AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

ANNO: 2026 N. 1824

Data 13/11/2026

OGGETTO: APPROVAZIONE DELLA "PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE AMBULATORIALI"

IL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: Approvazione della "Procedura Operativa Aziendale per l'erogazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali"

Preso atto della relazione del Direttore Sanitario Aziendale, che si condivide e si intende integralmente richiamata;

Premesso che:

- l'assistenza riabilitativa ambulatoriale richiede modalità organizzative uniformi, idonee a garantire appropriatezza, tempestività, continuità assistenziale ed equità di accesso;
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 disciplina i livelli essenziali di assistenza e le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e riabilitativa;
- il D.M. 23 maggio 2022, n. 77, definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;

Considerato che:

- la U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione ha coordinato un Gruppo di Lavoro Aziendale incaricato di definire modalità omogenee di accesso, presa in carico ed erogazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali;
- il gruppo di lavoro ha concluso e approvato, nell'Agosto 2026, la "Procedura operativa aziendale per l'erogazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali";

Rilevato che il documento:

- disciplina le attività degli ambulatori aziendali di fisiochinesiterapia,
- definisce le modalità di prenotazione, i criteri di priorità, la presa in carico, la valutazione, il programma riabilitativo, l'erogazione delle prestazioni e la gestione della documentazione;
- individua compiti e responsabilità dei professionisti coinvolti ed è finalizzato a garantire uniformità, appropriatezza e tracciabilità del percorso assistenziale;

Dato atto altresì che il presente provvedimento non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio aziendale;

ACQUISITO *il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente proponente, ai sensi della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i che ne attesta la regolarità e la completezza;*

DATO ATTO *dell'attestazione resa dai competenti Responsabili in ordine alla regolarità amministrativo-contabile e tecnica del presente provvedimento:*

- Dirigente nella qualità di Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Distrettuale e Servizi Prevenzione;

ACQUISITI*, per quanto di rispettiva competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;*

DELIBERA

per tutto quanto sopra indicato che qui si intende integralmente richiamato:

DI APPROVARE la "Procedura operativa aziendale per l'erogazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali", allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

DI DISPORRE l'applicazione della procedura presso tutte le strutture aziendali interessate dalla data di esecutività del presente provvedimento;

DI DEMANDARE al Direttore della Funzione Territoriale, e al Direttore f.f. della U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione il coordinamento della sua attuazione e il relativo aggiornamento periodico;

DI STABILIRE che i Direttori e i Responsabili delle strutture interessate assicurino, per quanto di competenza, l'applicazione delle disposizioni contenute nella procedura;

DI DARE ATTO che il presente provvedimento non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio aziendale;

DI TRASMETTERE il presente atto alla Direzione Funzione Territoriale, Medicina Fisica e Riabilitazione, Direzione Medica Ospedaliera, ai Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti sanitari, alle strutture erogatrici interessate, al CUP aziendale e alla U.O.C. URP e Comunicazione Istituzionale, per gli adempimenti di rispettiva competenza;

DI DARE ATTO che ai sensi della L.R. n. 10/2022 decorsi i termini di pubblicazione di cui alla L. 69/2009 il presente provvedimento sarà soggetto a pubblicazione integrale;

DI DARE ATTO che il presente provvedimento, ai sensi dell’art. 6 del regolamento interno approvato con deliberazione n. 705 del 28 giugno 2012, è immediatamente esecutivo.

Relazione del Direttore Sanitario:

Premesso che:

l'assistenza riabilitativa ambulatoriale deve essere organizzata secondo criteri uniformi di appropriatezza, tempestività, continuità assistenziale ed equità di accesso;
il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ricomprende nei livelli essenziali di assistenza le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e riabilitativa, demandandone l'erogazione alle modalità organizzative definite nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
il D.M. 23 maggio 2022, n. 77, nel definire modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, rafforza l'esigenza di percorsi coordinati e integrati tra i diversi livelli di cura;

Considerato che:

la U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione ha coordinato un gruppo di lavoro aziendale per la revisione delle modalità di accesso, presa in carico ed erogazione delle prestazioni di fisiochinesiterapia;
il gruppo di lavoro ha concluso e approvato, nell'Agosto 2026, la procedura operativa allegata, predisposta tenendo conto del vigente nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, della disciplina regionale sulle liste di attesa e della precedente regolamentazione aziendale;

DATO ATTO che l'approvazione della procedura non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio aziendale, dovendo le attività essere assicurate mediante le risorse umane, strumentali e organizzative disponibili;

Per quanto sopra esposto, si propone:

DI APPROVARE la "Procedura operativa aziendale per l'erogazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali", allegata quale parte integrante e sostanziale del provvedimento;

DI DISPORRE l'applicazione presso tutte le strutture aziendali interessate;

DI DEMANADARE al Direttore della Funzione Territoriale, e al Direttore f.f. della U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione il coordinamento della sua attuazione e il relativo aggiornamento periodico;

DI TRASMETTERE il provvedimento alle strutture aziendali competenti Direzione Medica Ospedaliera, DSB area Pescara, Area Metropolitana e Area Montana, alla UOC Medicina Fisica e Riabilitazione, CUP e URP, per gli adempimenti conseguenti.

