La classificazione dell'attività riabilitative intensiva avviene per Major Diagnostic Category (MDC):

1 riabilitazione neurologica (sistema nervoso)

4 riabilitazione respiratoria(sistema respiratorio)

5 riabilitazione cardiologica(sistema cardiocircolatorio)

8 riabilitazione ortopedica (sistema muscolo- scheletrico)

19 malattie disturbi mentali

23 fattori che influenzano lo stato di salute.

Essa esprime in numeri quanto indicato nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) in DRG, secondo ICD9.

MDC 01: riabilitazione intensiva ospedaliera, nelle forme di disabilità secondarie a patologie del sistema nervoso:

1. Malattie cerebrovascolari (ictus cerebrale)
2. Traumi cranio-encefalici midollari
3. Malattie neuro-degenerative
4. Cerebrolesione, mielolesioni acquisite di natura neoplastica, post chirurgica, infettiva, infiammatoria
5. Malattie neuromuscolari

Tempo intercorso dalla dimissione del reparto per acuti: **massimo 30 giorni**

Durata massima del ricovero: **60 giorni**

MDC 04:riabilitazione intensiva ospedaliera, nelle forme di disabilità secondarie a patologie dell'apparato respiratorio:

1. BPCO riacutizzata
2. Insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e problemi di autonomia della respirazione
3. Pazienti pre e post chirurgici
4. Candidati a trapianto polmonare cardiopolmonare o in riabilitazione post trapianto
5. Disturbi respiratori sonno correlate (DRSC)
6. Asma bronchiale moderato persistente un grave persistente (classificazioni gravità secondo linee guida Gina)
7. Ipertensione polmonare primitiva secondaria con limitazione allo sforzo fisico (classe NYHA III- IV)
8. Pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva che richiedono programmi di svezzamento
9. Pazienti portatori di cannula tracheostomica, provenienti da terapie intensive o che necessitano di programmi di svezzamento
10. Malattie neuromuscolari/malattie del moto neurone con necessità di assistenza pneumologica e riabilitazione respiratoria
11. Polmoniti o affezioni acute allentano complicata risoluzione
12. Patologie restrittive del polmone (fibra torace, interstiziopatie)
13. Disfunzione del diaframma e / o altri muscoli respiratori.

Tempo intercorso dalla dimissione del reparto per acuti: **massimo 30 giorni**

Durata massima del ricovero: **30 giorni**

In casi specifici il ricovero può essere accolto anche da un ambulatorio specialistico pneumologico purché siano rispettati i criteri riconosciuti dalla società scientifica di riferimento AIPO

MDC 05: riabilitazione intensiva ospedaliera, nelle forme di disabilità secondarie a patologie dell'apparato cardiovascolare:

1. Interventi di rivascolarizzazione chirurgica (BPAC) o meccanica (PTCA)
2. Interventi di chirurgia valvolare
3. Cardiopatia ischemica, in particolare infarto del miocardio in pazienti con scompenso cardiaco cronico noto che abbiano presentato un progressivo peggioramento dei sintomi è/o un progressivo deterioramento della capacità funzionale (peggioramento di almeno una classe NYHA) nonostante terapia specifica
4. Pazienti che abbiano subito nell'ultimo anno una ospedalizzazione per insufficienza cardiaca acuta non seguita da riabilitazione
5. Pazienti in lista per trapianto cardiaco
6. Potenziali candidati a trapianto cardiaco definiti da età inferiori a settant'anni e da frazione di eiezione ventricolare sinistra inferiore a 30% che necessitino di aggiornamento della situazione clinica e/o del trattamento terapeutico
7. Pazienti già sottoposti a trapianto cardiaco
8. Impianto di pace-maker e defibrillatore
9. Arteriopatie ostruttive degli arti inferiori

Tempo intercorso dalla dimissione del reparto per acuti: **massimo 30 giorni**

Durata massima del ricovero: **30 giorni**

In casi specifici il ricovero può essere accolto anche da un ambulatorio specialistico cardiologico per i pazienti dei punti 4, 5,6, 7,8.

MDC 08:riabilitazione intensiva ospedaliera, nelle forme di disabilità secondarie a patologie dell'apparato locomotore:

* Traumi e fratture a livello degli arti inferiori, tronco bacino, arti superiori.
* Fratture patologiche.
* Interventi per impianto di protesi articolari.
* Politraumatizzati.
* Prolungato allettamento con grave deficit funzionale ed ipomiotrofia.

