

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000888	24/04/2026

OGGETTO: Attivazione del Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi e implementazione del Servizio di Fisiatria e dell'Ambulatorio Infermieristico.

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260001053 DEL 22/04/2026



COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 8 (otto) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 23 (ventitre) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

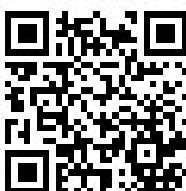
Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
 Firmato Digitalmente il 24/04/2026 12:07 Rachele POPOLIZIO	 Firmato Digitalmente il 24/04/2026 12:14 Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 24/04/2026 17:34 Luca TALIENTO	 Firmato Digitalmente il 24/04/2026 17:30 Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **24/04/2026**

Unità Operativa Affari Generali
 L'Addetto alla Pubblicazione
 Firmato Digitalmente il 24/04/2026 17:34
 Luca TALIENTO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	Attivazione del Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi e implementazione del Servizio di Fisiatria e dell'Ambulatorio Infermieristico.
-----------------	--

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base della proposta formulata dal Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, Dott. Vito Piazzolla e dal Dirigente Responsabile U.O.S. Affari Generali, Avv. Raffaele Iorio, che ne attestano la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

Visto che

- il R.R. n. 6 del 04.06.2013 *“Regolamento Regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione”* (di seguito Dipartimento di Riabilitazione o Dipartimento) individua lo stesso *“come snodo reale della Clinical Governance in quanto assume la funzione di Coordinamento del sistema riabilitativo in modo da assicurare i livelli Essenziali di Assistenza previsti all'interno dell'Area Distrettuale”*;
- il R.R. n. 8 del 31.10.2024 *“Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”* definisce il riordino dei posti letto nei Presidi della ASL di Bari;
- le Postazioni Post-Acuzie (PPA), in particolare nel contesto della sanità pugliese e soprattutto della ASL di Bari, sono strutture sanitarie intermedie progettate per accogliere pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia ma che necessitano ancora di cure mediche e infermieristiche prima di tornare a casa o essere trasferiti in strutture di lungodegenza o altre più idonee per setting;
- queste postazioni rappresentano un anello fondamentale tra l'ospedale e il territorio, spesso denominate anche come setting di riabilitazione post-acuzie o di lungodegenza Riabilitativa.
- la Presidio Post-Acuzie (PPA) “M. Sarcone” di Terlizzi, nell'ottica della riconversione dei piccoli ospedali pubblici in centri ospedalieri riabilitativi, presenta importanti potenzialità strutturali e organizzative tali da proporre la destinazione investimenti rilevanti oltre che necessari nel campo della riabilitazione a 360° (ordinaria, cardiologica e pneumologica) ed erogare attività di recupero e riabilitazione funzionale in regime di ricovero ordinario a ciclo continuativo (di tipo estensivo ed estensivo) e in regime ambulatoriale per soggetti portatori di disabilità fisiche, in fase post-acuta e cronica;
- a conferma di tutto questo vi è stata, in questi ultimi anni, una importante volontà complessiva di riorganizzare tutto il settore che si è sostanziata attraverso l'adozione, a corredo, di una serie di significativi atti deliberativi della Direzione Generale:
 - la deliberazione del Direttore Generale n. 1005 del 29.07.2020 *“Rimodulazione della struttura organizzativa Dipartimentale dell'ASL Bari”*;

- la deliberazione del Direttore Generale n. 246 del 19.02.2021 “*Rettifica D.D.G. n.1005 del 29/07/2020 avente ad oggetto "Rimodulazione della struttura organizzativa Dipartimentale dell'ASL Bari" — Determinazioni della Direzione Aziendale*”;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 2112 dell'1.12.2021“*D.D.G.n.246 del 18/02/2021 avente ad oggetto "Rettifica D.D.G. n.1005 del 29/07/2020 avente ad oggetto "Rimodulazione della struttura organizzativa Dipartimentale dell'ASL Bari" — Determinazioni della Direzione Aziendale."* — Determinazioni della Direzione;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 1512 del 03.08.2022 “*Modifica D.D.G. n. 1005 del 29.07.2020, D.D.G. n. 246 del 18.02.2021 e D.D.G. n. 2112 del 01.12.2021 relative all’organizzazione dipartimentale della A.S.L. Bari - Determinazioni della Direzione Aziendale;*
- la deliberazione del Direttore Generale n. 462 del 02.03.2023 “*Formalizzazione e conferimento incarichi dipartimentali. Modifica D.D.G. n. 1005/2020, D.D.G. N. 246/2021, D.D.G. n. 2112/2021 e D.D.G. n.1512/2022 relative all’organizzazione dipartimentale dell’ASL Bari - Determinazioni della Direzione Aziendale;*
- la deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 28.02.2024 “*Modifica d.d.g. n. 1005/2020, d.d.g. n. 246/2021, d.d.g. n. 2112/2021, d.d.g. n.1512/2022, d.d.g. n. 462/2023 e d.d.g. n. 117/2024 relative all’organizzazione dipartimentale dell’ASL Bari - Determinazioni della Direzione Aziendale*”;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 1556 dell’11.08.2022 “*Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale – Aggiornamento e presa d’atto del Piano delle Competenze e delle Responsabilità e del relativo sistema di incarichi e deleghe di cui all’art. 16 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.*” con cui è stato avviato un percorso di potenziamento delle attività orientate al governo degli snodi critici legati all’interazione tra Assistenza Ospedaliera e l’Assistenza Territoriale;
- le deliberazioni del Direttore Generale n. 967/2024 “*Conferimento incarico U.O.S.V.D. Riabilitazione Pneumologica P.P.A. Terlizzi*”, n.969/2024 “*Conferimento incarico U.O.S.V.D. Riabilitazione Cardiologica PPA Terlizzi*” e n. 1210/2024 “*A.G.R.U.: Conferimento incarico U.O.S.V.D. Lungodegenza P.P.A. Terlizzi*” su proposta del Direttore del Dipartimento Vito Piazzolla, con le quali sono stati nominati i Responsabili delle U.O.S.V.D. afferenti al Presidio Post Acuzie “M. Sarcone” di Terlizzi;

Considerato che

- la complessiva riorganizzazione dipartimentale della ASL BA ha comportato la rimodulazione anche della struttura organizzativa del Dipartimento di Riabilitazione ove risultano previste sette Unità Operative a Valenza Dipartimentale (UU.OO.SS.VV.DD.) di cui quattro Sovra Aziendali e tre Sovra Distrettuali;
- la creazione delle UU.OO.SS.VV.DD. ha comportato anche una revisione funzionale della gestione dei Centri di Riabilitazione Ospedalieri, come pure dei Servizi di Riabilitazione Territoriale in modo da assicurare la maggiore interazione possibile tra loro;

- l'interazione tra alcune discipline mediche e riabilitative rappresenta un fattore chiave per garantire la continuità assistenziale e migliorare gli esiti clinici soprattutto nei pazienti affetti da patologie croniche complesse, da malattie a lunga persistenza e/o fragili;
- in questo contesto è maturata l'ipotesi, condivisa dalla Direzione Generale, di istituire un Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi (di seguito Polo Riabilitativo o Polo) con l'intento di raggruppare le tre Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale della riabilitazione ospedaliera, contigue per tipologia di prestazioni erogate e, soprattutto, per tipologia di pazienti trattati e/o per setting terapeutici e riabilitativi complessi gestiti;
- le Unità Sovra Distrettuali coinvolte nel polo riabilitativo del PPA di Terlizzi sono la Lungodegenza Riabilitativa, la Riabilitazione Pneumologica e la Riabilitazione Cardiologica;
- l'interazione delle tre UU.OO.SS.VV.DD., è necessaria per avviare una manutenzione evolutiva della presa in carico, anche nelle fasi di transizione da un setting all'altro, il tutto in modo da assicurare percorsi riabilitativi centrati sul paziente attraverso specificità e individualità nel processo riabilitativo;
- l'obiettivo generale è quello di creare un'organizzazione capace di valorizzare le professionalità esistenti, potenziare l'interazione tra ospedale e territorio e rispondere con efficacia alle sfide poste dai nuovi modelli di presa in carico, anche per la componente digitale;
- la scelta risponde anche a diversi altri obiettivi specifici: razionalizzare i percorsi, evitare duplicazioni organizzative e ridondanze operative, favorire il lavoro in équipe e garantire una maggiore continuità terapeutica;
- si tratta di un'evoluzione organizzativa e di cultura professionale e funzionale che pone il paziente all'interno di un contesto di servizi sempre più integrati e orientati all'appropriatezza, all'efficienza e all'umanizzazione delle cure;