Rossano Di Luzio

Direttore Sanitario



ROSSANO DI LUZIO
03/09/2026 07:48:39 UTC+0200

PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE AMBULATORIALI

SOMMARIO

1 Revisioni Documento 3
1.1 Riepilogo 3
1.2 Storico Revisioni 3
1.3 Gruppo di Lavoro 3
2 PREMESSA 4
3 SCOPO DEL DOCUMENTO 5
4 LA RIABILITAZIONE AMBULATORIALE 5
5 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEGLI AMBULATORI DI RIABILITAZIONE 7
6 FASE DI PROGRAMMAZIONE: MODALITA' DI PRENOTAZIONE E CRITERI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI FKT 8
6.1 MODALITA' DI PRENOTAZIONE 8
6.2 CRITERI DI PRIORITÀ NELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI 8
7 FASE OPERATIVA: PRESA IN CARICO, VALUTAZIONE, ELABORAZIONE DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE ED EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE 11
7.1 ELABORAZIONE DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE 12
7.2 EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE 13
8 DOCUMENTAZIONE E ARCHIVIAZIONE DATI DEL PAZIENTE 14
9 NOTE CONCLUSIVE 14
10 NORMATIVA DI RIFERIMENTO 14
11 ALLEGATI 16
11.1 ALLEGATO 1 16
ESEMPI DI PRESCRIZIONI DI ALCUNE PRESTAZIONI CON RELATIVI CODICI MINISTERIALI 16
11.2 ALLEGATO 2 18
ACCESSO ALLA VISITA FISIATRICA SECONDO CRITERI DI PRIORITÀ CLINICA 18
11.3 ALLEGATO 3 20
SCHEDA AMBULATORIALE FISIATRICA 20
11.4 ALLEGATO 4 22
SCHEDA AMBULATORIALE DI VALUTAZIONE FISIOTERAPICA 22
11.5 ALLEGATO 5 24
ELENCO AMBULATORI DI FISIOCHINESITERAPIA AZIENDALI 24
11.6 ALLEGATO 6 25
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE PRESTAZIONI DI FISIOTERAPIA. 25
11.7 ALLEGATO 7 28
CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO. 28
11.8 ALLEGATO 8 31
SCHEDA LINFEDEMA E LIPEDEMA 31

1 REVISIONI DOCUMENTO

1.1 Riepilogo

DESCRIZIONE PRIMA VERSIONE DOCUMENTO	
REVISIONE	
DATA	Agosto 2026
NATURA DELLA REVISIONE	Prima emissione
REDAZIONE	Gruppo di Lavoro Aziendale
VERIFICA	Referente della Procedura Operativa Aziendale Dr.ssa Vitalma Liotti
APPROVAZIONE	Delibera del Direttore Generale n. del

1.2 Storico Revisioni

DATA	VERSIONE	ARGOMENTI RIESAMINATI	MOTIVO DELLA REVISIONE

1.3 Gruppo di Lavoro

Redazione		Ruolo	U.O.C.
Referente	Dr.ssa Vitalma Liotti	Direttore f.f.	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
Componente	Dr.ssa Mariateresa Desiderio	Dirigente Medico Fisiatra	U.O.S. Gestione Attività Riabilitative Territoriali
Componente	Dott.ssa. Marzia Damiani	Fisioterapista, P.O. fisioterapisti	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione

2 PREMESSA

Le attività ambulatoriali di riabilitazione costituiscono un anello fondamentale nel complesso meccanismo del *"sistema riabilitazione*", sia che riguardino patologie caratterizzate da bassa priorità di accesso ma ad elevata incidenza nella popolazione, sia che riguardino patologie ad elevata complessità clinico-assistenziale ed elevata priorità di accesso terapeutico, ma con bassa incidenza.

Le prestazioni ambulatoriali a carattere riabilitativo relative alle attività di fisioterapia e rieducazione funzionale, oggetto del presente documento aziendale, si collocano a pieno titolo nel contesto della realtà aziendale, sia ospedaliera che territoriale.

Con la procedura aziendale si vogliono definire le modalità organizzative ed erogative, limitatamente agli ambulatori dedicati alla fisiochinesiterapia, logopedia e terapia occupazionale aziendali.

Si riassumono sinteticamente i principi ispiratori della riabilitazione ed in particolare della fisioterapia ambulatoriale:

- il percorso di presa in carico può essere attivato per tutte le persone che hanno reale necessità di un percorso riabilitativo di tipo ambulatoriale;
- gli interventi riabilitativi devono essere effettuati in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno ed in funzione della patologia da trattare, secondo criteri di tempestività ed appropriatezza;
- le prestazioni riabilitative sono erogate dai professionisti sanitari della riabilitazione nello specifico da fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali;
- come riportato nelle normative nazionali di riferimento, le attività di fisioterapia e rieducazione funzionale sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali di varia eziologia, prevenendo le menomazioni secondarie, al fine di consentire alla persona la migliore qualità di vita possibile;
- deve essere favorita la partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura da parte del paziente e, se necessario, da parte della sua famiglia, con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa (criterio del coinvolgimento attivo dell'utente) finalizzata ad ottenere l'acquisizione di strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche.

Le attività di fisioterapia e rieducazione funzionale sono prestazioni indirizzate, di norma, a curare disabilità transitorie e/o minimali (quali quelle dovute ad artropatie degenerative segmentarie, esiti di fratture scheletriche, esiti di interventi chirurgici di protesizzazione articolari, ecc.) che richiedono programmi terapeutico-riabilitativi brevi ed orientati ad un largo numero di utenti.

Tali attività non richiedono la predisposizione di un Progetto Riabilitativo Individuale.

3 SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo del documento è quello di organizzare le attività riabilitative ricomprese nella branca della Medicina Fisica e Riabilitazione erogabili in regime ambulatoriale negli ambulatori aziendali.

Nel dettaglio vengono definite le fasi di programmazione e quella operativa del percorso, partendo dalle modalità di prenotazione e di accesso alle strutture ambulatoriali riabilitative aziendali, per procedere poi con la presa in carico dell'utente/paziente e la gestione della relativa documentazione di seguito riportata:

1) Scheda ambulatoriale di valutazione fisiatrica - Allegato 3 alla Delibera Aziendale n°1152 del 21.12.2017;
2) Scheda ambulatoriale di valutazione fisioterapica - Allegato 4 alla Delibera Aziendale n°1152 del 21.12.2017;
3) Scheda logopedica;
4) Scheda terapia occupazionale; (recupero attività della vita quotidiana)
5) Scheda linfedema.
6) Scheda per la riabilitazione pelvi-perineale.