Tempo intercorso dalla dimissione del reparto per acuti: **massimo 30 giorni**

Durata massima del ricovero: **30 giorni** *(4,6)*

* 1. **Reparto estensivo** (DRG cod.60)

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni:

* complessità clinica ed assistenziale che si configura nell'alto rischio di potenziale instabilità clinica e che richiede elevato impegno con nursing infermieristico articolato nelle 24 ore
* disabilità modificabile con **possibilità di ricevere non più di un'ora di attività riabilitative-assistenziale** da parte dell'équipe (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)
* multimorbidità
* bisogni sociali (indifferenti)

Viene definito il percorso riabilitativo unico che è contenuto nel progetto riabilitativo individuale (PRI) e che va avviato ancora prima delle dimissioni dal reparto per acuti da parte del MFR (medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione), deve contenere i programmi riabilitativi dei professionisti sanitari non medici identificati nel decreto ministeriale 29/03/2001, deve essere corredato dalle misure di esito indicate nella specifica disabilità.

Sono rivolti a pazienti non autosufficienti che non possono sostenere un trattamento riabilitativo intensivo che risultino comunque in condizione di instabilità clinica. In tale setting possono rientrare pazienti affetti da patologie disabilitanti a interessamento multi organo delle persone all'alta complessità che richiedono di essere gestite in continuità alle specialità e dotazioni strumentali tecnologiche dell’acuzie. L'obiettivo il raggiungimento della stabilizzazione clinica con il ripristino di condizioni di autonomia e gestibilità in ambito extra ospedaliero.*(2)*

Nella Asl Taranto, per tracciare il percorso riabilitativo individuale prima della dimissione dei pazienti dalle strutture per acuti, andrà utilizzata la scheda contenuta nell'allegato A, recepita dal documento *(6).*

* 1. **Presidi Ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione**

"ex Articolo 25"

Per la presa in carico del "*caso non complesso*": utenti affetti da minorazioni e/o disabilità di qualsiasi origine, che necessita sulla base di un progetto riabilitativo individuale di un solo programma terapeutico riabilitativo da un'unica tipologia di professionista con ridotta durata dell'accesso.

In ambito ospedaliero sono dedicati alla erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti esterni, alla prevenzione del danno secondario e terziario dei pazienti degenti nei reparti per acuti, alla formulazione, da parte del medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, del progetto riabilitativo individuale, alla individuazione dell'appropriato setting riabilitativo, alla formulazione del percorso riabilitativo personalizzato con compilazione della scheda riportata nell'allegato A.

Nel nostro territorio non sono presenti:

1. Unità ad alta specializzazione riabilitativa per le Gravi Cerebrolesione Acquisita (codice 75)
2. Unita ad alta specializzazione riabilitativa per Mielolesioni Acquisite (codice 28).

**STRUTTURE TERRITORIALI DI RIABILITAZIONE INTENSIVA ED ESTENSIVA**

In regime di:

1. **RICOVERO**
2. **AMBULATORIALE**
3. **DOMICILIARE**

Nel percorso riabilitativo dipartimentale, ove non sussistano condizioni di instabilità clinica che richiedano percorsi ospedalieri, il territorio deve essere considerato il contesto più appropriato per realizzare interventi sulle componenti ambientale e dei fattori personali previsti dalla ICF per l'ottenimento della ottimale integrazione e inclusione sociale. *(2)*

**SETTING RIABILITATIVO IN REGIME DI RICOVERO**

**1.1) Ricovero territoriale intensivo**

(Nucleo di Assistenza Residenziale Riabilitativa Intensiva ex Reg. 12/2015)

Richiesto dalla UO per acuti dimissionaria, deve riportare la dicitura:

**“***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.”*

**TRIP**

(Terapia Riabilitativa Intensiva Post acuzie)

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni:

* evento acuto verificatosi meno di 30 giorni prima dell'ingresso
* stabilità clinica
* complessità assistenziale che richiede elevato impegno con nursing infermieristico articolato nelle 24 ore
* disabilità modificabile con possibilità di ricevere almeno tre ore di attività riabilitative-assistenziale da parte dell'équipe (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)
* bisogni sociali (indifferenti)

Viene definito il percorso riabilitativo unico che è contenuto nel progetto riabilitativo individuale(PRI) e che va avviato ancora prima delle dimissioni dal reparto per acuti da parte del MFR ( medico specialista in medicina fisica e riabilitazione) e deve contenere i programmi riabilitativi dei professionisti sanitari non medici identificati nel decreto ministeriale 29/03/2001 e deve essere corredato dalle misure di esito indicate nella specifica disabilità.