Tenuto conto che

- il Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi, così come progettato, rappresenta una continuità clinico-organizzativa unica a supporto dei percorsi riabilitativi in ambito cardiologico, pneumologico e di lungodegenza, gestite dalle tre UU.OO.SS.VV.DD. ad oggi già presenti nel presidio;
- in ragione della peculiarità riabilitativa che ha assunto il PPA di Terlizzi in cui l'offerta sanitaria preminente è quella correlata alle attività riabilitative in degenza delle Unità Operative con posti letto (U.O.S.V.D. di Riabilitazione Respiratoria, U.O.S.V.D. di Riabilitazione Cardiologica e U.O.S.V.D. di Lungodegenza Post-Acuzie), è necessaria l'istituzione di un Servizio Interno di Fisiatria al Polo Riabilitativo di Terlizzi (di seguito Servizio Interno di Fisiatria), centralizzato e sotto il coordinamento della U.O.S.V.D. area Nord,
- il Servizio Interno di Fisiatria, coordinandosi con i Servizi di Riabilitazione Cardiologica, Pneumologica e la Lungodegenza Riabilitativa, deve integrare i percorsi riabilitativi attraverso la predisposizione di un Piano Riabilitativo Individuale (PRI), in modo da assicurare un approccio integrato e personalizzato alla cura del paziente;

- l'approccio interprofessionale, infatti, valorizza la presa in carico globale del paziente, in quanto risponde in modo più efficace ai bisogni complessi legati alla disabilità e alla limitazione funzionale in un'ottica multidisciplinare, multiprofessionale e trasversale della risposta riabilitativa;
- la realizzazione del Servizio Interno di Fisiatria, inoltre, rappresenta un investimento strategico in termini di qualità delle cure e di sostenibilità del sistema sanitario in quanto punta non solo a migliorare l'efficacia dei trattamenti, ma anche a ottimizzare le risorse, ridurre i tempi di recupero e promuovere una maggiore continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
- a completamento dell'organizzazione del Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi è necessario attivare, inoltre, l'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità delle Cronicità e delle Malattie a lunga persistenza, anch'esso interno al PPA, inteso come strumento operativo di interazione per la transizione tra la riabilitazione dei Centri Ospedalieri e quella dei Centri Territoriali e alle strutture intermedie, in modo da facilitare la presa in carico delle persone affette da disabilità ed assicurare la continuità delle cure;
- l'Ambulatorio Infermieristico, previsto, peraltro, dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in maniera diffusa in tutti gli ambiti territoriali dove saranno attivate le Case di Comunità, resta una componente fondamentale per la presa in carico degli assistiti con bisogno riabilitativo e affetti da pluripatologie a complessità medio-alta, fragili e con patologie a lunga persistenza, soprattutto nella fase di transizione da una Struttura/Servizio a un'altra con il contributo delle Centrali Operative Territoriali;
- l'Ambulatorio Infermieristico interno ha una strutturazione ed una operatività di base comune ma deve anche assumere competenze diversificate, come nel nostro caso, sulla scorta di una flessibilità organizzativa e diverse, ma oggettive, differenze della persona da trattare;
- nel complesso, si tratta di introdurre un modello professionale infermieristico di riferimento, che è anche strumento operativo, in modo da rendere omogenei i percorsi di presa in carico di un certo target di popolazione con un bisogno riabilitativo specifico e contemporaneamente affetta da fragilità, cronicità o malattie a lunga persistenza;
- per fare questo è necessario valorizzare e arruolare nell'Ambulatorio Infermieristico la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) nell'ambito più ampio dell'assistenza territoriale al fine di incrementare la presa in carico e la gestione proattiva del bisogno di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica;
- è necessaria una forte integrazione con i servizi socio assistenziali, potendo contare sul supporto delle tecnologie e della telemedicina, in modo da permettere lo sviluppo di un "sistema a rete locale" che elimina il rischio di frammentazione degli interventi tra le diverse strutture e servizi e rafforza, naturalmente, i servizi extra-ospedalieri, con l'obiettivo di ridurre, il più possibile, i ricoveri evitabili;
- il sistema digitale e l'infrastruttura a supporto sono necessariamente gestiti dall'Ambulatorio Infermieristico;
- il progetto complessivo si sviluppa secondo i moderni modelli di cura e di presa in carico nel rispetto dei principi di continuità terapeutica, di interprofessionalità e personalizzazione dei trattamenti;

- il modello descritto rappresenta il la base su cui poggiare lo sviluppo e la manutenzione evolutiva dell'intero sistema riabilitativo legato, soprattutto, al post acuto;
- è necessario, pertanto, dare mandato al direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di elaborare un progetto per informatizzare e digitalizzare il sistema organizzato della riabilitazione, soprattutto ospedaliera, attraverso l'acquisizione dei dispositivi più moderni e innovativi;
- il supporto tecnologico è indispensabile per avviare i sistemi informatici che prevedono una serie di dispositivi in grado di assicurare i protocolli operativi della telemedicina che ricomprendono: la televisita, il teleconsulto, la teleassistenza, il telemonitoraggio e la teleriabilitazione;
- sono tutte tecnologie necessarie per avviare l'innovazione digitale nell'ambito della riabilitazione ma che non possono prescindere da una solida infrastruttura digitale per sostenerle;
- la teleriabilitazione rappresenta una delle principali evoluzioni della telemedicina applicata alla medicina fisica e riabilitazione, configurandosi come un insieme di interventi riabilitativi erogati a distanza mediante tecnologie digitali, in modalità sincrona (interazione in tempo reale) o asincrona (monitoraggio e programmi differiti);
- secondo le Linee Guida Nazionali sulla Teleriabilitazione, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 novembre 2021, la teleriabilitazione è definita come *“l'erogazione di servizi riabilitativi a distanza finalizzati al miglioramento o mantenimento della funzione psicofisica del paziente”*;
- evidenze scientifiche consolidate dimostrano come la teleriabilitazione sia efficace in diversi ambiti (neurologico, ortopedico, respiratorio, cognitivo), con outcomes sovrapponibili ai trattamenti tradizionali in presenza, soprattutto nei programmi di mantenimento e follow-up;
- la possibilità di integrare strumenti di telemonitoraggio e dispositivi indossabili consente una valutazione oggettiva e continua dei parametri funzionali del paziente, favorendo un approccio personalizzato e dinamico al Progetto Riabilitativo Individuale;
- la teleriabilitazione viene, inoltre, considerata non come alternativa, ma come integrazione dell'attività ambulatoriale tradizionale, configurandosi come un'estensione del setting riabilitativo;

Considerato che

- è stata avviata una fase di condivisione e revisione del progetto nell'ambito dello Staff di Direzione del Dipartimento dove sono emerse delle osservazioni, alcune delle quali pertinenti e, quindi, recepite;
- il lavoro di condivisione ha portato alla predisposizione del documento dal titolo *“Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi”* (Percorso Riabilitativo Cardio-Respiratorio e Lungodegenza e implementazione del Servizio di Fisiatria e dell'Ambulatorio Infermieristico);
- il progetto *“Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi”* è allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Acquisto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, reso ai sensi dell'art. 3, d. lgs. 502/1992.

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

DELIBERA

di attivare, il Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi secondo quanto indicato nella versione definitiva del documento "*Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi*" (Percorso Riabilitativo Cardio-Respiratorio e Lungodegenza e implementazione del Servizio di Fisiatria e dell'Ambulatorio Infermieristico", allegato sub A) al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

di attivare il Servizio Interno di Fisiatria presso il Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi, centralizzato e sotto il coordinamento della U.O.S.V.D. area Nord in modo da assicurare interventi programmati e globali su pazienti ad elevato impegno riabilitativo;

di attivare l'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità delle Cronicità e delle Malattie a lunga persistenza, interno al PPA di Terlizzi come strumento di interazione e transizione tra la riabilitazione ospedaliera ed i centri territoriali a completamento dell'organizzazione del Polo Riabilitativo di Terlizzi;

di dare mandato al direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di condividere con la Direzione Generale la nomina di un gruppo di lavoro, da lui stesso coordinato, per elaborare un progetto, a livello dipartimentale, per l'informatizzazione e la digitalizzazione per la presa in carico dell'assistito con bisogno riabilitativo.

di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'amministrazione;

di notificare a cura della Segreteria del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione il presente provvedimento, unitamente all'Allegato A), al Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale, al Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, al Responsabile U.O.S.V.D. Riabilitazione Pneumologica P.P.A., al Responsabile U.O.S.V.D. Riabilitazione Cardiologica P.P.A., al Responsabile U.O.S.V.D. Lungodegenza Riabilitativa P.P.A. Terlizzi;

di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

che si provvederà alla pubblicazione del presente provvedimento nella Sezione Amministrazione Trasparente/Provvedimenti, ai sensi dell'art. 23, D. Lgs 33/2013;

che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/20213, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 - quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO - tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d.lgs. 165/2001;

che il presente provvedimento è trasmesso al Collegio Sindacale e viene pubblicato sul sito web aziendale nel rispetto di quanto disposto dalla L.R. n. 40/2007.