4 LA RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

In accordo con le Linee Guida del 1998, con il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011 e, da ultimo, con le Linee di indirizzo del 2019 per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, le tipologie di pazienti che possono usufruire dell'attività di riabilitazione ambulatoriale sono individuabili in:

- **"casi complessi":** utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti e un elevato grado di disabilità nelle ADL, che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici eseguiti da un team multiprofessionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione). Come dal Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011, la durata complessiva del trattamento riabilitativo dovrà essere di 90 minuti per accesso. Tali pazienti, di norma, seguono percorsi appositamente attivati dalle UVM per l'inserimento in Strutture ex art 26, in regime ambulatoriale.

- **"casi non complessi":** utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, necessitano di una sola tipologia di prestazione riabilitativa erogata o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione. Come da indicazione nazionale, la durata dell'accesso deve essere compresa tra 30 e 60 minuti.

La riabilitazione ambulatoriale oggetto del presente regolamento, riguarda esclusivamente i "**casi non complessi**" e viene svolta presso gli ambulatori aziendali di Fisiochinesiterapia, Logopedia e Terapia Occupazionale, territoriali o ospedalieri, preposti all'erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione in regime ambulatoriale, a favore quindi di pazienti con disabilità transitorie e/o minimali.

Le prestazioni riabilitative sono erogate in ambulatorio in forma individuale o a piccoli gruppi.

Dal 1° gennaio 2025, le prestazioni di valutazione funzionale e rieducazione, come pubblicate nella G.U. del 18/3/2017, sono riferite alle funzioni e alle attività identificate secondo il Sistema di Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (ICF).

In particolare, secondo tale criterio, le prestazioni di rieducazione sono indicate come:

- Rieducazione motoria relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento;
- Rieducazione motoria cardio-respiratoria relativa alle funzioni dell'apparato cardiovascolare, immunologico e respiratorio;
- Rieducazione del linguaggio relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio;

- Rieducazione della disfagia relativa alle funzioni dell'apparato digerente;
- Rieducazione del pavimento pelvico relative alle funzioni genito-urinarie, incontinenza urinaria;
- Rieducazione delle funzioni mentali globali;
- Rieducazione delle funzioni mentali specifiche;
- Rieducazione all'autonomia della vita quotidiana.

5 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEGLI AMBULATORI DI RIABILITAZIONE

I requisiti strutturali ed organizzativi minimi per ogni ambulatorio di riabilitazione, sono quelli previsti nella L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii.

Inoltre, negli ambulatori aziendali, sono ricompresi, quali requisiti organizzativi e funzionali, anche quelli di seguito elencati:

- Individuazione del medico fisiatra di riferimento per ogni ambulatorio di fisiochinesiterapia;
- Il registro informatico, alla sua attivazione, sarà utilizzato per la prenotazione degli interventi riabilitativi, per la presa in carico e per il planning settimanale e mensile;
- Scheda individuale di lavoro per le figure tecniche (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali);
- Attivazione di specifici programmi per terapie di gruppo (es. back-school, bone-school, shoulder school);
- Attivazione di reti/percorsi specifici per patologia/menomazioni (es. linfedema, riabilitazione respiratoria, pelvi-perineale, ecc.);
- Analisi dei bisogni formativi al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate;
- Attuazione di modalità di educazione dell'utenza circa norme ergonomiche e di auto-trattamento.

6 FASE DI PROGRAMMAZIONE: MODALITA' DI PRENOTAZIONE E CRITERI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI FKT

6.1 MODALITA' DI PRENOTAZIONE

Si accede alle prestazioni riabilitative mediante richiesta di "Prima visita di Medicina Fisica e Riabilitazione", cod. 89.7B.2, redatta dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) o da altro Specialista di struttura pubblica su ricetta dematerializzata o, in caso di impossibilità, su ricettario del S.S.N., con prenotazione tramite CUP aziendale, sulle agende di I° livello.

La visita fisiatrica potrà esitare con la prescrizione di fisioterapia, secondo le modalità operative riportate nella Delibera DG 1152/2017.

In questo caso il fisiatra dovrà compilare l'impegnativa su ricettario SSN indicando le prestazioni riabilitative secondo quanto contemplato nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

In attesa della creazione di agende CUP di 2° livello, che permettano al fisiatra stesso di prenotare direttamente le prestazioni di fisioterapia, la modalità attuale prevede che l'utente provvisto di **impegnativa redatta dal fisiatra aziendale unitamente alla scheda di valutazione (All.3 alla Delibera del Direttore Generale n°1152/2017),** si rechi presso gli ambulatori preposti delle sedi erogative aziendali per la presa in carico e prenotazione delle prestazioni riabilitative richieste, secondo i criteri di priorità di cui al paragrafo 6.2.

Anche i MMG possano emettere impegnative per l'accesso agli ambulatori di fisioterapia aziendale, ma sulla base di un progetto riabilitativo redatto da parte del Fisiatra di struttura pubblica o privata accreditata.

6.2 CRITERI DI PRIORITÀ NELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

I criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni riabilitative in regime ambulatoriale vengono assimilati ai quesiti diagnostici per l'accesso alle prime Visite Fisiatriche, di cui al Piano Operativo Regionale per il Governo delle Liste di Attesa della DGR 265/2019, come di seguito elencati.

Classi di priorità per l'accesso alle Prime Visite di Medicina Fisica e Riabilitazione:

Classe Urgente, entro 72 ore:

- Paziente post chirurgico dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali.

- Paziente post acuto dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali.

Classe Breve, entro 10 giorni:

-Paziente con postumi motori, vegetativi e cognitivi di traumatismi cranici e midollari.

- Pazienti cerebrovascolari post acuti, con postumi multipli ma con relativa autonomia funzionale ed altre malattie a carattere neurodegenerative, neuropatie e polineuropatie acute e croniche in fase di rilevante peggioramento clinico.

- Pazienti che hanno già beneficiato di una degenza riabilitativa intensiva e che necessitano di proseguire il trattamento riabilitativo per completare il recupero funzionale di disabilità complesse e/o che per evitare un successivo peggioramento funzionale.

- Pazienti con patologie osteoarticolari di tipo neoplastico a carattere ripetitivo primitive o secondarie.

- Pazienti con patologie post traumatiche o post chirurgiche con gravi sindromi ipocinetiche.