**INTERNATO GRAVE**

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni:

* evento acuto verificatosi oltre 30 giorni prima dell'ingresso
* i restanti criteri sono analoghi a quanto descritto per il TRIP

**1.2) Ricovero Territoriale Estensivo Media Complessità**

(Nucleo di Assistenza Residenziale Riabilitativa Estensiva ex Reg. 12/2015)

Richiesto dalla UO per acuti dimissionaria, deve riportare la dicitura:

**“***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.”*

**INTERNATO BASE**

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni:

* stabilità clinica
* complessità assistenziale che richiede elevato impegno con nursing infermieristico articolato nelle 24 ore
* disabilità con ridotte possibilità di recupero con possibilità di ricevere da una a tre ore di attività riabilitative-assistenziale da parte dell'équipe (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)
* non gestibile a domicilio

Viene ridefinito il percorso riabilitativo unico che è contenuto nel progetto riabilitativo individuale(PRI) e che va avviato ancora prima delle dimissioni dal reparto per acuti da parte del MFR ( medico specialista in medicina fisica e riabilitazione) e deve contenere i programmi riabilitativi dei professionisti sanitari non medici identificati nel decreto ministeriale 29/03/2001 e deve essere corredato dalle misure di esito indicate nella specifica disabilità.

**RSA**

(art. 59 RR 4/2007)

(Nucleo di Assistenza Residenziale Mantenimento Riabilitativo I ex Reg. 12/2015)

Richiesto dalla UO per acuti dimissionaria, deve riportare la dicitura:

“*il paziente, in*

*condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. \_\_\_\_*

*gg di trattamento riabilitativo residenziale di mantenimento.*

*Il paziente richiede elevato impegno*

*assistenziale (nursing infermieristico articolato*

*nell’arco delle 24 ore) e non puo essere avviato alla*

*riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare.”*

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni:

* stabilità clinica- non autosufficienza
* complessità assistenziale che richiede elevato impegno con nursing infermieristico articolato nelle 24 ore
* disabilità senza margini di recupero in fase di mantenimento con possibilità di ricevere da una a tre ore di attività riabilitative-assistenziale da parte dell'équipe (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)
* attivabile previa richiesta alla PUA

**1.3) Ricovero Territoriale Estensivo Bassa Complessità**

**RSSA**

(art. 58,66 RR 4/2007)

(Nucleo di Assistenza Residenziale Mantenimento Riabilitativo II ex Reg. 12/2015)

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni :

* stabilità clinica- non autosufficienza
* complessità assistenziale che richiede elevato impegno alla persona articolato nelle 24 ore
* disabilità senza margini di recupero in fase di mantenimento che necessita di interventi riabilitativi rivolte al mantenimento delle abilità funzionali con carattere di continuità
* attivabile previa richiesta alla PUA

**SETTING RIABILITATIVO IN REGIME AMBULATORIALE**

**2.1 Assistenza Ambulatoriale a Ciclo Diurno a Media Complessità**

**SEMINTERNATO GRAVE**

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni :

* stabilità clinica- non autosufficienza o parziale autosufficienza
* non necessità di nursing infermieristico
* disabilità recuperabile con possibilità di ricevere da una a tre ore di attività riabilitative-assistenziale da parte dell'équipe (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)
* attivabile previa richiesta in fase immediatamente post-acuta con durata entro 60 giorni

**SEMINTERNATO BASE**

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni :

* stabilità clinica; non autosufficienza o parziale autosufficienza
* non necessità di nursing infermieristico
* recupero in fase di completamento con possibilità di ricevere attività riabilitative-assistenziali da una tre ore da parte dell'équipe (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, psicologo, assistente sociale)e dall'educatore professionale
* attivabile previa verifica da parte dell'assistente sociale di un inadeguato supporto familiare o informale
* trasferimento dopo completamento del recupero funzionale

**2.2 Assistenza Ambulatoriale a Ciclo Diurno Estensiva a Bassa Complessità**

**Centro diurno**

(art. 60, 60 ter RR 4/2007)