REGIONE PUGLIA



ASL Bari

PugliaSalu

**Azienda
Sanitaria Locale BA**
Provincia
di Bari

Lungomare Starita, 6
70123 Bari

Codice Fiscale/Partita
IVA 06534340721

**Dipartimento di
Riabilitazione
Direzione**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Bari
Presidio Post Acuzie (PPA)
Terlizzi**

**POLO RIABILITATIVO INTEGRATO
(PERCORSO RIABILITATIVO
CARDIO-RESPIRATORIO E LUNGODEGENZA)**

**IMPLEMENTAZIONE
DEL SERVIZIO INTERNO DI FISIATRIA
E DELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO**

“La riabilitazione multiprofessionale è un approccio riabilitativo che mira a recuperare il massimo livello di autonomia e benessere di un paziente considerando tutti gli aspetti della sua persona: fisico, funzionale, psicologico, sociale ed emotivo, quindi multidimensionale.”

V.P.

**Dipartimento di
Medicina Fisica e Riabilitazione**

**Direttore
Vito Piazzolla**

Comuni della ASL provinciale di Bari:

Acquaviva delle Fonti - Adelfia - Alberobello - Altamura - Bari - Binetto - Bitetto - Bitonto - Bitritto - Capurso - Casamassima - Cassano delle Murge - Castellana Grotte - Cellamare - Conversano - Corato - Gioia del Colle - Giovinazzo - Gravina di Puglia - Grumo Appula - Locorotondo - Modugno - Mola di Bari - Molfetta - Monopoli - Noci - Noicattaro - Palo del Colle - Polignano a Mare - Poggiorsini Putignano - Rutigliano - Ruvo di Puglia - Santeramo in Colle - Terlizzi - Toritto - Triggiano - Turi - Valenzano

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Bari
POLO RIABILITATIVO INTEGRATO DI TERLIZZI
PROGETTO
PERCORSO RIABILITATIVO
CARDIO-RESPIRATORIO E LUNGODEGENZA
E
IMPLEMENTAZIONE
DEL SERVIZIO INTERNO DI FISIATRIA
E DELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Pag.	Parag.	
3	1.	INTRODUZIONE
4	2.	OBIETTIVO GENERALE DEL POLO RIABILITATIVO INTEGRATO
6	3.	ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL POLO RIABILITATIVO INTEGRATO
7	4.	L'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE (U.O.S.V.D.) DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA P.P.A. DI TERLIZZI
8	5.	L'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE (U.O.S.V.D.) DI RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA P.P.A. DI TERLIZZI
10	6.	L'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE (U.O.S.V.D.) DI LUNGODEGENZA P.P.A. DI TERLIZZI
13	7.	L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DELLE FRAGILITÀ, CRONICITÀ E MALATTIE A LUNGA PERSISTENZA: DEFINIZIONE E FINALITÀ
14	8.	IL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE INTERNO AL POLO RIABILITATIVO DI TERLIZZI
15	9.	LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA INTERPROFESSIONALE E MULTIDIMENSIONALE PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE
17	10.	MODALITÀ OPERATIVE DEL TEAM DI RIABILITAZIONE MULTIPROFESSIONALE E INTERPROFESSIONALE
18	11.	RISORSE UMANE E COMPOSIZIONE DEL TEAM INTERPROFESSIONALE
19	12.	LA TELERIABILITAZIONE NEL CONTESTO SANITARIO ATTUALE
20	13.	LA DIGITALIZZAZIONE E L'INFORMATIZZAZIONE NELL'AREA RIABILITATIVA
22	14.	LA TELERIABILITAZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE
23	15.	CONCLUSIONI

1. INTRODUZIONE

Il Piano Sanitario Nazionale definisce la Riabilitazione come *"...un terreno elettivo per gli approcci multidimensionali, plurispecialistici e per l'integrazione dei diversi interventi, da realizzare valorizzando la continuità terapeutica in modo da iniziare la riabilitazione in fase precoce, facilitare il recupero di competenze funzionali e lo sviluppo di competenze sostitutive, e da porre in essere soluzioni efficaci per garantire l'autonomia possibile, con particolare attenzione all'area dell'età evolutiva, degli anziani e dei neurolesi post traumatici."*

I contenuti delle Linee Guida Ministeriali per la Riabilitazione precisano gli obiettivi:

- garantire il soddisfacimento dei bisogni riabilitativi a maggior rilievo sanitario sull'intero territorio regionale, in continuità assistenziale con il momento acuto delle malattie che determinano le menomazioni e le disabilità;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse anche attraverso una diversificazione dei livelli di assistenza rapportata alla tipologia del bisogno;
- ricondurre ad omogeneità organizzativa ed erogativa le varie strutture che forniscono interventi sanitari di riabilitazione nell'ambito del territorio regionale.

La Riabilitazione costituisce un settore di intervento per il quale è importante garantire una pianificazione delle attività finalizzate al recupero funzionale dei pazienti in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità (fase acuta, fase post-acuta, fase degli esiti) che tenga in considerazione la necessità di una visione organica e integrata tra sistema sanitario e sociale.

Il Presidio Post-Acuzie Integrato (PPAI) di Terlizzi attraverso la realizzazione di un **Polo Riabilitativo Integrato** si candida a diventare una struttura di riferimento regionale in grado di gestire pazienti "complessi", anche per via:

- della presenza del reparto di Lungodegenza Riabilitativa;
- dei servizi di supporto (Fisiatria e Ambulatorio Infermieristico);
- l'interazione con l'importante rete territoriale che garantisce la continuità delle cure;
- dei prossimi investimenti sulla informatizzazione e digitalizzazione di tutto il sistema organizzato della riabilitazione.

La Riabilitazione riguarda prevenzione, diagnosi, terapia e recupero funzionale della disabilità conseguente a varie malattie invalidanti, congenite o acquisite; si tratta soprattutto di malattie che comportano una limitazione dell'attività e una restrizione della partecipazione alla vita attiva, attraverso la riduzione delle funzioni motorie, cognitive, emotive e relazionali.

L'integrazione tra discipline mediche e riabilitative rappresenta un fattore chiave per garantire la continuità assistenziale e migliorare gli esiti clinici nei pazienti con patologie croniche complesse.

In tal senso, l'attivazione di un Servizio di Fisiatria centralizzato, capace di focalizzare e integrare i percorsi riabilitativi delle varie specialità mediche,

rappresenta un'evoluzione fondamentale verso una medicina riabilitativa centrata sul paziente.

La creazione presso il P.P.A. "M. Sarcone" di Terlizzi di un Servizio di Fisiatria centralizzato che operi in coordinamento con i Servizi di Riabilitazione Cardiologica, Pneumologica e la Lungodegenza Riabilitativa, aggiunge specificità al processo riabilitativo.

Il progetto è in linea con i più moderni percorsi di cura, basati sui modelli di gestione avanzata dei trattamenti e sulla continuità terapeutica, assicurati dalla multiprofessionalità, personalizzazione degli interventi.

2. OBIETTIVO GENERALE DEL POLO RIABILITATIVO INTEGRATO DI TERLIZZI

L'organizzazione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione (di seguito Dipartimento di Riabilitazione, per semplificazione) rappresenta una delle sfide più complesse e strategiche della ASL BA per garantire un'offerta terapeutica assistenziale efficace, integrata e centrata sul paziente.

La creazione delle UU.OO.SS.VV.DD., implica una nuova organizzazione funzionale rispetto ai ruoli nella gestione dei Centri e dei servizi di Riabilitazione territoriale finora rientranti nelle esclusive competenze dei Distretti Socio Sanitari.

Ad oggi il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è organizzato come di seguito riportato:

ASL BA DI BARI				
DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE				
ASSETTO STRUTTURALE DI BASE DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE				
STRUTTURA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA INCARICO	TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA	AMBITO ASS.LE	AREA DI COMPETENZA
DIPARTIMENTO (c/o P.O. DELLA MURGIA)	UOC	Recupero e Riabilitazione Neuromotoria	OSP. / Ter.	Aziendale
DIPARTIMENTO (c/o PPA TRIGGIANO)	UOC	Recupero e Riabilitazione Funzionale Neuromotoria	OSP. / Ter.	Aziendale
DIPARTIMENTO (AREA CENTRO - c/o BARI CTO)	UOSVD	Riabilitazione Distrettuale	Ter.	Area Bari-Modugno
DIPARTIMENTO (AREA SUD)	UOSVD	Riabilitazione Distrettuale	Ter.	Area Triggiano-Mola di Bari-Monopoli-Gioia del Colle-Putignano
DIPARTIMENTO (AREA NORD)	UOSVD	Riabilitazione Distrettuale	Ter.	Area Molfetta-Corato-Bitonto-Grumo Appula-Altamura
DIPARTIMENTO (c/o PPA TRIGGIANO)	UOSVD	Lungodegenza di Mantenimento PPA Triggiano	Ter.	Sovradistrettuale
DIPARTIMENTO (c/o PPA TERLIZZI)	UOSVD	Lungodegenza di Mantenimento PPA Terlizzi	Ter.	Sovradistrettuale
DIPARTIMENTO (c/o PPA TERLIZZI)	UOSVD	Riabilitazione Pneumologica PPA Terlizzi	Ter.	Sovradistrettuale
DIPARTIMENTO (c/o PPA TERLIZZI)	UOSVD	Riabilitazione Cardiologica PPA Terlizzi	Ter.	Sovradistrettuale

Tuttavia, l'evoluzione dei bisogni assistenziali, il crescente carico delle cronicità, nonché la necessità di ottimizzare le risorse umane, logistiche e strumentali, assieme alla digitalizzazione ed alla informatizzazione delle procedure di presa in carico dei pazienti attraverso la telemedicina (nello specifico soprattutto la teleriabilitazione) hanno reso evidente la necessità di una riorganizzazione più funzionale, innovativa e coerente con la realtà operativa quotidiana.