- Pazienti con linfedemi post chirurgici.

. Pazienti con imminenti interventi di revisione chirurgiche in campo protesico.

Classe Differibile, entro 30 giorni:

- Pazienti pluriminorati anche sensoriali con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica.
- Pazienti con ritardo mentale con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica.
- Pazienti con cerebropatie involutive su base degenerativa, vascolare.
- Pazienti con gravi disturbi del linguaggio.
- Pazienti con disturbi del comportamento nelle diverse età della vita con evidenza sensoriali con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica.
- Pazienti cerebro vascolari post acuti con disabilità semplice.
- Pazienti con patologie osteo articolari di tipo infiammatorio.
- Pazienti con poliartrosi grave.
- Pazienti con deformità congenite, para e dismorfismi.
- Pazienti con prescrizione protesica e collaudo.

Classe Programmabile, entro 120 giorni:

Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi.

Classificazione delle priorità di accesso per l'erogazione delle prestazioni:

a) Prestazione con priorità con priorità breve (B): presa in carico entro 10 giorni dalla richiesta prenotazione;

b) Prestazione con priorità differibile (D): presa in carico entro 30 giorni dalla richiesta di prenotazione;

c) Prestazione programmata (P): presa in carico entro 120 giorni dalla richiesta di prenotazione.

Situazioni cliniche con priorità di accesso breve (B):

a) fase immediatamente post-acuta di lesioni traumatiche o di interventi di chirurgia ortopedica: pazienti sottoposti ad esempio a interventi di artroscopia, ricostruzione legamentosa, rimozione di tutori o apparecchio gessato, ecc.;

b) fase immediatamente post-acuta di lesioni a carico del SNC o periferico: pazienti affetti da esiti lesioni nervose periferiche di varia eziopatogenesi (traumatica, compressiva, infiammatoria) e di recente insorgenza (ad esempio pazienti con esiti di polinevriti, lesioni dello SPE, del plesso brachiale, ecc.).

c) Pazienti che devono completare un percorso riabilitativo iniziato in regime di ricovero (esiti di interventi di artroprotesi, emiparesi post-ictale, insufficienza cardio-respiratoria).

Situazioni cliniche con priorità di accesso differibile (D):

a) Pazienti con disfunzioni dolorose a carico del sistema muscolo scheletrico (cervicalgie, sindrome da conflitto scapolo-omerale, lombalgia, ecc.) tali da comportare una limitazione funzionale rilevante, che non abbiano eseguito altri cicli di fisioterapia nei mesi precedenti.

b) Pazienti con problematiche cardio-respiratorie dopo un episodio di riacutizzazione;

c) Pazienti con linfedema di recente insorgenza.

Situazioni cliniche con priorità di accesso programmato (P):

a) Trattamenti di gruppo (back-school, bone-school, ecc.)

b) Pazienti con disfunzioni a carico dell'apparato muscoloscheletrico che necessitino di cicli di mantenimento o di prevenzione del peggioramento del quadro disfunzionale (es. gonartrosi, coxartrosi, lombalgia cronica, ecc.)

c) Problematiche cardiorespiratorie stabilizzate, per training aerobico, disostruzione bronchiale, ecc.

d) Cicli di "mantenimento" per situazioni disabilitanti a rischio di progressione/peggioramento.

7 FASE OPERATIVA: PRESA IN CARICO, VALUTAZIONE, ELABORAZIONE DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE ED EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Il presente documento, nella trattazione della fase operativa, intende definire le seguenti fasi:

- Valutazione dello stato clinico da parte del medico ed eventuale presa in carico del paziente;
- Elaborazione del programma riabilitativo;
- Erogazione di un preciso intervento riabilitativo ambulatoriale.

7.1 ELABORAZIONE DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Nel corso della visita, il fisiatra effettua la valutazione clinica e redige la scheda di valutazione con il programma riabilitativo (vedi All.3), con idonea valutazione della menomazione e delle conseguenti limitazioni funzionali e/o di attività.

È importante tener conto di eventuali precedenti trattamenti fisioterapici eseguiti per la medesima patologia.

Il medico prescrittore, in relazione alla patologia accertata ed al programma riabilitativo ritenuto necessario, prescrive su ricetta dematerializzata o, in caso di impossibilità, su ricettario del SSN, uno tra i codici prescrivibili, individuando quello maggiormente rispondente al programma riabilitativo.

Per alcuni codici, potrà essere prescritta anche una tipologia di terapia fisica strumentale.

Essi sono:

- 93.11.2 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell’OMS e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute

- 93.11.H RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell’OMS e caratterizzata dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute.

La tecarterapia, non esplicitamente menzionata dal DPCM 2017, può, pertanto, essere erogata solo se inserita in un programma riabilitativo riconducibile ad uno dei due codici sopramenzionati.

A conclusione della visita, il medico potrà prescrivere terapie farmacologiche, ortesi, ausili, con o senza trattamenti fisioterapici e fornire altresì indicazioni ergonomiche, educazionali o altre indicazioni terapeutiche del caso.

In attesa della creazione di agende di 2° livello, che permetteranno allo Specialista Fisiatra di prenotare direttamente le prestazioni di fisioterapia, le sedute di riabilitazione prescritte possono essere prenotate dal paziente a fine visita, nella stessa sede erogativa, o negli altri ambulatori aziendali, presentando l'impegnativa e la scheda di valutazione al personale tecnico della riabilitazione che inserirà i trattamenti nel planning ambulatoriale e fornirà al paziente un modulo di prenotazione in funzione dei criteri di priorità.

7.2 EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

È compito e responsabilità della figura tecnica di riabilitazione la scelta delle metodiche più appropriate per l'erogazione della prestazione, in coerenza a quanto prescritto nel programma riabilitativo.

Se un ciclo prevede l'erogazione di un numero massimo di 10 sedute, in relazione alla risposta al trattamento e/o secondo quanto previsto dal prescrittore, il numero di sedute potrà essere anche inferiore.

Le sedute non eseguite a causa dell'assenza del paziente non sono recuperabili; nel caso di assenze prolungate e dipendenti da motivate giustificazioni, si dovrà programmare nuovamente il ciclo, rispettando la classe di priorità.