(Nucleo di Assistenza Semiresidenziale Mantenimento Adulti ex Reg. 12/2015)

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni :

* stabilità clinica; non autosufficienza o parziale autosufficienza
* disabilità stabilizzare
* obbligo scolastico assolto
* potenzialità residue non consentono idonee forme di integrazione lavorativa
* parzialmente gestibili a domicilio
* è richiesto un forte impegno assistenziale la persona
* occorre fornire sostegno alla famiglia
* apertura otto ore al giorno per almeno cinque giorni alla settimanale
* inserimento disposto dalla unità di valutazione multidimensionale*( 11)*

**2.3 Assistenza Riabilitativa Ambulatoriale**

**C.A.R.**

(Centri Ambulatoriali di Riabilitazione)

"ex Articolo 26"

Per la presa in carico del "*caso complesso*": utenti affetti da minorazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un tema molti professionale con almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione in grado di effettuare una presa in carico onnicomprensiva nel lungo periodo mediante progetto riabilitativo individuale con durata complessiva del trattamento di almeno 90 minuti. Comprendono un nucleo per l' età evolutiva ed un nucleo per gli adulti.

**P.A.M.F.R.**

presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione

"ex Articolo 25"

Per la presa in carico del "*caso non complesso*": utenti affetti da minorazioni e/o disabilità di qualsiasi origine, che necessita sulla base di un progetto riabilitativo individuale di un solo programma terapeutico riabilitativo da un'unica tipologia di professionista con ridotta durata dell'accesso.*(2, 4)*

**SETTING RIABILITATIVO IN REGIME DOMICILIARE**

**3.1 Attività di Riabilitazione Domiciliare**

Il trattamento domiciliare può esaurirsi direttamente a domicilio o rappresentare una fase transitoria prima del trattamento ambulatoriale.

Tale modello assistenziale, sviluppato nell'ambiente domiciliare del paziente, è indispensabile per addestrare all'adattamento ambientale e all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative e per l'addestramento del care giver.

Questo setting risulta appropriato quando ricorrano le seguenti condizioni :

* stabilità clinica
* disabilità fisiche, psichiche sensoriali, in soggetti impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere o mantenere obiettivi relative all'autonomia del proprio ambito di vita
* adeguato supporto familiare o informale
* idonee condizioni abitative
* consenso informato da parte del familiare e della persona
* inserimento richiesto dalle unità operative per acuti oppure da strutture residenziali territoriali oppure dai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta segnalando il caso al distretto sociosanitario di residenza del paziente ed al Dipartimento di Riabilitazione i quali attivano la unità di valutazione multidisciplinare

Patologie nelle quali è possibile la presa in carico domiciliare:

* + patologie di anca, femore, ginocchio trattati chirurgicamente che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale
  + pazienti con esiti di ictus cerebri con emiparesi residuale nelle fasi di immediata post acuzie e nei casi con gravi esiti invalidanti
  + Pazienti affetti da gravi patologie di apparato politraumatizzati che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale
  + Pazienti affetti da malattie degenerative progressive del sistema nervoso centrale e periferico, neuromuscolari in fase di avanzata evoluzione che non possono essere trattati ambulatorio
  + Pazienti affetti da mielolesioni e cerebrolesione genetiche acquisite
  + Pazienti in coma vegetativo è stato di minima coscienza

È necessaria la stesura del piano riabilitativo domiciliare oppure la presa d'atto del programma riabilitativo già formulato dall'équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale territoriale. Di solito la riabilitazione domiciliare non supera i 24 accessi (un ciclo).

Tale limitazione non è da tenere in conto per pazienti affetti da malattie degenerative del sistema nervoso centrale e periferico, neuromuscolari in fase avanzata evoluzione , mielolesi e cerebrolesi genetici ed acquisiti, coma vegetativo e stato di minima coscienza.

A fine ciclo dovendo proseguire la cura l'erogatore chiede la proroga al distretto(?) entro i sette giorni precedenti la fine del ciclo.

La valutazione di fine cura va fatta o dal responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare o dal responsabile della struttura erogante, eventualmente seguita da individuazione di nuovo setting assistenziale.