In questo contesto è maturata l'ipotesi, condivisa dalla Direzione Generale, di istituire un **Polo Riabilitativo Multiprofessionale e Interprofessionale** in grado di raggruppare le tre Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale della riabilitazione ospedaliera contigue per tipologia di prestazioni erogate e, soprattutto, per tipologia di pazienti trattati e/o per setting terapeutici complessi gestiti.

Tale scelta risponde a diversi obiettivi: razionalizzare i percorsi, evitare duplicazioni organizzative e ridondanze operative, favorire il lavoro in équipe e garantire una maggiore continuità terapeutica.

Il polo unico, dunque, nasce anche come un'operazione gestionale, ma, soprattutto, come risposta concreta alla volontà di offrire un sistema riabilitativo più articolato, dinamico e orientato al miglioramento continuo della qualità delle cure. Un'organizzazione capace di valorizzare, anche formandole, le professionalità esistenti, potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio, informatizzare il sistema per rispondere con maggiore efficacia alle sfide poste dai nuovi modelli di presa in carico.

Questa riorganizzazione si propone quindi non solo come un riassetto strutturale, ma come un'evoluzione culturale e organizzativa che pone il paziente all'interno di un contesto di servizi sempre più integrati e orientati all'appropriatezza, all'efficienza e all'umanizzazione delle cure.

Il Presidio Post Acuzie (PPA) "M. Sarcone" di Terlizzi, nasce nell'ottica della riconversione dei piccoli ospedali pubblici in centri ospedalieri riabilitativi e oggi presenta importanti potenzialità strutturali e organizzative tali da meritare la destinazione di investimenti rilevanti oltre che necessari nel campo della riabilitazione a 360° (ordinaria, cardiologica e pneumologica) per erogare attività di recupero e riabilitazione funzionale in regime di ricovero ordinario a ciclo continuativo (di tipo estensivo ed estensivo) e in regime ambulatoriale per soggetti portatori di disabilità fisiche, in fase post-acuta e cronica.

Il polo, così come ideato, rappresenta una regia clinico-organizzativa in termini di coordinamento a supporto dei percorsi riabilitativi in ambito cardiologico, pneumologico e di lungodegenza, gestite dalle tre UU.OO.SS.VV.DD. ad oggi già presenti nel presidio (come di seguito descritte).

Il servizio di Fisiatria, strutturato nelle aree funzionali dedicate, rappresenta una realtà ospedaliera a carattere multidisciplinare, multiprofessionale e trasversale con intervento programmato e globale su pazienti ad elevato impegno diagnostico e medico-specialistico ad indirizzo riabilitativo.

Attraverso un approccio multiprofessionale, infatti, si realizza un'offerta sanitaria finalizzata al recupero funzionale e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti con un approccio integrato e personalizzato, prendendo in

considerazione fattori come la diagnosi clinica e funzionale, la gravità della condizione motoria, cognitiva ed emotiva, l'età e le personali aspettative.

La gamma di interventi riabilitativi integrati (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale, riabilitazione neuro-motoria, riabilitazione cardio-respiratoria, riabilitazione cognitivo-comportamentale) ha come obiettivo di massimizzare il recupero funzionale, tendere al raggiungimento del miglior grado di autonomia possibile e di prevenire la comparsa di danni secondari alla patologia di base.

In quest'ottica trasversale e complementare il Polo Riabilitativo Integrato di Terlizzi, attraverso l'interazione di diverse figure professionali, garantisce alle persone con lieve o grave disabilità tutte le opportunità di reinserimento sociale nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL POLO RIABILITATIVO INTEGRATO DI TERLIZZI

Con Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL Bari n°1556 del 11.08.2022, è stato avviato un percorso di potenziamento delle attività orientate al governo degli snodi critici legati all'interazione tra l'Assistenza Ospedaliera e l'Assistenza Territoriale.

Il primo provvedimento è stato quello di pensare e realizzare un nuovo assetto organizzativo dei PTA della ASL Bari, che, nel nostro caso, ha portato alla individuazione del Presidio Ospedaliero "M. Sarcone" di Terlizzi come **Polo Post Acuzie Integrato**, per le strutture afferenti al Dipartimento di Riabilitazione.

A seguito delle deliberazioni del Direttore Generale n. 1005/2020, n. 246/2021, n. 2112/21, n.1512/2022, n. 462/2023 e n. 446/2024, già citate la rimodulazione della struttura organizzativa dei Dipartimenti dell'Azienda ove risultano previste le U.O.S.V.D. Sovra Distrettuali, afferenti al Dipartimento di Riabilitazione.

Con le deliberazioni del Direttore Generale n. 967/2024, n.968/2024, n. 969/2024, n.1210/2024, n. 1241/2024, n.1242/2024 e n.1243/2024 rettificata con determinazione n. 4945/2024, su proposta del Direttore del Dipartimento Vito Piazzolla, sono stati nominati i Responsabili delle U.O.S.V.D. afferenti al **Presidio Post Acuzie Integrato** "M. Sarcone" di Terlizzi.

DIPARTIMENTO (C/O PPA TERLIZZI)	UOSVD	Lungodegenza PPA Terlizzi	Ter.	Sovradistrettuale
DIPARTIMENTO (C/O PPA TERLIZZI)	UOSVD	Riabilitazione Pneumologica PPA Terlizzi	Ter.	Sovradistrettuale
DIPARTIMENTO (C/O PPA TERLIZZI)	UOSVD	Riabilitazione Cardiologica PPA Terlizzi	Ter.	Sovradistrettuale

La creazione delle UU.OO.SS.VV.DD., come riportate nella tabella, implica una nuova revisione funzionale sia rispetto ai ruoli della gestione dei Centri, che dei servizi di Riabilitazione Territoriale.

4. L'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE (U.O.S.V.D.) DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA DEL P.P.A. DI TERLIZZI

L'Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (U.O.S.V.D.) di Riabilitazione Cardiologica del P.P.A. di Terlizzi svolge una funzione essenziale per la completa presa in carico del paziente cardiopatico post-acuto con attività prevalentemente ambulatoriale.

L'U.O.S.V.D. di Riabilitazione Cardiologica del P.P.A. di Terlizzi consta di n.3 Dirigenti medici (il Responsabile e 2 dirigenti), 7 infermieri, 1 ausiliario.

Avvalendosi di un team **multidisciplinare e multiprofessionale**, ha il compito di recuperare il paziente ad una vita il più normale possibile, di ridurre al minimo la disabilità e di effettuare una completa prevenzione secondaria, per quei pazienti già cardiopatici, e primaria soprattutto per quelli ad alto rischio di sviluppare una patologia cardiovascolare.

Gli interventi clinici sono finalizzati alla valutazione del paziente e alla stabilizzazione clinica. Prevedono una stratificazione prognostica con valutazione del rischio cardiovascolare globale, la definizione della terapia medica ottimizzata, con controllo sull'aderenza a medio e lungo termine.

L'attività clinica comprende il management del peso corporeo, del BMI e della circonferenza vita e del profilo lipidico con particolare attenzione al controllo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca.

Le prestazioni ambulatoriali che vengono quotidianamente svolte sono:

1. AMBULATORIO DI VISITA CARDIOLOGICA + ECG

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo;

2. AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAMMA SEC. HOLTER

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo;

3. AMBULATORIO DI ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI, ECOCOLORDOPPLER CARDIACO, ECOCOLORDOPPLER TRANSTORACICO

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo;

4. AMBULATORIO DI MONITORAGGIO PRESSORIO DELLE 24 ORE

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo;

5. AMBULATORIO DI TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

Afferiscono pazienti, regolarmente prenotati da CUP oppure da agenda di gruppo;

6. AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure da agenda di gruppo.

Alle attività ambulatoriali di cardiologia generale, l'U.O.S.V.D. di Riabilitazione Cardiologica prevede anche le valutazioni preoperatorie dei pazienti da sottoporre a interventi di chirurgia plastica e oculistica.

5. L'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE (U.O.S.V.D.) DI RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA P.P.A. DI TERLIZZI

L' U.O.S.V.D. di Riabilitazione Pneumologica del P.P.A. di Terlizzi, è organizzata in:

- 20 posti-letto di degenza ordinaria;
- una palestra di Riabilitazione pneumologica;
- ambulatori con attività specialistiche.

In relazione al Piano del fabbisogno aziendale del personale, l'U.O.S.V.D. di Riabilitazione Pneumologica consta di N.6 Dirigenti medici (il Responsabile e 5 dirigenti), 11 fisioterapisti e 20 infermieri.

La struttura è articolata in tre aree distinte:

A. RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA IN REGIME DI DEGENZA OSPEDALIERA

Identificata con Codice Ministeriale 56, si eseguono ricoveri, della durata media di 20 giorni (15-30 giorni massimo, variabili in relazione alla pneumopatia di base e gravità della stessa).

La struttura permette di eseguire ricoveri di pazienti provenienti da reparti per acuti dell'ASL Bari (come da Pneumologia-UTIR P.O "San Paolo", Pneumologia P.O. "Di Venere", Medicina Interna P.O. "San Paolo - Corato - Molfetta", Cardiologia P.O. di Corato e Molfetta) e ASL limitrofe, pazienti arruolati negli ambulatori dedicati presenti nel Presidio Ospedaliero esclusivamente con patologie pneumologiche.

Gli elementi costitutivi dell'intervento riabilitativo residenziale dell'U.O.S.V.D. di Riabilitazione Pneumologica sono:

- presa in carico post-acuzie del paziente con la definizione degli obiettivi in base alle caratteristiche di gravità clinica della patologia respiratoria e le comorbidità individuali del paziente;
- la stesura del programma riabilitativo organizzato e condotto in maniera strutturata;
- la valutazione di processo clinico-diagnostico e la valutazione d'esito;
- la dimissione del paziente a domicilio o verso la struttura territoriale in base alla valutazione dei carichi assistenziali.

Le diverse fasi sono realizzate secondo un modello globale ed interdisciplinare, in accordo con le altre strutture di ricovero, secondo una pianificazione ed attuazione degli interventi riabilitativi respiratori che vanno

dalla cooperazione con i reparti di acuzie all'attivazione delle strutture della rete riabilitativa, compresa l'assistenza domiciliare.

B. PALESTRA DI RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA

Si svolge attività riabilitativa per i pazienti ricoverati, con turno, della durata di due ore (secondo L.G. AIPO ed ERS) di mattina e di pomeriggio, secondo uno specifico Piano Riabilitativo Personalizzato (P.R.P.): il paziente, dopo aver analizzato l'anamnesi e il criterio di ricovero, durante la degenza, svolge il suo P.R.P. indirizzato al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico definito e prefissato.

La palestra, inoltre, è utilizzata nel pomeriggio, con un solo turno dalle 18 alle 19, per pazienti esterni: si tratta di pazienti con diagnosi già definita di pneumopatia cronica (pazienti cronici, dimessi dal reparto oppure già inclusi nell'attività di palestra che vengono richiamati, secondo un turnover stabilito), e di pazienti che vengono individuati dallo specialista pneumologo ambulatoriale.

C. ATTIVITÀ AMBULATORIALE

1. Ambulatorio di Pneumologia

Tutti i giorni di mattina (dal lunedì al venerdì) e martedì pomeriggio, afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo per visite:

- a) Prima visita: pazienti da sottoporre a screening per una definita appropriatezza diagnostica-terapeutica con conseguente presa in carico del paziente;
- b) Visita di controllo: pazienti cronici che seguono follow-up seriatì con prenotazioni secondo agende di gruppo.

Nell'ambito dell'attività Ambulatoriale di Pneumologia, secondo prenotazione CUP oppure agenda di gruppo, si eseguono, tutti i giorni di mattina (dal lunedì al venerdì), il pomeriggio di lunedì e martedì:

- spirometria globale con cabina pletismografia;
- spirometria semplice;
- test di diffusione alveolo-capillare;
- test di bronco-reversibilità;
- test di bronco-dilatazione dinamica alla metacolina;
- test del FeNO;
- test delle oscillazioni forzate (FOT);
- poligrafia;
- test del cammino.

Per i pazienti ricoverati, si esegue: Prova da sforzo pneumologica (diagnostica di screening nella dispnea nel paziente pneumopatico).

2. Day Service

Si svolgono, tutte le mattine (dal lunedì al venerdì) i day-service:

- PACC 21 - day-service diagnostico-valutativo per Asma Bronchiale;
- PACC 22 - day-service diagnostico per BPCO;
- PACC 41 - day-service per terapia biologica;
- PACC 19 - day-service diagnostico per OSA;
- PACC 20 - day-service follow-up per OSA;
- PACC 42 - day-service terapeutico per OSA;
- PACC 91 - day-service follow-up per SARS- Covid 2.

3. Ambulatorio di Allergologia

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo per:

- prima visita: per screening e definizione diagnostica con successiva presa in carico del paziente;
- visita di controllo per follow-up seriatì;
- esecuzione ambulatoriale di PRICK TEST e PATCH TEST.

4. Ambulatorio di "Asma Grave"

Afferiscono pazienti che, selezionati e monitorati sec. L.G. GINA, sono sottoposti mensilmente a terapia biologica.

5. Ambulatorio dei "Disturbi Respiratori del Sonno"

Afferiscono pazienti, regolarmente prenotati da CUP oppure da agenda di gruppo per:

- prima visita: screening con esecuzione di POLISONNOGRAFIA o PACC 19 e definizione diagnostica con successiva presa in carico del paziente;
- visita di controllo con esecuzione di POLISONNOGRAFIA o PACC 20 per follow-up seriatì, sec. L.G. - A.A.S.M. (polisonnografia di controllo annuale);
- esecuzione di PACC 42 per "ADATTAMENTO A VENTILAZIONE NON -INVASIVA".

6. L'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE (U.O.S.V.D.) DI LUNGODEGENZA P.P.A. DI TERLIZZI

L' U.O.S.V.D. di Lungodegenza del P.P.A. di Terlizzi, è costituita da 20 posti letto di degenza e tre ambulatori di attività specialistiche.

In relazione al Piano del fabbisogno aziendale del personale, l'U.O.S.V.D. di Lungodegenza consta di N.5 Dirigenti medici (il Responsabile e 4 dirigenti), 2 fisioterapisti, 16 infermieri e 9 operatori socio-sanitari.

La struttura è articolata in DUE distinti settori.

A. REPARTO DI LUNGODEGENZA (COD. 60)

Il reparto di Lungodegenza del P.P.A. di Terlizzi viene attualmente riconosciuto con Codice Ministeriale 60, ovvero Riabilitazione Estensiva - Lungodegenza, rappresentando attualmente l'unica realtà di degenza ospedaliera aziendale con finalità anche riabilitative, tale da potersi definire Lungodegenza Riabilitativa.

Si eseguono ricoveri pazienti provenienti da reparti per acuti di DEA di I livello e II livello della ASL Bari, del Policlinico di Bari e di ASL limitrofe, ovvero pazienti complessi/fragili in fase di stabilizzazione con diagnosi e piano terapeutico impostato e con possibilità di recupero funzionale, secondo i criteri stabiliti dalle linee guida ARES Puglia (delibera 11.04.07) e del Bollettino Ufficiale della Regione Puglia – n.56 suppl. del 22.04.2015.

Si caratterizza per prestazioni di riabilitazione estensiva dedicata a pazienti affetti da disabilità croniche e/o non autosufficienti, che hanno bisogno di una assistenza medica e infermieristica continua e ad alta intensità ma che tuttavia non hanno più necessità di un recupero funzionale intensivo come nella fase acuta. Si tratta di un corredo complesso di attività clinico-assistenziale programmata a favore di pazienti affetti da disabilità a lunga persistenza e centrata sulla stabilizzazione clinica e il benessere.

Gli obiettivi fondamentali del setting di lungodegenza sono quelli di:

- gestione dei pazienti in situazioni di cronicità complesse, stabilizzazione clinica e mantenimento delle sue capacità nelle migliori condizioni possibili;
- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbilità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate al reinserimento in ambiente extra ospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalle condizioni di stabilità;
- fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

Le caratteristiche della presa in carico, attuata previa valutazione multidisciplinare, vengono basate su un Piano di Assistenza Individualizzato, formulato dall'equipe integrata attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e concordate, e inoltre basate su un Progetto Riabilitativo Individuale formulato con il supporto del personale fisioterapico sulla base delle condizioni cliniche del paziente e con riferimento alle scale di recupero dell'autonomia personale e della mobilità.

La peculiarità del setting ospedaliero necessita anche del ruolo dell'assistente sociale, attualmente presente in equipe, al fine di poter

organizzare il passaggio al successivo setting di cura territoriale con attivazione dei servizi necessari.

Nell'ambito delle attività svolte, **la riabilitazione rappresenta una componente dominante e imprescindibile della Lungodegenza e nel contempo ne qualifica la missione.**

L'obiettivo della Lungodegenza Riabilitativa è, pertanto, il recupero e/o il miglioramento delle funzioni perse ed è dedicata ai pazienti che hanno superato la fase acuta ma che tuttavia necessitano di un percorso strutturato e intensivo, mirato al recupero delle funzionalità compromesse.

Questo è il fulcro del trattamento sviluppato all'interno del Programma Riabilitato Individuale (PRI).

La differenza fondamentale con la lungodegenza tradizionale (o estensiva) sta nella gestione delle condizioni croniche del paziente:

- la stabilizzazione clinica;
- il mantenimento delle capacità residue in pazienti non autosufficienti;
- quando le condizioni lo consentono, il migliore recupero funzionale che resta l'obiettivo della riabilitazione estensiva.

B. ATTIVITÀ AMBULATORIALE

1. Ambulatorio di Medicina Interna e Epatologia

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo per:

- prima visita: per screening e definizione diagnostica con successiva presa in carico del paziente;
- visita di controllo per follow-up seriat.

2. Ambulatorio di "Trattamento delle Anemie"

Afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo per:

- prima visita: per screening e definizione diagnostica con successiva presa in carico del paziente;
- visita di controllo per follow-up seriat.

3. Ambulatorio di Ecografia Internistica

Tutti i giorni di mattina (dal lunedì al venerdì) nelle ore antimeridiane, afferiscono pazienti regolarmente prenotati da CUP oppure tramite agenda di gruppo per:

- ecografia: per screening e definizione diagnostica con successiva presa in carico del paziente;
- ecografia di controllo per follow-up seriat.

7. L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DELLE FRAGILITÀ, CRONICITÀ E MALATTIE A LUNGA PERSISTENZA: DEFINIZIONE E FINALITÀ

In virtù dei cambiamenti socio demografici e dei bisogni di salute della popolazione a cui il SSN deve rispondere, si è assistito a:

- un progressivo invecchiamento della popolazione;
- un incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e di condizioni di co-morbidità, in particolare in soggetti over settantacinquenni (66,6%);
- una progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 29,6% delle persone over sessantacinquenni che vivono sole;
- una riduzione del 50% circa degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socioeconomiche.

L'obiettivo generale della ASL di Bari, in linea con quanto previsto dal PNRR, resta l'implementazione di un sistema organizzato a rete e digitalizzato per la **Presa in Carico del Paziente Cronico e/o fragile e, nel nostro caso, nella fase di transizione dall'Ospedale alle strutture territoriali (post-acuzie).**

Pertanto, nell'ambito della organizzazione del Polo Riabilitativo Multiprofessionale e Interprofessionale è prevista la presenza di un **Ambulatorio Infermieristico** con un ruolo centrale di supporto e di coordinamento tra le diverse équipe sanitarie nell'ottica del *rehabilitation nursing*.

L'ambulatorio funge da nodo operativo per l'accoglienza, la valutazione infermieristica iniziale, il monitoraggio clinico e la gestione condivisa del piano Terapeutico-Riabilitativo-Assistenziale personalizzato.

Con la funzione strategica legata anche alla gestione del Transitional CARE e, quindi, di raccordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT).

L'assetto normativo e regolamentare del nostro **Sistema Sanitario Nazionale** e quello Regionale negli ultimi anni hanno sancito un preciso chiaro orientamento:

- abbattere il ricorso improprio all'ospedale;
- dimissioni sempre più precoci dagli ospedali;
- maggiore efficienza possibile del sistema;
- delega di tutte le prestazioni che possono essere svolte e portate a termine in ambito infermieristico.

L'obiettivo della presa in carico è anche quello di aumentare la conoscenza della patologia dei pazienti, tramite momenti di educazione terapeutica, migliorare l'adesione ai controlli periodici e stabilizzare il più possibile la malattia.

L'**Ambulatorio Infermieristico** si occupa prevalentemente della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche come, malattie a lunga persistenza e, più genericamente, delle fragilità.

Nel complesso, si tratta di introdurre un modello professionale di riferimento, che è anche strumento operativo, in modo da rendere omogenei i percorsi di presa in carico di un certo target di popolazione affetta da fragilità, cronicità e malattie a lunga persistenza.

Un altro elemento fondamentale e intrinseco al modello è lo sviluppo di "sistema a rete locale" che elimina il rischio di frammentazione degli interventi tra le diverse strutture e servizi.

Questo sistema, gestito in forma integrata, rimodulato e condiviso in modo che aderisca meglio al contesto di riferimento, rafforza naturalmente i servizi extra-ospedalieri.

Quello che ci aspettiamo è, di conseguenza, una forte riduzione dei ricoveri evitabili.

8. IL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE INTERNO AL POLO RIABILITATIVO DI TERLIZZI

Un servizio di Riabilitazione post-acuzie è una struttura sanitaria specializzata nella presa in carico di pazienti che hanno superato la fase acuta di una malattia o di un evento traumatico, ma che necessitano ancora di trattamenti riabilitativi per recuperare (parzialmente o totalmente) le loro funzionalità fisiche, neurologiche o muscolo-scheletriche.

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono di norma la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione attraverso uno o più programmi riabilitativi, anche attraverso le più moderne tecnologie digitali e la teleriabilitazione.

Pertanto l'attivazione del servizio di Riabilitazione post-acuzie impone l'opportuna assegnazione dei Fisiatri e del personale riabilitativo come presupposto imprescindibile alla realizzazione di un servizio Multiprofessionale e Interprofessionale.

Nel dettaglio gli obiettivi specifici del Servizio Riabilitazione post-acuzie:

- ottimizzare i percorsi riabilitativi attraverso un'integrazione funzionale tra i diversi reparti mediante richiesta ed esecuzione di consulenze specialistiche;
- individuare il setting riabilitativo appropriato (riabilitazione intensiva, estensiva, ambulatoriale o domiciliare);
- coordinare il team riabilitativo (Fisiatri, cardiologi, pneumologi, internisti, psicologi, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, infermiere, assistente sociale) nella formulazione del progetto riabilitativo e degli obiettivi del programma riabilitativo;
- favorire la continuità delle cure tra il ricovero e il territorio;
- incrementare le cure riabilitative a casa attraverso la telemedicina e più specificatamente la teleriabilitazione;

- implementare la valutazione funzionale precoce e personalizzata;
- ridurre la durata media dei ricoveri e i tassi di riospedalizzazione;
- standardizzare protocolli clinico-assistenziali condivisi.

L'attivazione del servizio di Riabilitazione post-acuzie interno è delegata al titolare dell'Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (U.O.S.V.D.) sovra distrettuale area Nord che ne assume la responsabilità e ne coordina i lavori.

9. LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA INTERPROFESSIONALE E MULTIDIMENSIONALE PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE

I ricoveri nelle strutture di cura post-acuzie stanno crescendo a causa degli sforzi per ridurre la durata delle degenze ospedaliere, ridurre i re-ricoveri ospedalieri, migliorare la prognosi post-ricovero, migliorare la qualità di vita e l'autonomia del paziente e con questo ridurre i bisogni assistenziali che ricadono, anche, sulla famiglia e sulle strutture sanitarie territoriali alla dimissione dagli ospedali per acuti.

L'ospedale per le cure riabilitative è un importante elemento di **interazione** tra le diverse componenti sanitarie e assistenziali all'interno di un territorio.

L'**interazione** si sviluppa e consolida attraverso l'attivazione di percorsi di cura e riabilitazione condivisi, che obbligano all'interazione più saperi, abilità e competenze disciplinari mediche assieme a saperi, abilità e competenze, di altre professioni.

L'**interazione**, infine troverà la necessaria facilitazione a seguito dell'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) che hanno la **funzione di raccordo e transizione (gestendo ed agevolando i trasferimenti) tra strutture e servizi e, quindi tra i diversi setting sanitari e socio sanitari.**

La riabilitazione multiprofessionale è un approccio riabilitativo che mira a recuperare il massimo livello di autonomia e benessere di un paziente considerando tutti gli aspetti della sua persona: fisico, funzionale, psicologico, sociale ed emotivo (quindi un approccio multidimensionale).

Una risposta adeguata ai pazienti complessi e l'obiettivo dell'assistenza riabilitativa ospedaliera acuta sono il ripristino in una persona disabile dell'autosufficienza o della massima indipendenza funzionale possibile.

Il piano integrato di riorganizzazione della rete e funzioni del sistema ospedaliero serve per colmare la mancanza di interazione tra i diversi servizi territoriali e le strutture ospedaliere polispecialistiche per la riabilitazione (DM 70/2015).

Il bisogno di salute del paziente si configura con una **multidimensionalità di aspetti biologici, sociali, ambientali, relazionali affettivi e culturali**, tali da richiedere l'intervento coordinato di una molteplicità di professionisti.

Pertanto la presa in carico riabilitativa, nel mantenimento di ciascuna professionalità, prevederà la cooperazione dei vari specialisti (fisiatra, cardiologo, pneumologo ed internista ecc.) e nell'ottica della

“trasversalità” dell’intervento riabilitativo la partecipazione di tutte le altre figure necessarie alla migliore riuscita del PRI.

Tutto questo diventa possibile solo se vi è stata, preliminarmente, una valutazione globale del paziente, e cioè se sono stati esplorati tutti gli aspetti rilevanti per la sua condizione (valutazione multidimensionale della persona prima che del paziente).

Per assicurare queste condizioni l’equipe deve affrontare le situazioni di lavoro attuando una nuova metodologia.

Deve collaborare, in maniera sinergica, alla creazione di un piano terapeutico personalizzato focalizzato non solo sul recupero motorio ma anche sul sostegno cognitivo e comportamentale e sull’educazione a comportamenti più aderenti alla patologia, sia paziente che della sua famiglia.

In questo modo sarà possibile **assicurare la continuità delle cure, in generale, e anche quelle riabilitative quando necessarie.**

Sia l’organizzazione del lavoro che la conseguente operatività impongono una precisa differenziazione di competenze rispetto alle diverse professionalità presenti nell’equipe.

Pertanto, la differenziazione di ruoli e delle funzioni delle figure coinvolte sono alla base di un’efficace integrazione operativa finalizzata ad attuare il Programma Riabilitativo Individuale (PRI) redatto ed elaborato in équipe.

Questa procedura rende l’intervento riabilitativo più mirato, globale, continuo ed efficace in quanto più aderente anche ai bisogni assistenziali del paziente, quando presenti, e rilevati in sede di valutazione.

Il PRI deve tenere conto della prognosi funzionale, **della modificabilità del quadro di disabilità**, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua partecipazione al programma.

Il PRI è il **piano degli interventi riabilitativi**, unico per ciascun paziente, che definisce:

- le aree di intervento specifico;
- i tempi e gli obiettivi da conseguire sulla base di specifiche caratteristiche del paziente relativamente alle condizioni di salute;
- le abilità residue;
- i bisogni specifici;
- la situazione familiare e ambientale.

Definisce, inoltre, gli operatori coinvolti e la programmazione della verifica degli interventi.

Per garantire l’ottimale conseguimento degli obiettivi programmati, il PRI deve essere valutato nel tempo e, nel caso, modificato sino a che il trattamento non si conclude. Il PRI, pertanto, può essere ricalibrato in relazione al variare delle condizioni e dei risultati conseguiti.

Il principale strumento per il coinvolgimento attivo dei membri dell’equipe è la gestione circolare della comunicazione, che deve risultare chiara, diretta e

tempestiva in modo da rendere omogenei e coerenti i comportamenti professionali di tutti gli operatori.

Alcuni strumenti di condivisione, tra i più efficaci, per la gestione dell'equipe riabilitativa:

- **le riunioni d'equipe**, che hanno come obiettivo fondamentale il bilancio e l'aggiornamento del PRI per:
 - evidenziare i progressi e i problemi per il conseguimento degli obiettivi riabilitativi e verificarne le cause;
 - verificare adeguatezza delle cure e realizzabilità degli obiettivi;
 - adeguare le modalità di comunicazione tra i componenti e il paziente;
 - predisporre le dimissioni.
- **il briefing**, che garantisce con un confronto breve e colloquiale la misurazione del raggiungimento o meno degli obiettivi o uno scambio di informazioni interprofessionale.

La buona riuscita del lavoro in team è determinata da fattori che facilitano tutti quei processi necessari alla presa in carico di una problematica, alla programmazione di un intervento e alla sua messa in atto.

Al paziente ricoverato in fase acuta deve essere proposto un Percorso Riabilitativo Unico Integrato nei vari ambiti riabilitativi. Questo si concretizza nel concetto di "presa in carico dell'utente" e nell'erogazione degli interventi secondo uno specifico PRI. Il medico specialista in riabilitazione, responsabile clinico del paziente, definisce il PRI d'intesa con tutte le figure professionali coinvolte che operano unitariamente con obiettivi comuni.

10. MODALITÀ OPERATIVE DEL TEAM DI RIABILITAZIONE MULTIPROFESSIONALE E INTERPROFESSIONALE

Le modalità operative si distinguono in **interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale**.

Si definiscono "attività sanitarie di riabilitazione" gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazione a contenere o minimizzare la sua disabilità, e il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

Si definiscono, invece, "**attività di riabilitazione sociale**" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap.

In relazione al quadro clinico ed alle modalità operative finalizzate al recupero funzionale, il team multiprofessionale e Interprofessionale si occuperà di:

- **Valutazione Funzionale Iniziale:**
 - analisi dello stato funzionale (scala Barthel, FIM, MRC, 6MWT, etc.);
 - definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI);
 - identificazione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

- **Coordinamento Interdisciplinare:**
 - partecipazione alle riunioni di équipe interdisciplinari;
 - collaborazione alla stesura dei piani terapeutici condivisi;
 - monitoraggio dell'aderenza ai protocolli e ai tempi di recupero.

- **Supervisione Riabilitativa:**
 - controllo clinico sui programmi fisioterapici in atto;
 - sorveglianza delle complicanze muscolo-scheletriche o neurologiche;
 - adattamento del piano riabilitativo secondo l'evoluzione clinica.

- **Dimissione e Continuità Assistenziale:**
 - stesura della relazione fisiatrica finale;
 - connessione con servizi territoriali (ADI, fisioterapia ambulatoriale, RSA);
 - consulenza al MMG per il follow-up.

11. RISORSE UMANE E COMPOSIZIONE DEL TEAM INTERPROFESSIONALE

Il primo, imprescindibile passo verso la costituzione del servizio, è la formazione di un'Equipe Interprofessionale.

Il team deve rappresentare il *tres d'union* tra le tre UU.OO.SS.VV.DD., per cui, a geometria variabile a seconda del caso, può prevedere:

- **Medici specialisti (Cardiologo, Pneumologo, Internista);**
- **Medico fisiatra;**
- **Fisioterapista;**
- **Logopedista;**
- **Infermiere;**
- **Psicologo clinico;**
- **Nutrizionista;**
- **Assistente sociale;**
- **OSS.**

12. LA TELERIABILITAZIONE NEL CONTESTO SANITARIO ATTUALE

La teleriabilitazione rappresenta una delle principali evoluzioni della telemedicina applicata alla medicina fisica e riabilitazione, configurandosi come un insieme di interventi riabilitativi erogati a distanza mediante tecnologie digitali, in modalità sincrona (interazione in tempo reale) o asincrona (monitoraggio e programmi differiti).

Secondo le Linee Guida Nazionali sulla Teleriabilitazione, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 novembre 2021, la teleriabilitazione è definita come *"l'erogazione di servizi riabilitativi a distanza finalizzati al miglioramento o mantenimento della funzione psicofisica del paziente"*.

Stabiliscono, inoltre, che la teleriabilitazione deve essere integrata nel PRI, deve essere erogata da strutture accreditate e le prestazioni remote hanno lo stesso valore clinico e tariffario delle prestazioni in presenza mediante l'utilizzo di sistemi certificati e sicuri.

A livello europeo, numerosi documenti scientifici confermano l'efficacia della teleriabilitazione nei disturbi neurologici, ortopedici e cognitivi. Una consensus internazionale del 2024, pubblicata su *Frontiers in Neurology*, evidenzia che la tele riabilitazione garantisce continuità di cura, riduce i costi per il paziente, aumenta l'aderenza terapeutica, non presenta effetti avversi significativi, con esiti clinici sovrapponibili ai trattamenti in presenza.

Un documento europeo della UEMS (2024) sottolinea inoltre che la teleriabilitazione costituisce un "nuovo standard operativo" in ambito riabilitativo, raccomandando modelli organizzativi strutturati, con particolare attenzione alla sicurezza dei dati, alla tracciabilità e alla qualità delle prestazioni. La crescita della teleriabilitazione risponde alle esigenze poste dal DM 77/2022, che valorizza la telemedicina come strumento cardine nei nuovi modelli territoriali, e dalle linee del PNRR, che finanziano piattaforme digitali per aumentare prossimità, continuità e accessibilità ai servizi.

Essa si inserisce nel più ampio processo di trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale, coerentemente con gli obiettivi del PNRR e con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che promuovono modelli di presa in carico territoriale, continuità assistenziale e prossimità delle cure.

Dal punto di vista clinico-organizzativo, la teleriabilitazione consente di:

- **garantire continuità terapeutica tra ospedale e territorio;**
- **aumentare l'accessibilità alle cure, in particolare per pazienti fragili o con limitazioni alla mobilità;**
- **migliorare l'aderenza al trattamento attraverso il monitoraggio continuo;**
- **ottimizzare l'impiego delle risorse professionali.**

Evidenze scientifiche consolidate dimostrano come la teleriabilitazione sia efficace in diversi ambiti (neurologico, ortopedico, respiratorio, cognitivo), con outcomes sovrapponibili ai trattamenti tradizionali in presenza, soprattutto nei programmi di mantenimento e follow-up.

Inoltre, la possibilità di integrare strumenti di telemonitoraggio e dispositivi indossabili consente una valutazione oggettiva e continua dei parametri funzionali del paziente, favorendo un approccio personalizzato e dinamico al Progetto Riabilitativo Individuale.

La teleriabilitazione viene inoltre considerata non come alternativa, ma come integrazione dell'attività ambulatoriale tradizionale, configurandosi come un'estensione del setting riabilitativo.

13. LA DIGITALIZZAZIONE E L'INFORMATIZZAZIONE NELL'AREA RIABILITATIVA

La realizzazione del Polo Riabilitativo è un'opportunità che non possiamo perdere ed è anche di facile realizzazione in quanto disciplinata dalle direttive sancite dall'importante corredo normativo il cosiddetto **Decreto Ministeriale 77/2022** e dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**.

Si tratta di procedere ad una riorganizzazione evolutiva in senso digitale per informatizzare tutti i percorsi riabilitativi a partite da quelli post – acuzie ospedalieri come per le Strutture Complesse di Recupero e Riabilitazione Neuromotoria, del P.P.A. di Triggiano, di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'Ospedale della Murgia per sviluppo di Teleriabilitazione in ambito neuro-motorio e per le UU.OO.SS.DD. del Polo Riabilitativo Integrato del PPA di Terlizzi.

L'Obiettivo Tecnologico quello di realizzare una rete di protezione sanitaria di prossimità che assicuri:

- i dispositivi medici all'avanguardia per diagnostica per efficientare il sistema e renderlo più efficace;
- una tecnologia, al servizio dell'efficacia, che deve supportare il team multidisciplinare e multiprofessionale (Medici, Infermieri, Terapisti, Assistenti Sociali ecc.) nella erogazione di servizi e delle prestazioni in forma continua, integrata e personalizzata, anche attraverso la Telemedicina;
- la riduzione degli accessi ospedalieri impropri nei reparti di diagnosi e cura;
- **la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso;**
- la presa in carico delle persone, anche a domicilio, soprattutto per quanti risiedono nelle aree interne e nei comuni svantaggiati, (la casa come luogo di cura) sviluppando sistemi digitali per la Teleassistenza, la Televisita, il Telemonitoraggio e la Teleriabilitazione;

Le tecnologie necessarie per digitalizzazione e l'informatizzazione non possono prescindere da una solida infrastruttura digitale per sostenere la **telemedicina** che prevede:

- **Televisita;**
- **Teleconsulto;**
- **Teleassistenza;**

- **Teleriabilitazione;**
- **Telemonitoraggio.**

Gli accorgimenti necessari per assicurare la qualità e la sicurezza delle Tecnologie Digitali e Infrastrutturali necessarie per implementare un sistema digitalizzato di presa in carico prevedono per:

- **La Telemedicina:**
 - piattaforme per le Televisite, la Teleassistenza, il **Telemonitoraggio** o monitoraggio a distanza, e la **Teleriabilitazione** dei pazienti;
- **le Infrastrutture di Rete:**
 - connessioni solide e sicure per garantire la continuità dei servizi digitali.
- **Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in assenza, ogni altro strumento condiviso di repository:**
 - verifica dell'esistenza di strumenti per la circolazione sicura delle informazioni tra i professionisti.

Sono due le diverse modalità di erogazione di servizi sanitari a distanza:

- la **Televisita** che si configura come un vero e proprio atto medico, sia diagnostico che prescrittivo.
- la **Teleassistenza** che dobbiamo considerare come una normale attività continuativa per sostenere e agevolare, monitorandolo, il percorso di cura (verifica dell'aderenza alle prescrizioni farmacologiche e non, più opportuni stili di vita ed interazione con il Caregiver informale o formale).

Una materia ampiamente trattata da AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) sul Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina.

Si tratta di strumenti operativi sofisticati che impongono l'attivazione l'utilizzo di piattaforme sicure e del consenso informato.

Strumenti facilitatori:

- dell'interazione a distanza ed in tempo reale con il paziente o i suoi familiari;
- che, a seconda delle situazioni, possono permettere l'interazione scritta, solo audio o audio-video;
- che riducono o eliminano gli spostamenti, assicurando comunque la presa in carico e la continuità delle cure, soprattutto per le persone affette da cronicità, malattie a lunga persistenza e anziani fragili;
- che non possono, tuttavia, sostituirsi alla prima visita in presenza per definire la prima diagnosi, avviare la presa in carico, la valutazione multidimensionale ed elaborare un Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

14. LA TELERIABILITAZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE

La **riabilitazione**, in genere, è un percorso multidisciplinare finalizzato a recuperare, mantenere o migliorare le funzionalità fisiche, cognitive, psicologiche o sociali compromesse a causa di malattie, traumi, disabilità o processi degenerativi.

Può includere riabilitazione **motoria** (movimento, equilibrio, attività fisiche mirate), riabilitazione **neuropsicologica** (funzioni cognitive come memoria, attenzione e linguaggio), riabilitazione della comunicazione, della deglutizione e finanche dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana.

Quando la riabilitazione avviene a distanza, tramite strumenti digitali e telecomunicazioni, si parla allora di teleriabilitazione.

La Teleriabilitazione rappresenta un ambito strettamente connesso alla **Telemedicina** ed è un settore in grande e rapido sviluppo nell'ambito della **sanità digitale**.

Una soluzione di analoga efficienza per tutti quei pazienti che hanno difficoltà negli spostamenti o che hanno bisogno di una continuità terapeutica anche fuori dai luoghi sanitari, cosa che può essere assicurata grazie all'ausilio delle moderne tecnologie digitali in grado di fornire gli stessi servizi riabilitativi ma a distanza, offrendo vantaggi come maggiore accessibilità, flessibilità e la possibilità di continuare il trattamento anche da casa.

Una attività facilitata dalle utilizzate tecnologie e strumenti come videochiamate, app e sensori per consentire ai pazienti e terapisti di interagire e svolgere gli stessi esercizi da remoto.

Le modalità di interazione sono molteplici, su tutte quella sincrona (in tempo reale) e asincrona (registrata o tramite app).

Come funziona

- **Modalità di erogazione:** può essere sincrona, con sedute in videoconferenza in tempo reale, o asincrona, con esercizi da svolgere tramite app, e si definisce anche "mista" quando combina entrambe le modalità.
- **Tecnologia:** si utilizzano piattaforme per videochiamate, app che guidano il paziente negli esercizi e, in alcuni casi, dispositivi con sensori che tracciano i movimenti del paziente.
- **Monitoraggio:** i terapisti possono monitorare i progressi del paziente in tempo reale o a distanza, e alcuni sistemi permettono anche di intervenire sui parametri degli esercizi.
- **Formazione:** gli operatori sanitari vengono formati all'uso dei sistemi di teleriabilitazione e alla gestione dei problemi tecnici.

Vantaggi

- **Accessibilità:** permette di accedere a cure specialistiche da remoto, eliminando le barriere geografiche e rendendo il trattamento più accessibile per anziani, persone fragili o residenti in aree remote.

- **Flessibilità:** il paziente può svolgere gli esercizi ovunque e quando preferisce, aumentando la motivazione e l'aderenza al programma terapeutico.
- **Intensità e frequenza:** consente di aumentare l'intensità e la frequenza dei trattamenti, intervallando le sedute in presenza con quelle a casa.
- **Continuazione delle cure:** assicura la continuità del percorso riabilitativo anche dopo le dimissioni.

15. CONCLUSIONI

L'attivazione di un Servizio di Fisiatria centralizzato all'interno di un percorso riabilitativo interprofessionale rappresenta un passo fondamentale per garantire un approccio integrato e personalizzato alla cura del paziente.

L'approccio interprofessionale, infatti, valorizza la presa in carico globale del paziente, rispondendo in modo più efficace ai bisogni complessi legati alla disabilità e alla limitazione funzionale.

In conclusione, la realizzazione di questo servizio, con l'ausilio di tecnologie informatiche, rappresenta un investimento strategico in termini di qualità delle cure e di sostenibilità del sistema sanitario in quanto punta non solo a migliorare l'efficacia dei trattamenti, ma anche ad ottimizzare le risorse, ridurre i tempi di recupero e promuovere una maggiore continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, attraverso la presa in carico integrata.

Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
Il Direttore
Vito Piazzolla

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012

ONERI DI RISERVATEZZA:

CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20260001053 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260000888 DEL 24/04/2026

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Paciello Margherita	 Firmato digitalmente il 24/04/2026 11:23
Responsabile U.O.S. Affari Generali	Iorio Raffaele	 Firmato digitalmente il 24/04/2026 11:25
Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	Piazzolla Vito	 Firmato digitalmente il 24/04/2026 11:59