L'ambulatorio erogatore dovrà comunicare in tempo utile al paziente la calendarizzazione del programma riabilitativo, in modo da poter inserire funzionalmente altri utenti, ove necessario.

Parallelamente va fatta attività di recall dei pazienti in lista di attesa, al fine di utilizzare spazi erogativi resisi disponibili in seguito a indisponibilità/rinuncia di altri utenti.

Sarà compito dello specialista fisiatra valutare gli esiti del trattamento effettuato e, qualora ritenuto opportuno, prescrivere ulteriori cicli fisioterapici come già esposto. Le impegnative successive al 1° ciclo possono essere compilate anche dal Medico di Medicina Generale (MMG) e/o dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) secondo quanto previsto nel Programma Riabilitativo Individuale prescritto.

8 DOCUMENTAZIONE E ARCHIVIAZIONE DATI DEL PAZIENTE

- Schede di valutazione e di programma riabilitativo ambulatoriale da utilizzare da parte del Fisiatra e delle figure tecniche della riabilitazione (All. 3 ed All. 4 Delibera aziendale n°1152 del 21.12.2017) fino alla informatizzazione.
- Scheda consenso informato;
- Scheda privacy.

9 NOTE CONCLUSIVE

Il presente Regolamento sarà sottoposto a periodica revisione e potrà subire eventuali modifiche/integrazioni.

10 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";
- Ministero della Sanità: Linee guida sugli istituti e centri per il recupero e la riabilitazione funzionale;
- Decreto Min. San. del 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe";
- Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità 11 marzo 1998 "Linee guida per le attività di riabilitazione";
- Linee guida regione Abruzzo n. 2525 del 01/12/1999;
- DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei LEA";
- Delibera Regione Abruzzo del 22 Marzo 2002 n. 152: "Recepimento DPCM in materia di LEA - Primi provvedimenti;
- Delibera Regione Abruzzo del 14 Giugno 2002 n. 413: "Modifica e integrazione della delibera di Giunta regionale n. 152 del 22 Marzo 2002";
- Delibera Regione Abruzzo del 02 Agosto 2002 n. 659: "Recepimento DPCM 29 Novembre 2001 - definizione dei LEA Ulteriori provvedimenti";
- Delibera Regione Abruzzo del 01 Luglio 2003 n. 504: "LEA - ulteriori provvedimenti";

- Delibera Regione Abruzzo del 29 dicembre 2004 n. 1361: "LEA - Ulteriori Provvedimenti relativi alle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale";
- Delibera Regione Abruzzo del 19 giugno 2006 n. 675: "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale - DM 22/07/96";
- Delibera Regione Abruzzo del 17 luglio 2006 n. 805:"Modifica ed integrazioni della DGR 1361 del 29.12.2004";
- Delibera Regione Abruzzo n.1139 del 16 ottobre 2006: "Ulteriori modifiche ed integrazioni alle deliberazioni di giunta regionale n.1361 del 29.12.2004 e n. 805 del 17 luglio 2006";
- Delibera Regione Abruzzo del 25 Maggio 2007 n. 485: "Recepimento del D.M. 12 settembre 2006: Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale";
- Delibera Regione Abruzzo del 07 Settembre 2007 n. 485;
- Circolare Regione Abruzzo n. 23294/13 del 19 settembre 2007: "Prestazioni dell'allegato 2A e 2B del DPCM 29 Novembre 2001: definizioni dei livelli essenziali di assistenza" disposizioni;
- Piano Sanitario Regionale 2008-2010: "L.R. n. 5 del 10 marzo 2008";
- Delibera Regione Abruzzo del 17 marzo 2008 n.200: "Approvazione nuovo nomenclatore Tariffario Regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale";
- Delibera Regione Abruzzo del 14 aprile 2008 n.315: "Rettifica e integrazione alla DGR n.200 del 17 marzo 2008".
- Piani di indirizzo per la riabilitazione 2011.
- Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 12 del 20-02-2013.
- DPCM 12/1/2017 – Nuovi LEA
- Delibera aziendale n°1152 del 21.12.2017
- Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo - Recepimento DM 77

11 ALLEGATI

11.1 ALLEGATO 1

ESEMPI DI PRESCRIZIONI DI ALCUNE PRESTAZIONI CON RELATIVI CODICI MINISTERIALI

- **93.11.1 Rieducazione motoria individuale:** caratterizzata prevalentemente da esercizio terapeutico motorio, per seduta di trattamento di 30 minuti e per un ciclo massimo di 10 sedute.
- **93.11.2 Rieducazione motoria individuale in disabilità complessa con uso di terapie fisiche strumentali di supporto:** caratterizzata prevalentemente da esercizio terapeutico motorio, per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico per un ciclo di 10 sedute.
- **93.11.5 Rieducazione motoria in gruppo:** per patologie muscoloscheletriche a carattere recidivante, cronico e /o degenerativo (es.: back-school, bone school). Escluse le gravi scoliosi evolutive. 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia, ciclo di 10 sedute della durata di 60 minuti.
- **93.11.6 Rieducazione individuale del linguaggio:** caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo di 10 sedute della durata di almeno 30 minuti a seduta.
- **93.11.H Rieducazione motoria individuale con uso di terapie fisiche strumentali di supporto:** relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute.
- **93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale:** affezioni mediche del dorso, manu medica (eseguite dal medico), massimo 4 sedute per ciclo
- **93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni:** manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (escluso manipolazioni di articolazione tempero mandibolare). Sindromi disfunzionali articolari.
- **93.19.1 Rieducazione motoria cardio-respiratoria individuale:** ciclo di 10 sedute della durata di 30 minuti a seduta.
- **93.18.2 Rieducazione motoria cardio-respiratoria di gruppo:** ciclo fino a 10 sedute, con massimo 6 pazienti a seduta per una durata 60 minuti a seduta.