Custodita presso il domicilio del paziente a cura della struttura erogante la cartella clinica domiciliare in cui andranno registrati aspetti clinici e accessi controfirmati dagli operatori. A fine ciclo il fisiatra descrive gli esiti con opportune misure adeguate alla specifica disabilità. La cartella clinica a fine ciclo andrebbe consegnata al distretto di residenza del paziente e conservata in copia da parte della struttura erogante.

Le prestazioni di riabilitazione domiciliare sono di solito effettuate dai centri ambulatoriali di riabilitazione della Asl. Laddove questi servizi non siano in grado di sostenere il fabbisogno le prestazioni di abitazione domiciliare possono essere effettuate da strutture private di riabilitazione, accreditate e contrattualizzate, esistenti nel territorio dell'azienda, e successivamente da quelle esistenti nel territorio regionale.*(2,3,4,8,9,20)*

*Bibliografia:*

1. *Legge regionale numero 25 / 2006 (articolo 14, comma 7)"Principi ed organizzazione del Servizio Sanitario Regionale"*
2. *Piano di indirizzo per la riabilitazione: Conferenza stato- regioni del 10 febbraio 2011*
3. *Delibera di giunta regionale numero 933 del 10 maggio 2011: Recepimento della regione Puglia del piano di indirizzo per la riabilitazione*
4. *Regolamento regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione del 4 marzo 2013 numero 6*
5. *Delibera della giunta regionale 29/04/2015 numero 879"Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali delle Aziende Ospedaliere -Universitarie della Regione Puglia."*
6. *Documento "Appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione intensiva" deliberazione della giunta regionale 7/11/2013, numero 2067-allegato A*
7. *Regolamento regionale 10 marzo 2017 numero 7 "Riordino ospedaliero della regione Puglia ai sensi del decreto ministeriale numero 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016/2017. Modifica integrazione del regolamento regionale numero 14/2015".*
8. *Legge regionale 10 luglio 2006 numero 19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità il benessere delle donne degli uomini di Puglia"egolamento regionale 18 gennaio 2007 numero 4 di attuazione della legge regionale 10 luglio 2006 numero 19*
9. *Regolamento regionale numero 11 del 7 aprile 2015 (modifiche al regolamento regionale numero 4/2007)*
10. *Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari del 10/05/2011 numero 72*
11. *Delibera della giunta regionale numero 1195 del 1 luglio 2013 "Protocollo di verifica uvarp per l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in strutture extra ospedaliere pubbliche o private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale". Approvazione.*
12. *Regolamento regionale 16 aprile 2015 numero 12 "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".*
13. *Chiarimenti della regione Puglia dello 08/06/2015 numero 298 con l'oggetto "Prestazioni socio educative-riabilitative e prestazioni sanitarie riabilitative per persone con disabilità. Lettura integrata del regolamento regionale numero 11/2015 del regolamento regionale numero 12/2015 e indirizzi operativi alle Asl per una corretta e appropriata presa in carico"*
14. *Circolare esplicativa della regione Puglia del 10/due/2016 numero 1299 con oggetto "Circolare esplicativa sul regolamento regionale numero 12/2015 e indirizzi operativi alle Asl per una corretta e appropriata presa incarico. Sollecito."*
15. *Atto deliberativo Asl Taranto numero 14 67 del 29 06 2017 "Ricognizione situazione strutture servizi socio sanitari del regolamento regionale numero quattro/2007 e successive modificazioni e integrazioni del territorio Asl Taranto. Determinazione della disponibilità in termini posti letto, nell'Asl Taranto e loro distribuzione territoriale. Previsione per la prossima triennalità 2018/2020 dei piani sociali di zona."*
16. *Legge regionale 25 del 2006 e successive modifiche della legge 35 del 2006Legge regionale numero 2 del 2010 "Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti"*
17. *Delibera giunta regionale numero 691 del 12 aprile 2011 "Linee guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali alla rete dei servizi socio-sanitari"*
18. *Delibera giunta regionale numero 21 84 del 12 dicembre 2000"Approvazione scheda per la valutazione multidimensionale delle persone adulte anziane (SVAMA) e delle persone disabili (S.VA.M.DI) e modello di piano di assistenza individuale."*
19. *Linee guida regionali per le cure domiciliari integrate: delibera di giunta regionale numero 630 del 30/03/2015*
20. *Regolamento Regionale numero 20 del 4/8/2011 "Regolamento Regionale dell'Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex articolo 26 della legge numero 833/78*