- **93.39.2 Massoterapia per drenaggio linfatico:** escluso linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo, per 45 minuti a seduta

- **93.11.9 Rieducazione del pavimento pelvico:** ciclo fino a 10 sedute per 30 minuti a seduta.

11.2 ALLEGATO 2

ACCESSO ALLA VISITA FISIATRICA SECONDO CRITERI DI PRIORITÀ CLINICA

Classe urgente, entro 72 h

• Paziente post chirurgico dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali;

• Paziente post acuto dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere Extraregionali;

Classe breve, entro 10 giorni

• Pazienti con postumi motori, vegetativi e cognitivi di traumatismi cranici e midollari;

• Pazienti cerebrovascolari post-acuti, con postumi multipli, ma con relativa autonomia funzionale ed altre malattie a carattere neurodegerative, neuropatie e polineuropatie acute e croniche in fase di rilevante peggioramento clinico;

• Pazienti che hanno già beneficiato di una degenza riabilitativa intensiva e che necessitano di proseguire il trattamento per completare il recupero funzionale di disabilità complesse e/o per evitare un successivo peggioramento funzionale;

• Pazienti con patologie osteo-articolari di tipo neoplastico a carattere ripetitivo, primitive e secondarie;

• Pazienti con patologie post-traumatiche e patologie post-chirurgiche con gravi sindromi ipocinetiche;

• Pazienti con linfedemi post chirurgici;

• Pazienti con imminenti revisioni chirurgiche in campo protesico;

Classe differibile, entro 30 giorni

•Pazienti pluriminorati anche sensoriali con evidenza di patologie dell'area neuro-muscoloscheletrica;

• Pazienti con ritardo mentale con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica;

• Pazienti con cerebropatie involutive su base degenerativa e vascolare;

• Pazienti con gravi disturbi del linguaggio;

• Pazienti con disturbi del comportamento nelle diverse età della vita con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica;

• Pazienti cerebrovascolari post-acuti con disabilità semplice;

• Pazienti con patologie osteo articolari di tipo infiammatorio;

• Pazienti con poliartrosi gravi;

• Pazienti con deformità congenite, para-e dimorfismi;

• Pazienti con prescrizione protesica e collaudo;

Classe programmata, entro 120 giorni

• Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi.

Nota: *la regolamentazione delle classi di priorità della visita fisiatrica non riguarda i pazienti che necessitano della medicina riabilitativa ex art.26 e che seguono i percorsi appositamente attivati dalle UVM.*

11.3 ALLEGATO 3

SCHEDA AMBULATORIALE FISIATRICA

Scheda Ambulatoriale di Valutazione Fisiatrica

data

Utente _____ M F Età

Indirizzo _____

Tel. _____ C.F. _____

Motivo della richiesta di valutazione:

_____

_____

_____

Dati anamnestici:

_____

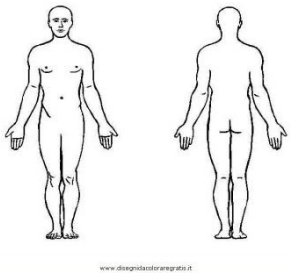
_____

_____

_____

_____

_____



Valutazione Fisiatrica:

Prescrizione(codici):

Visita di controllo

Il Fisiatra

11.4 ALLEGATO 4

SCHEDA AMBULATORIALE DI VALUTAZIONE FISIOTERAPICA

Scheda Ambulatoriale di Valutazione Fisioterapica

Utente: _____ M-F Età___ C.F. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Diagnosi Clinica

_____

Trattamento fkt proposto

_____

1) *Prestazione richiesta* *n. sedute*

2) *Trattamento richiesto* *n. sedute*

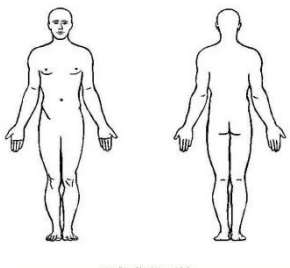
3) *Trattamento richiesto* *n. sedute*

_____

Il Medico prescrittore _____

Osservazione e Valutazione Fisioterapica

_____



_____

Test e Scale di Valutazione _____

Problemi Riabilitativi Individuati ed Obbiettivi

Programma e Pianificazione del Trattamento Riabilitativo

Metodologie-Tecniche e Proposte di Esercizi Domiciliari

Valutazione Finale ed Obbiettivi Conseguiti

Data Inizio Trattamento

Data Fine Trattamento

Frequenza

N. Totale Sedute

Il Fisioterapista

11.5 ALLEGATO 5

ELENCO AMBULATORI DI FISIOCHINESITERAPIA AZIENDALI

	Sede Ambulatoriale con individuazione del Fisiatra di riferimento
2	CERS di Pescara Sud, Fisiatra di riferimento: Dott. M. Alderighi
3	CERS di Scafa, Fisiatra di riferimento: Dott. Mt. Desiderio /Dr.ssa M. C. Zuccaro
4	CERS di Città Sant'Angelo, Fisiatra di riferimento: Dott. V. Romano
5	CERS di Montesilvano, Fisiatra di riferimento: Dott. E. Verrocchio
6	CERS di San Valentino, Fisiatra di riferimento: Dott. Mt. Desiderio / Dr.ssa M.C. Zuccaro
7	Servizio di riabilitazione P.O. di Popoli, Fisiatra di riferimento: Dott. V. Liotti
8	Servizio di riabilitazione P.O. di Penne, Fisiatra di riferimento: Dott. L.L. Melchiorre
9	Servizio di riabilitazione P.O. di Pescara, Fisiatra di riferimento: Dott. V. Liotti

11.6 ALLEGATO 6

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE PRESTAZIONI DI FISIOTERAPIA.

Il sottoscritto _____nato a _____ il____/____/ _____; residente a_____in via _____ C.F._____ _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta, _____(nome e cognome)

CHIEDE

1 che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sottoindicate persone:

- ❑ a nessuno
- ❑ al proprio medico curante _____
- ❑ a _____

SI (…..) NO (….) REVOCA (…..) (se precedentemente prestato)

2 di ricevere da parte della ASL un messaggio di posta elettronica contenenti i referti in formato digitale e cifrato* al seguente indirizzo : _____@_____

*la password di accesso al documento sarà comunicata tramite altro canale

SI (…..) NO (….) REVOCA (…..) (se precedentemente prestata)

3 che sia data comunicazione della degenza in reparto a:

- ❑ a nessuno
- ❑ al proprio medico curante _____
- ❑ a _____

SI (…..) NO (….) REVOCA (…..) (se precedentemente prestato)

4 di ricevere da parte della ASL messaggi e contatti telefonici al seguente numero: ___/_____ o indirizzo mail: _____@_____ per eventuali comunicazioni e/o per esigenze di contatto per le finalità di Diagnosi, Cura e Prevenzione:

SI (…..) NO (….) REVOCA (…..) (se precedentemente prestata)

Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per finalità di diagnosi, cura, amministrative, di tutela socio assistenziale sanitaria e motivi di interesse pubblico rilevante, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL, consultabile anche

Firma (leggibile) dell'Interessato (anche per presa visione dell'informativa estesa):

_____

Documento di riconoscimento tipo _____n._____rilasciato da _____in data ___/_____/_____

---

ovvero
Data _____Firma (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____
Doc. n _____(se esercente la potestà o il tutore)
Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e richiede il trattamento dei dati personali del minore per le finalità sopra indicate.

---

ovvero
Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra
……..……..
non può prestare le proprie richieste per impossibilità psicofisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello):*
……

…… n° documento identità …… rilasciato

da …… il……..….

C.F…….

- ❑ Familiare (indicare il rapporto di parentela) ……..
- ❑ Convivente
- ❑ Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- ❑ Amministratore di Sostegno

presenta questo modello nell'ambito e per le attività indicate e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente le proprie richieste, a comunicargli di averle prestate in sua vece e luogo e della possibilità di revocarle.

Data ……

Firma del dichiarante (anche per presa visione dell'informativa estesa)

……

ALLA CONSEGNA DEL PRESENTE MODELLO, DEBITAMENTE COMPILATO, PRESENTARSI MUNITI DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ O CON DELEGA E DOCUMENTO ANCHE DEL DELEGANTE.

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____Data ____/_____/_____

11.7 ALLEGATO 7

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO.

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Gentile Signore/a le è stato prescritto un ciclo di fisioterapia.

Legga attentamente le informazioni prima di firmare il Consenso al trattamento fisioterapico.

NOTA INFORMATIVA

Per il trattamento della patologia da cui è affetto le è stato prescritto un ciclo di:

- Elettroterapia antalgica (TENS/DIADINAMICHE): consiste nell'applicare elettrodi sulla zona da trattare per erogare corrente a scopo antalgico.

Risultati conseguibili: riduzione della sintomatologia dolorosa.

Rischi: inefficacia terapeutica, peggioramento della sintomatologia dolorosa, irritazione cutanea, lesioni cutanee.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, portatori di stimolatori cardiaci.

- Elettrostimolazioni: consiste nell'applicare elettrodi sulla zona da trattare per erogare corrente con lo scopo di produrre una contrazione muscolare.

Risultati conseguibili: miglioramento della forza e del tono muscolare.

Rischi: inefficacia terapeutica, irritazione cutanea, lesioni cutanee.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, portatori di stimolatori cardiaci, cardiopatie aritmogene, trombosi venose in atto.

- Ionoforesi: consiste nella somministrazione di un farmaco per via tran cutanea, sfruttando una corrente continua prodotta da apposita strumentazione.

Risultati conseguibili: riduzione della sintomatologia dolorosa.

Rischi: inefficacia terapeutica, irritazione cutanea, insorgenza di allergia al farmaco.

Controindicazioni: stato di gravidanza, lesioni cutanee, epilessia, aritmie cardiache.

- Ultrasuonoterapia: consiste nell'applicare placche o idoneo manipolo con gel sulla zona da trattare per veicolare onde ultrasonore.

Risultati conseguibili: riduzione del dolore e dell'infiammazione.

Rischi: inefficacia terapeutica, reazioni cutanee per intolleranza al gel o per ipertermia.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, portatori di stimolatori cardiaci, cardiopatie aritmogene, stato di gravidanza, grave op, lesioni flogistiche acute, mezzi di sintesi metallici endotessutali.

- Laserterapia: consiste nel proiettare il raggio laser sulla zona da trattare, proteggendo il paziente con idonei occhiali.

Risultati conseguibili: riduzione dell'infiammazione, del dolore e dell'edema.

Rischi: inefficacia terapeutica,

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, stato di gravidanza, fragilità capillare, labilità pressoria, trombosi venose in atto.

- Infrarossi: consiste nel posizionare la lampada ad infrarossi sulla zona da trattare per aumentare la perfusione sanguigna.

Risultati conseguibili: riduzione del dolore e delle contratture muscolari.

Rischi: inefficacia terapeutica, eritemi cutanei.

Controindicazioni: presenza di stati neoplastici, stati febbrili, stati di infiammazione acuta, presenza di emartri o idrarti. Pazienti con alterata fotosensibilità.

- Magnetoterapia: consiste nel posizionare la parte da trattare all'interno di solenoidi che emettono onde elettromagnetiche.

Risultati conseguibili: regressione del processo infiammatorio, accelerazione del consolidamento osseo.

Rischi: inefficacia terapeutica, aumento del dolore.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, portatori di stimolatori cardiaci, cardiopatie aritmogene o ipertensive, trombosi venose in atto. Presenza di stimolatori cardiaci. Gravidanza. Mezzi di sintesi metallici endotessutali. Attuali o pregressi stati di patologia oncologica.

- Rieducazione motoria: consiste in tecniche di trattamento comprendenti esercizi di chinesiterapia e di terapia manuale anche con l'uso di attrezzi e ausili.

Risultati conseguibili: riduzione del dolore, aumento della forza muscolare, incremento della mobilità, aumento della coordinazione, miglioramento della postura.

Rischi: inefficacia terapeutica, riacutizzazione della sintomatologia dolorosa.

Controindicazioni: incapacità del paziente di collaborare attivamente e coscientemente col fisioterapista.

Speriamo di essere stati esaurienti.

Non esiti a porci tutti i quesiti che riterrà opportune.

Grazie della collaborazione.

Il Signor ……ha ricevuto la nota informativa dal fisioterapista Dott/Dott.ssa……

(nel caso di minorenni, il consenso viene espresso dal genitore o dal tutore)

Dichiara di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di fisioterapia, di aver consapevolezza dei rischi e dei benefici. Dichiara inoltre di aver fornito tutte le informazioni riguardanti lo stato di salute.

PERTANTO ACCONSENTO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Data……/……/……..
firma……..

11.8 ALLEGATO 8

SCHEDA LINFEDEMA E LIPEDEMA

Valutazione del paziente con LINFEDEMA e LIPEDEMA

DATI ANAGRAFICI

Nome _____Cognome _____

Data nascita_____ Residenza

_____

Cellulare _____ Indirizzo mail

_____

Professione

_____C.F._____

VALUTAZIONE MEDICA

ANAMNESI:

- Insorgenza_____
- Familiarità_____
- Test genetico_____
  Progressione_____
- Complicanze_____

FARMACI:_____

_____

_____

__

ESAME OBIETTIVO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DIAGNOSI:

_____

_____

ESAMI DIAGNOSTICI:

ESAME/DATA:	1°	2°	3°
SCINTIGRAFIA			
LINFOSCINTIGRAFIA			
BIO-IMPEDENZIOMETRIA			
ECO-COLOR DOPPLER VENOSO			
ALTRI ESAMI ……..			

	CODICE	DEFINIZIONE	QUALIFICATORI			
			ORDINALE	NATURA	LOCALIZZAZIONE	IMPORTANZA
1	s420	Strutture del sistema immunitario				
2	s730	Struttura dell'arto superiore				
3	b1263	Stabilità psichica				
4	b164	Funzioni cognitive di alto livello				
5	b1801	Immagine corporea				
6	b280	Dolore				
7	b4550	Resistenza fisica generale				
8	b4552	Affaticabilità				
9	b710	Funzioni del movimento articolare				
10	b730	Funzione della forza muscolare				
11	d230	Risolvere la routine quotidiana				
12	d445	Uso del braccio e della mano				
13	d570	Prendersi cura della propria salute				
14	d5701	Gestione della dieta e del fitness				
15	d640	Fare i lavori di casa				

16	d770	Relazioni intime				
17	d850	Impiego remunerativo				
18	d920	Attività ricreative e del tempo libero				
19	e1151	Sussidi e tecnologia per l'uso personale				
20	e310	Famiglia ristretta				
21	e320	Amici				
22	e355	Operatori sanitari				

	CODICE	DEFINIZIONE	QUALIFICATORI			
			ORDINALE	NATURA	LOCALIZZAZIONE	IMPORTANZA
1	S750	Strutture dell'arto inferiore				
2	S1301	Motivazione				
3	b152	Funzioni emozionali				
4	b1801	Immagine corporea				
5	B280	Sensazione di dolore				
6	B435	Funzioni del sistema immunitario				
7	b455	Funzioni di tolleranza dell'esercizio fisico				
8	B7101	Mobilità di diverse articolazioni				
9	b7303	Forza dei muscoli della metà inferiore				
10	d230	Svolgere la routine quotidiana				
11	d450	Camminare				
12	d570	Prendersi cura della propria salute				
13	d845	Acquisire, conservare e lasciare un lavoro				
14	e1151	Prodotti e tecnologia di assistenza per uso				
15	e310	Famiglia ristretta				
16	e355	Operatori sanitari				
17	e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie				
18	e5850	Servizi di educazione e formazione				

PROGETTO RIABILITATIVO:

_____
_____
_____
_____
____

INDUMENTO ELASTO-COMPRESSIVO:

_____
_____
_____
___

Il Fisiatra_____ **Luogo e data**_____

VALUTAZIONE FISIOTERAPICA

TRATTAMENTI RIABILITATIVI PRECENDENTI:

_____
_____
_____
_____

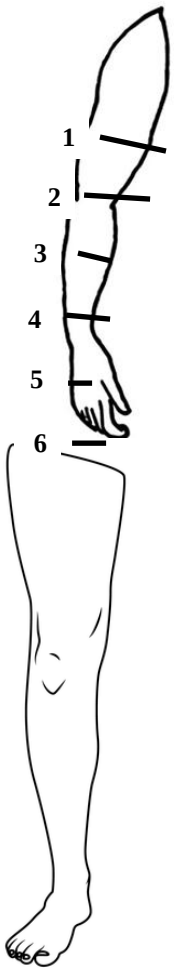
VALUTAZIONE LINFEDEMA:

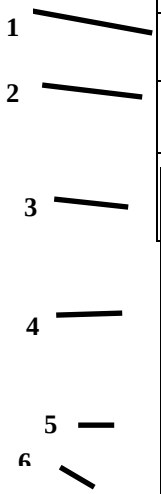
CONSISTENZA	dura	molle
DISTRIBUZIONE OMOGENEA	incostante	costante
TERMOTATTO	negativo	positivo
DOLORABILITA' ALLA PALPAZIONE	assente	presente
SEGNO DELLA FOVEA	assente	presente
SEGNO DI STEMMER	assente	presente

NOTE:

_____
_____
_____

MISURAZIONI:





DX	1° ……	2° ……	3° ……...
1			
2			
3			
4			
5			
6			

SX	1° ……	2° ……	3° ……...
1			
2			
3			
4			
5			
6			

TRATTAMENTO RIABILITATIVO:

_____

_____

_____

_____

_____

Luogo e data_____ **Il Fisioterapista**_____

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo
Manuela Fazia
firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.
Anno

Il Direttore

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:
Parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesca Rancitelli
firmato digitalmente

Parere favorevole

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Rossano Di Luzio
firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Vero Michitelli
firmato digitalmente

Deliberazione n. 1824 **del** 13/11/2026 **ad oggetto:**

APPROVAZIONE DELLA "PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE AMBULATORIALI"

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 16/11/2026 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato