

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0002202	03/11/2025

OGGETTO: Approvazione della modulistica tecnico-operativa predisposta dal Dipartimento di Riabilitazione della ASL BA finalizzata all'utilizzo da parte dell'utenza e del personale interno.

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20250002511 DEL 29/10/2025



COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 6 (sei) PAGINE

DI 22 (ventidue) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 75 (settantacinque) PAGINE

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

DI 1 (uno) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 2 (due) 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.

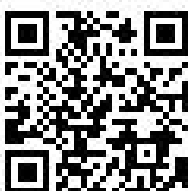
Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
 Firmato Digitalmente il 31/10/2025 14:59 Rachele POPOLIZIO	 Firmato Digitalmente il 31/10/2025 15:56 Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 03/11/2025 13:36 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 03/11/2025 12:53 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 **03/11/2025**

Unità Operativa Affari Generali
 L'Addetto alla Pubblicazione
 Firmato Digitalmente il 03/11/2025 13:37
 Domenico ROVETO



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:	Approvazione della modulistica tecnico-operativa predisposta dal Dipartimento di Riabilitazione della ASL BA finalizzata all'utilizzo da parte dell'utenza e del personale interno.
-----------------	---

IL DIRETTORE GENERALE

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

Visti:

- il R.R. n. 6 del 04.06.2013 "Regolamento Regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione" che individua il Dipartimento di Riabilitazione 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";
- le deliberazioni del Direttore Generale n. 1005/2020, n. 246/2021, n. 2112/21, n. 1512/2022, n. 462/2023 e n. 446/2024, con le quali è stata approvata 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 che implicano funzioni di indirizzo e coordinamento tecnico-assistenziale;
- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)";
- la Legge Regionale della Puglia n. 26 del 2006 e s.m.i. concernente il riordino del Servizio Sanitario Regionale;
- il Regolamento Regionale n. 10 del 2017 e ss.mm.ii., "Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento delle strutture del Servizio Sanitario Regionale";
- il Regolamento aziendale sulla gestione della documentazione sanitaria e amministrativa, vigente nella ASL BA;

Considerato che:

- la creazione delle U.O.S.V.D., implica, soprattutto, una nuova organizzazione funzionale dei Centri e dei Servizi di Riabilitazione Territoriale, attraverso i responsabili ai quali sono state conferite precise funzioni delegate;
- è stata, pertanto, avviata una puntuale revisione delle procedure e dei protocolli operativi in modo da renderli omogenei e conformi alla normativa e regolamentazione nazionale regionale ed aziendale;
- uno degli strumenti fondamentali per il riallineamento dei comportamenti professionali e delle conseguenti procedure, soprattutto relative alla presa in carico e della tenuta del caso fino alla conclusione del programma riabilitativo, è rappresentato dal corredo degli atti o passaggi

formali e burocratici, tuttavia necessari e imprescindibili per lasciare traccia delle attività operative e di gestione;

Premesso che:

- il Dipartimento di Riabilitazione della ASL BA, in coerenza con la programmazione aziendale e regionale e con quanto esposto in precedenza, ha avviato un processo di revisione e aggiornamento della propria documentazione operativa e tecnica a supporto dell'attività clinico-assistenziale e gestionale;

- tale revisione si è resa ancor più necessaria per garantire l'adeguamento alle recenti normative, l'omogeneità dei comportamenti professionali, la tracciabilità dei processi ed il rispetto della persona assistita;

- a tal fine la Direzione del Dipartimento di Riabilitazione ha individuato un gruppo tecnico all'interno dello staff di Direzione con il compito di revisionare tutto il corredo delle schede relativo alla modulistica esistente in modo da attualizzarlo graficamente e renderlo coerente alla normativa e regolamentazione vigente;

- il gruppo tecnico ha predisposto una serie di schede standardizzate e differenziate per tipologia di utilizzo, tutte raggruppate per materia e suddivise secondo la seguente modulistica:

- linee guida per la presa in carico del paziente nei percorsi di Riabilitazione;
- modulistica ad uso interno del personale;
- modulistica destinata all'utenza (pazienti e familiari);

- la modulistica è stata validata dal Direttore del Dipartimento di Riabilitazione ed a seguito di due Consensus Conference che hanno coinvolto tutte le figure professionali operanti nel Dipartimento;

Preso atto che:

- i suddetti moduli rispondano ai requisiti di appropriatezza, chiarezza, completezza e aderenza alle disposizioni normative vigenti e alle procedure aziendali;

- l'omogeneità dei servizi e delle procedure sia elemento fondante la parità e l'eguaglianza dei cittadini residenti nella provincia in cui opera l'ASL BA che anche con l'utilizzo di questa

- nuova modulistica vedranno garantiti i principi di fruibilità ed accessibilità ai servizi ed alle prestazioni, il tutto a garanzia dell'esigibilità di questi livelli essenziali di assistenza;

- l'adozione ufficiale della modulistica in oggetto costituisce, inoltre, uno strumento di miglioramento della documentazione clinico-assistenziale, della registrazione e trasmissione dei flussi e del governo del rischio;

- secondo quanto disposto dal Direttore Generale per le vie brevi, con comunicazione a mezzo mail del 17/10/2025 (agli atti dell'U.O.S. Affari Generali), la Direzione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione ha trasmesso al Dirigente Responsabile dell'U.O.S. Affari Generali, la bozza del presente provvedimento deliberativo per opportuna condivisione e approvazione;

Assunto quanto in premessa.

Per le motivazioni espone in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

DELIBERA

- di **recepire** la nuova modulistica tecnico-operativa del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione della ASL BA, allegata al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale, come di seguito elencata:

Modulo 1: "Autorizzazione Trattamento Riabilitativo ex articolo 26 in regime residenziale";

Modulo 2: "Piano di Trattamento Riabilitativo estensivo residenziale";

Modulo 2b: "Proroga del Piano di Trattamento Riabilitativo estensivo residenziale";

Modulo 2c: "Proroga del Piano di Trattamento Riabilitativo residenziale";

Modulo 3: "Piano di trattamento Riabilitativo";

Modulo 4: "Regolamento disciplinare delle assenze del paziente durante il ciclo di Trattamento Riabilitativo";

Modulo 5: "Modulo per il consenso informato al trattamento sanitario";

Modulo 5b: "Modulo per il consenso informato per richiesta di documentazione sanitaria";

Modulo 5c: "Modulo per il consenso informato al trattamento dei dati personali";

Modulo 6: "Attestazione servizio per pazienti che usufruiscono del trasporto";

Modulo 7: "Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare";

Modulo 7b: "Quadro sinottico allegato al referto specialistico";

Modulo 8: "Modulo per l'autorizzazione al trattamento esterno";

Modulo 9: "Ordine di Servizio Trattamento Domiciliare per C.P.S.";

Modulo 10: "Diario per le Terapie Riabilitative Ambulatoriali/Domiciliari";

Modulo 10b: "Cartella logopedica per le Terapie Riabilitative Ambulatoriali/Domiciliari";

Modulo 11: "Cartella Clinica" contenente P.R.I. Ambulatoriale/Domiciliare;

Modulo 11b: "Cartella Clinica Ospedaliera" contenente P.R.I.;

Allegato 12: "Procedure per la presa in carico del paziente fragile";

Allegato 13: "Protocollo operativo per la presa in carico psicologica del paziente ex articolo 26";

Modulo 13a: "Modulo di richiesta di Intervento Psicologico";

Modulo 13b: "Piano di Intervento Psicologico";

- **di autorizzarne** l'utilizzo obbligatorio a far data dal 1°/01/2026 presso tutte le strutture ed i servizi afferenti al Dipartimento di Riabilitazione, sia per le attività ambulatoriali che per quelle domiciliari;
 - **di demandare** al Direttore del Dipartimento di Riabilitazione la diffusione e la formazione del personale in merito al corretto utilizzo della modulistica approvata;
 - **di disporre** che, eventuali aggiornamenti o modifiche alla presente modulistica siano sottoposti a nuova validazione e successiva approvazione con atto formale del Direttore del Dipartimento di Riabilitazione;
- di dare atto** che, il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale, in quanto l'attuazione del medesimo trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie con gli atti di riparto del Fondo Sanitario;
- 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;
 - 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

Dipartimento di Medicina
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

Centro di Riabilitazione _____

OGGETTO: Autorizzazione Trattamento riabilitativo ex art.26 in regime residenziale

Sig./Sig.ra _____

Spett.le Struttura _____

Al Dirigente UVAR

In applicazione del R.R. n. 12 del 16/04/2015, BURP n. 56 del 22/04/2015, acquisita la valutazione specialistica, si autorizza il trattamento in regime residenziale dal _____ al _____.

Distinti saluti,

Dirigente Medico

Il Dirigente Responsabile U.O.S. di
Riabilitazione



Centro di Riabilitazione _____

Piano di Trattamento Riabilitativo Estensivo Residenziale

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____ In via _____

Diagnosi clinico- funzionale:	_____

Sussiste il bisogno riabilitativo estensivo	si	no
Il/la pz è in condizioni cliniche stabilizzate	si	no
Il/la pz richiede elevato impegno assistenziale h24	si	no
Il/la pz non può essere avviato/a alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare	si	no

Esame Funzionale:	_____

KT		LT		OT	
----	--	----	--	----	--

Obiettivi di recupero funzionale:	_____

Ai sensi dell'art. 4 R.R. n.12 del 16/04/2015 B.U.R.P. 56 del 22/04/2015, il paziente necessita di riabilitazione estensiva residenziale per gg. _____ e la presa in carico dovrà avvenire entro e non oltre 10gg. dalla data odierna.

Il Medico Prescrittore

**Il Dirigente Responsabile U.O.S. di
Riabilitazione**



Proroga del Piano di Trattamento Riabilitativo Estensivo Residenziale

Richiesta di proroga del Trattamento Riabilitativo Residenziale, ai sensi del R.R. n. 12 del 16/04/2015, presentata dal Presidio di Riabilitazione _____ con prot. n. _____ del _____ in setting _____ per n. giorni _____ a decorrere dal _____.

Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Residente a _____	In via _____
proveniente da _____	dimesso in _____
con richiesta di _____	data _____
n. giorni _____	in setting _____

Attualmente ricoverato presso il presidio di Riabilitazione _____ dal _____ in setting _____

Diagnosi	_____

Esame Funzionale:	_____

Sussiste il bisogno riabilitativo estensivo residenziale	si	no
Il/la pz è in condizioni cliniche stabilizzate	si	no
Il/la pz richiede elevato impegno assistenziale h24	si	no
Il/la pz non può essere avviato/a alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare	si	no
Il/la pz presenta ridotte possibilità di recupero funzionale	si	no

Obiettivi di recupero funzionale da raggiungere finalizzati alla proroga:	_____

Ai sensi del R.R. n.12 del 16/04/2015(B.U.R.P. 56 del 22/04/2015), il paziente necessita di proroga di riabilitazione estensiva residenziale in setting _____ per gg. _____ dal _____ al _____

- Non si autorizza
- Si autorizza

Il Medico specialista Fisiatra

Prot. n. _____ del _____



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

Servizio di Riabilitazione di..... DSS Prot. N°.....del.....

PROROGA DEL PIANO DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO RESIDENZIALE

Paziente: Cognome Nome.....
 Luogo e data di nascita
 Residente a in via.....

Richiesta di proroga, ai sensi del R.R. n.12 del 16/04/2015, presentata dal Presidio di Riabilitazione....., con Prot. n..... del....., per n° giorni....., a decorrere dal.....

Paziente attualmente ricoverato presso il Presidio di Riabilitazione..... dal....., con richiesta di numero giorni.....in setting.....

Diagnosi clinico-funzionale:

Esame clinico-funzionale:

SI	NO	<i>Sussiste il bisogno riabilitativo estensivo</i>
SI	NO	<i>Il/La pz è in condizioni cliniche stabilizzate</i>
SI	NO	<i>Il/La pz richiede elevato impegno assistenziale H24</i>
SI	NO	<i>Il/La pz presenta ridotta possibilità di recupero funzionale</i>
SI	NO	<i>Il/La pz non può essere avviato/a alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare</i>

Obiettivi di recupero funzionale da raggiungere, finalizzati alla proroga:

Ai sensi del R.R. n. 12 del 16/04/2015 (B.U.R.P. n. 56 del 22/04/2015), il paziente necessita di numero gg..... di trattamento riabilitativo in Setting Residenziale di..... dal.....al.....

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Data di compilazione.....

Il Medico Prescrivente.....



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

Centro di Riabilitazione _____

PIANO DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Cognome _____ Nome _____
 Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
 Residente a _____ In via _____

Diagnosi clinico- funzionale:	

Necessita di:	

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

Per numero di sedute/giorni _____

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

Data ____/____/____

Luogo _____

Il Medico Prescrittore

Il Dirigente Responsabile U.O.S. di
Riabilitazione



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

Centro di Riabilitazione _____

Regolamento disciplinare delle assenze del paziente durante il ciclo di trattamento riabilitativo

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____ In via _____

all'avvio del Progetto Riabilitativo redatto in data ____/____/____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di essere stato reso edotto/a che l'assenza ingiustificata dalle sedute di trattamento per 3 (tre) volte consecutive o per un totale di 5 (cinque) volte durante il ciclo riabilitativo, costituisce motivo di interruzione del Progetto stesso, in modo da garantire la presa in carico di altro paziente e ridurre i tempi d'attesa.

Data ____/____/____

Firma



Centro di Riabilitazione _____

Modulo per il consenso al trattamento sanitario

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____ In via _____

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di aver ricevuto dal Dottor/Dottoressa _____ esaurienti spiegazioni in merito alla tipologia di trattamento riabilitativo a cui mi dovrò sottoporre.
- Di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di aver ricevuto risposte in merito soddisfacenti
- Di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di riabilitazione indicato e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.
- Di aver fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute e di:
 - non essere affetto da stati morbosi e/o patologie acute o croniche;
 - non essere portatore di Pace-maker;
 - non essere in gravidanza;
 - non avere processi neoplastici in corso;
 - essere affetto dalle seguenti patologie:

Data ____/____/____

Firma

		Pag. 1/6 Mod_30_Informative e Consenso-Refertazione via email/pec v1.1 del 05/06/2022
---	---	--

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

PER RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA A MEZZO EMAIL/PEC



La presente informativa viene resa, ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016 (**Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati** – di seguito **Regolamento o RGPD**), di cui potrà prendere visione sul sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali (<http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>), con riferimento al trattamento dei Suoi dati personali **nell’ambito dell’invio tramite posta elettronica (ordinaria e/o certificata) della documentazione sanitaria, da Lei richiesta, in copia conforme all’originale**. La trasmissione per posta elettronica della cartella clinica o dei referti medici richiede particolari cautele, al fine di contenere il rischio di accesso indebito da parte di soggetti da Lei non autorizzati. Le chiediamo, quindi, di specificare, nel modulo di richiesta, l’indirizzo e-mail o pec cui inviare la copia digitale della Sua cartella clinica; l’indirizzo da Lei prescelto deve tener conto del rischio che altri possano accedervi, specie se l’indirizzo è condiviso con terzi a Lei noti.

<p>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</p>  <p>Chi determina le finalità ed i mezzi del trattamento dei Suoi dati personali?</p>	<p>ASL BARI</p> <p>Lungomare Starita 6, 70123 Bari (BA)</p> <p>Telefono: 0805842568</p> <p>email: direzione.generale@asl.bari.it</p> <p>pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</p>
<p>RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO)</p>  <p>Chi vigila sulla protezione dei Suoi dati personali?</p>	<p>Dati di contatto del DPO:</p> <p>email: dpo@asl.bari.it</p> <p>pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</p> <p>tel.: 0805843720</p>

		Pag. 2/6 Mod_30_Informative e Consenso-Refertazione via email/pec v1.1 del 05/06/2022
---	---	--

<p style="text-align: center;"><u>FINALITA' DEL TRATTAMENTO</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">A quale scopo trattiamo i Suoi dati personali?</p>		<p style="text-align: center;"><u>BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Quali sono i presupposti di liceità del trattamento dei dati personali?</p>	
<p>I dati personali saranno raccolti e trattati per trasmettere alla sua posta elettronica comunicataci, la copia informatica della documentazione sanitaria richiesta (es. cartella clinica, analisi del sangue, radiografie, referti medici etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La documentazione sanitaria sarà inviata in forma di allegato al messaggio e-mail e non come testo compreso all'interno del messaggio • Il file contenente il documento sarà protetto da una password, idonea ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse da parte di terzi. 		<p>I dati personali forniti saranno oggetto di trattamento da parte del Titolare previo Suo consenso libero, specifico ed informato (art. 6 par. 1 lett. a) del RGPD).</p>	
<p style="text-align: center;"><u>CATEGORIA DI DATI</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Quali tipologie di dati sono trattati?</p>	<p style="text-align: center;"><u>TEMPI DI CONSERVAZIONE</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Per quanto tempo sono conservati i dati personali?</p>	<p style="text-align: center;"><u>DESTINATARI DEI DATI</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">A chi possono essere comunicati i dati personali?</p>	
<p>In particolare, saranno raccolti e trattati i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, luogo di residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento) • dati di contatto (recapito telefonico, email, pec) 	<p>I dati personali sono conservati per il tempo necessario a raggiungere le finalità per le quali sono trattati e nel rispetto del Piano di conservazione aziendale.</p>	<p>I Suoi dati personali potranno essere comunicati a destinatari appartenenti alle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza (legale, fiscale, assicurativa, ecc.); • soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo e delle reti di telecomunicazioni (ivi 	

		Pag. 3/6 Mod_30_Informative e Consenso-Refertazione via email/pec v1.1 del 05/06/2022
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • dati relativi allo stato di salute 		compresa la posta elettronica) designati in qualità di Responsabili del trattamento dei dati per conto del Titolare; <ul style="list-style-type: none"> • soggetti istruiti operanti all'interno del Titolare.
--	--	---

La informiamo altresì dell'esistenza di alcuni **Suoi diritti** sui dati personali e sulle relative modalità per esercitare gli stessi nei confronti del Titolare del trattamento.

DIRITTI ESERCITABILI ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD)	
Accesso ai dati personali – art. 15 RGPD	Rettifica dei dati personali – art. 16 RGPD
Opposizione al trattamento – art. 21 RGPD	Limitazione del trattamento – art. 18 RGPD
Diritto alla comunicazione della violazione dei dati – art. 34 RGPD	Diritto al reclamo all’Autorità Garante – art. 77 RGPD
<u>DATI DI CONTATTO PER L’ESERCIZIO DEI DIRITTI</u>	email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it tel.: 0805843720
<u>PREVISIONE DI PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO – PROFILAZIONE</u>	Non è prevista alcuna forma di processo decisionale automatizzato. Non è prevista alcuna profilazione.
<u>REVOCA CONSENSO</u>	Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento scrivendo al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati.
<u>TRASFERIMENTO DATI VERSO PAESI TERZI EXTRA UE</u>	I dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi o Organizzazioni internazionali.
<u>FONTE DEI DATI</u>	I dati personali sono raccolti direttamente dall’interessato ed in parte da fonti pubbliche per controlli interni d’ufficio.
<u>CONFERIMENTO DEI DATI</u>	Il mancato conferimento dei dati personali tra cui nome, cognome, email e copia di valido documento di riconoscimento, rende impossibile l’invio della documentazione sanitaria tramite email e/o pec.

La versione aggiornata di questa informativa sarà resa disponibile sul sito web istituzionale all’indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell’apposita sezione “Privacy”.

		Pag. 4/6 Mod_30_Informative e Consenso-Refertazione via email/pec v1.1 del 05/06/2022
---	---	--



[inquadra il Qrcode per accedere on-line alla sezione Privacy del sito internet istituzionale]

Il Titolare del trattamento dei dati personali

ASL BARI

		Pag. 5/6 Mod_30_Informative e Consenso-Refertazione via email/pec v1.1.1 del 05/06/2022
---	---	--

CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
A MEZZO EMAIL/PEC
 ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati personali
 (Reg. UE 2016/679)

Il **sottoscritto** (nome e cognome).....nato a il / / codice fiscale.....residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

per sé
 oppure

consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge

in qualità di: esercente responsabilità genitoriale prossimo congiunto familiare convivente o unito civilmente legale rappresentante fiduciario (L. 219/2017)

del **Sig.re/ra** (nome e cognome).....nato/a a il / / codice fiscale.....residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

ACCONSENTE

a) ALLA TRASMISSIONE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

TRAMITE

EMAIL **PEC** :

b) ALLA COMUNICAZIONE DELLA PASSWORD DI APERTURA DEL FILE TRAMITE

CELLULARE..... :

oppure, consapevole dell'aumentato rischio di accesso indebito ai dati, tramite stessa **EMAIL** **PEC**

DICHIARA

- di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della richiesta di consegna mezzo email o pec della documentazione sanitaria (informative privacy disponibili sul sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell'apposita sezione Privacy);
- di esonerare l'ASL BARI da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, accesso illegittimo, divulgazione di dati, ritardo, mancata ricezione e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, dopo

		Pag. 6/6 Mod_30_Informative e Consenso- Refertazione via email/pec v1.1 del 05/06/2022
---	---	--

l'invio della documentazione sanitaria tramite posta elettronica ordinaria e/o certificata.

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**

AVVERTENZE




Allegare copia non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.


		Rev. 1.0 Pag. 1/2 INF_15_Informativa_Dip_Riabilitazione v1.0 del 28/10/2021
---	--	--



INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE



La presente informativa viene resa, ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016 (**Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati** – di seguito **Regolamento o RGPD**), di cui potrà prendere visione sul sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali (<http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>), **in relazione all'assistenza per recupero e riabilitazione neuromotoria, cardiologica e pneumologica.**

<p style="text-align: center;"><u>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</u></p>  <p style="text-align: center;">Chi determina le finalità ed i mezzi del trattamento dei Suoi dati personali?</p>	<p>ASL BARI Lungomare Starita 6, 70123 Bari (BA) Telefono: 0805842568 email: direzione.generale@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</p>
<p style="text-align: center;"><u>RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO)</u></p>  <p style="text-align: center;">Chi vigila sulla protezione dei Suoi dati personali?</p>	<p>Dati di contatto del DPO: email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it tel.: 0805842565</p>
<p style="text-align: center;"><u>FINALITA' DEL TRATTAMENTO</u></p>  <p style="text-align: center;">A quale scopo trattiamo i Suoi dati personali?</p>	<p style="text-align: center;"><u>BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO</u></p>  <p style="text-align: center;">Quali sono i presupposti di liceità del trattamento dei dati personali?</p>
<p>Il Dipartimento di Riabilitazione dell'ASL BARI raccoglie e tratta dati personali degli Assistiti per le seguenti macro finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - recupero e riabilitazione neuromotoria, cardiologica e pneumologica - Integrazione scolastica di alunni in situazione di handicap; - Valutazione istanze intese ad ottenere ausili e presidi protesici. 	<p>Il trattamento dei dati personali è necessario per obbligo di legge e per lo svolgimento di attività di rilevante interesse pubblico nel settore sanitario.</p> <p>Le basi giuridiche di riferimento sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies e 75 del Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito Codice), secondo quanto disposto dall'art. 2-septies dello stesso, e dai seguenti articoli del Regolamento: - art. 6.1 lettera e) – trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento - art.9.2, lettera g) – rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica - art.9.2, lettera h) – finalità di cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3 - art.9.2, lettera i) – per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.</p>

		Rev. 1.0 Pag. 2/2 INF_15_Informativa_Dip_Riabilitazione v1.0 del 28/10/2021
---	--	--

<p><u>CATEGORIA DI DATI</u></p>  <p>Quali tipologie di dati sono trattati?</p>	<p><u>TEMPI DI CONSERVAZIONE</u></p>  <p>Per quanto tempo sono conservati i dati personali?</p>	<p><u>DESTINATARI DEI DATI</u></p>  <p>A chi possono essere comunicati i dati personali?</p>
<p>Sono trattate le seguenti tipologie di dati personali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dati anagrafici (nome, cognome, indirizzo domicilio, codice fiscale, tessera sanitarie) e di contatto • Dati relativi allo stato di salute. 	<p>I dati personali sono conservati per il tempo necessario a raggiungere le finalità per le quali sono trattati e nel rispetto del Piano di conservazione aziendale.</p>	<p>I dati personali potranno essere comunicati a queste categorie di soggetti: Autorità Sanitaria (Sindaco), Autorità Giudiziaria, Polizia Giudiziaria, Regione, altre Aziende Sanitarie, Terzi in qualità di Responsabili del trattamento dei dati.</p>

La informiamo altresì dell'esistenza di alcuni Suoi diritti sui dati personali e sulle relative modalità per esercitare gli stessi nei confronti del Titolare del trattamento.

<p><u>DIRITTI ESERCITABILI</u> ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD)</p>	
<p>Accesso ai dati personali – art. 15 RGPD</p>	<p>Rettifica dei dati personali – art. 16 RGPD</p>
<p>Opposizione al trattamento – art. 21 RGPD</p>	<p>Limitazione del trattamento – art. 18 RGPD</p>
<p>Diritto alla comunicazione della violazione dei dati – art. 34 RGPD</p>	<p>Diritto al reclamo all’Autorità Garante – art. 77 RGPD</p>
<p><u>DATI DI CONTATTO PER L’ESERCIZIO DEI DIRITTI</u></p>	<p>email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it tel.: 0805842565</p>
<p><u>PREVISIONE DI PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO – PROFILAZIONE</u></p>	<p>Non è prevista alcuna forma di processo decisionale automatizzato. Non è prevista alcuna profilazione.</p>
<p><u>TRASFERIMENTO DATI VERSO PAESI TERZI EXTRA UE</u></p>	<p>I dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.</p>
<p><u>FONTE DEI DATI</u></p>	<p>I dati personali sono conferiti direttamente dall’interessato. L’ ASL BARI può tuttavia acquisire taluni dati personali da banche dati regionali e/o nazionali.</p>
<p><u>CONFERIMENTO DEI DATI</u></p>	<p>Il conferimento dei dati personali e particolari (relativi allo stato di salute) è indispensabile per lo svolgimento delle prestazioni di riabilitazione, per cui il mancato conferimento rende impossibile erogare la prestazione richiesta.</p>

La versione aggiornata di questa informativa sarà resa disponibile sul sito web istituzionale all’indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell’apposita sezione “Privacy”.



[inquadra il Qrcode per accedere on-line alla sezione Privacy del sito internet istituzionale]

Il Titolare del trattamento dei dati personali
ASL BARI



Centro di Riabilitazione _____

Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare

n.	_____	del	_____
Cognome	_____	Nome	_____
Luogo di nascita	_____	Data di nascita	_____
Residente a	_____	In via	_____

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

Diagnosi clinica:	_____

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

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

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

Il paziente è inquadrabile nella seguente tipologia:

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

Necessità di trattamento riabilitativo domiciliare:

Il Paziente necessita di trattamento riabilitativo domiciliare: **Si** **No**

Prescrizione:

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

Cicli	A partire da	Freq. Sett.le	FT	OT	LT	
1°	<input type="checkbox"/> subito e comunque non oltre 30 giorni					
2°	<input type="checkbox"/> a seguire <input type="checkbox"/> dopo n. _____ mesi dalla fine del ciclo precedente					
3°	<input type="checkbox"/> a seguire <input type="checkbox"/> dopo n. _____ mesi dalla fine del ciclo precedente					
4°	<input type="checkbox"/> a seguire <input type="checkbox"/> dopo n. _____ mesi dalla fine del ciclo precedente					
5°	<input type="checkbox"/> a seguire <input type="checkbox"/> dopo n. _____ mesi dalla fine del ciclo precedente					
6°	<input type="checkbox"/> a seguire <input type="checkbox"/> dopo n. _____ mesi dalla fine del ciclo precedente					

Il Medico Prescrittore (Firma e Timbro)

Preso in carico: Considerati i tempi di attesa della Struttura Pubblica, il Paziente sarà preso in carico:	<input type="checkbox"/> da questa o altra struttura Aziendale	<input type="checkbox"/> da Struttura privata accreditata
---	--	---

Il Dirigente Medico Responsabile del Servizio di Riabilitazione Territoriale
(Firma e Timbro)



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina
Fisica e Riabilitazione

ASL Bari

Centro di Riabilitazione _____

Quadro sinottico allegato al referto specialistico del ____/____/____ redatto da _____

Nome _____ Cognome _____ Età _____

MMG _____ tel. _____

Diagnosi _____

Data evento morboso _____

Ospedalizzazioni

Setting riabilitativi precedenti:

art. 56 dal _____ al _____ art. 26 (resid.) _____ al _____ Serv. Terr. Estensivo _____

ausili in dotazione _____

cardiopatia SI NO pneumopatia SI NO saturazione _____stabilizzazione SI NO p. eretta >5 min SI NO p. seduta SI NO orientam. sp. SI NO orientam. temp. SI NO comunicazione V NV alimentaz. aut. non aut. c. visiva SI NO c. uditiva SI NO **Obiettivo minimo:** Rinforcare schema del trasferimento Acquisire schemi motori funzionali al mantenimento della verticalizzazione**Altro:**



Centro di Riabilitazione _____

Modulo per l'autorizzazione al trattamento esterno

Cognome _____ Nome _____
 Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
 Residente a _____ In via _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità,

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

- **RIABILIA**
 TEL: 080/9955432
 MAIL: elvira.zaccaria@korian.it
- **FRANGI**
 TEL: 080/5331077 – 080/1877533
 MAIL: elvira.zaccaria@korian.it
- **GIOVANNI PAOLO II**
 TEL: 080/4915308 – 080/4915301
 MAIL: amministrazione@centrogiovannipaolosecondo.org -
riadom@centrogiovannipaolosecondo.org
- **SAN GIOVANNI DI DIO**
 TEL: 080/2224015
 MAIL: amministrazione.adelfia@sangiovannididio.it

Data ____/____/____

Firma del Paziente

Firma dell'Operatore



Centro di Riabilitazione _____

Al C.P.S. Fisioterapista _____

Oggetto: Ordine di Servizio Trattamento Domiciliare

Visto il protocollo riabilitativo, considerata la necessità di assicurare il trattamento riabilitativo domiciliare a favore del/la Sig./ra:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____ In via _____

La S.V. è invitata a recarsi presso il domicilio dell'assistito secondo il seguente calendario:

Giorno	Dalle ore	Alle ore

Trattamento Domiciliare ha decorrenza il: ____/____/____

Per numero complessivo di prestazioni: _____

Il Dirigente U.O.S. di Riabilitazione



Centro di Riabilitazione _____

Foglio per I Fisioterapisti
Diario per Terapie Riabilitative Ambulatoriali / Domiciliari

Fisioterapista:	
Cognome _____	Nome _____

Assistito/o:	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Residente a _____	In via _____

Diagnosi clinica: _____

Tipologia di Trattamento erogato: Ambulatoriale Domiciliare

Data inizio trattamento: ____/____/____

Valutazione all'inizio del trattamento

Data ____/____/____

A) Barthel index	
------------------	--

B) Verifica della funzionalità articolare e motoria (generale/distrettuale)	

Valutazione al termine del trattamento

Data ____/____/____

A) Barthel index	
------------------	--

B) Verifica della funzionalità articolare e motoria (generale/distrettuale)	

Per i trattamenti Domiciliari	
È stata verificata la presenza del caregiver	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nella persona di _____	
Che collabora con il Fisioterapista / Logopedista	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Opportuna la consulenza dell'Assistente Sociale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Motivazione _____	

Obiettivi del Trattamento Riabilitativo	
A breve termine:	
A medio termine:	
A lungo termine:	

Osservazioni ed eventi verificatisi durante il Trattamento Riabilitativo	
Data: __/__/____	
Data: __/__/____	
Data: __/__/____	

A seguito di valutazione funzionale/motoria/logopedica e della verifica del raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine, si esprime il seguente parere in merito alla:	
a) Opportunità di completare il trattamento con un ciclo aggiuntivo di sedute	
b) Conclusione del trattamento riabilitativo	

NB: il foglio diario deve essere custodito a cura del fisioterapista nel fascicolo dell'Assistito unitamente alle firme di convalida (del paziente/caregiver e dell'operatore) per ogni seduta di trattamento effettuata.

Firma

Data: ____/____/____



Centro di Riabilitazione _____

Cartella LOGOPEDICA
per Terapie Riabilitative Ambulatoriali / Domiciliari**Logopedista:**

Cognome _____ Nome _____

Assistita/o:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____ In via _____

Scolarità _____ Lavoro _____

Lateralità _____ Protesi _____

Farmaci assunti _____

_____**Data inizio** ____/____/____
trattamento:**Tipologia di** **Ambulatoriale** **Domiciliare**
Trattamento erogato:**Per i trattamenti Domiciliari**È stata verificata la presenza del caregiver Si No

Nella persona di _____

Che collabora con il Fisioterapista / Logopedista Si NoOpportuna la consulenza dell'Assistente Sociale Si No

Motivazione _____

DIAGNOSI MEDICA	
INDAGINI STRUMENTALI	
MEDICI/ altre figure	
Ipotesi diagnostica logopedica : <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> disfagia <input type="checkbox"/> disfonia <input type="checkbox"/> __	
Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)	
Comunicazione • ASHA-NOMS: _/7 • CSRS: __/5	Deglutizione • ASHA-NOMS: _/7
Voce • ASHA-NOMS: _/7	Cognitivo • MMSE: __/30 • Altro: _____
Segni rilevanti:	
<input type="checkbox"/> deficit facciale dx sn	<input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva
<input type="checkbox"/> paresi/paralisi arto inf. Dx sn	<input type="checkbox"/> memoria
<input type="checkbox"/> paresi/paralisi arto-sup. dx e sn	<input type="checkbox"/> attenzione
<input type="checkbox"/> deficit d'equilibrio e coordinazione	<input type="checkbox"/> agnosia
<input type="checkbox"/> deficit campo metrico	<input type="checkbox"/> neglect
<input type="checkbox"/> perdita del visus	<input type="checkbox"/> disorientamento
<input type="checkbox"/> alterazione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> problem solving
<input type="checkbox"/> deficit respiratori	<input type="checkbox"/> aprassia bucco-linguo- facciale
<input type="checkbox"/> cannula tracheale	<input type="checkbox"/> aprassia ideomotria/ideativa/costruttiva
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> difficoltà lettura / scrittura
<input type="checkbox"/> ipoacusia	<input type="checkbox"/> difficoltà calcolo

Obiettivi del Trattamento Logopedico	
A breve termine:	
A medio termine:	
A lungo termine:	

A seguito di valutazione funzionale/logopedica e della verifica del raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine, si esprime il seguente parere in merito alla:	
a) Opportunità di completare il trattamento con un ciclo aggiuntivo di sedute	
b) Conclusione del trattamento logopedico	

NB: La cartella logopedica deve essere custodita a cura del logopedista nel fascicolo dell'Assistito unitamente alle firme di convalida (del paziente/caregiver e dell'operatore) per ogni seduta di trattamento effettuata.

Firma

Data: ____ / ____ / ____



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

CENTRO DI RIABILITAZIONE DI

CARTELLA RIABILITATIVA

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

Città

Recapiti telefonici

Codice Fiscale

Medico di Medicina Generale

Ex art 26

AMB

DOM

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

CENTRO DI RIABILITAZIONE DI

	Data Ingresso	Data Dimissione
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

SCHEDA SOCIALE

Cognome e Nome

Data di nascita **Luogo**

Residenza

Città **Tel**

Stato Civile **Figli**

Istruzione analfabeta elementare media inf. media sup. laurea

Attività lavorativa

Nucleo familiare convivente

Condizione abitativa

abitazione di proprietà in affitto presso parenti in comunità
vani n°..... piano..... ascensore barriere arch

Condizione economica (*giudizio del paziente e/o familiare*)

buona sufficiente insufficiente

Caregiver nelle ADL e IADL (*in caso di necessità*)

familiari amici nessuno

Autonomia sociale e relazionale

isolato vita di relazione ridotta
 all'esterno necessita dell'assistenza di terzi esce da solo
 frequenta associazioni/amici ha rapporti con la famiglia allargata

Qualità della vita (*percepita dal paziente*)

buona discreta mediocre cattiva

Riconoscimento L. 104/92 art 3 comma 1 art 3 comma 3 (*gravità*)

Riconoscimento invalidità civile percentuale% dal

fruisce di assegno/pensione di invalidità accompagnamento

per le seguenti patologie

Paziente in ADI Sì (I - II - III) NO Cure palliative Sì NO

Altri contributi socio-economici

Data

ADL AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA	Data	Data	Data	Data	Data
A) FARE IL BAGNO 1 Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo) 1 Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso) 0 Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo					
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa la biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate) 1 Prende i vestiti e si veste completamente da solo senza bisogno di assistenza 1 Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto per allacciare le scarpe 0 Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito					
C) TOILETTE (andare nella stanza del bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi) 1 Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandola al mattino) 0 Ha bisogno di assistenza per andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda 0 Non si reca in bagno per l'evacuazione					
D) SPOSTARSI 1 Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) 0 Compie questi trasferimenti se aiutato 0 Allettato, non esce dal letto					
E) CONTINENZA DI FECE E URINE 1 Controlla completamente feci e urine 0 Incidenti occasionali 0 Necessita di supervisione per il controllo di feci ed urine, usa il catetere, è incontinente					
F) ALIMENTAZIONE 1 Senza assistenza 1 Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane 0 Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parentale					
TOTALE (n/6)					

IADL INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING	Data	Data	Data	Data	Data
Usare il telefono 1 = usa il telefono di propria iniziativa 1 = compone solo alcuni numeri ben conosciuti 1 = è in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri 0 = non è capace di usare il telefono					
Fare acquisti 1 = fa tutte le proprie spese senza aiuto 0 = fa piccoli acquisti senza aiuto 0 = ha bisogno di essere accompagnato 0 = completamente incapace di fare acquisti					
Preparare il cibo 1 = organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati 0 = prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti 0 = scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata 0 = ha bisogno di avere cibi preparati e serviti					
Governo della casa 1 = mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per es. aiuto per i lavori pesanti) 1 = esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia 0 = ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa 0 = non partecipa a nessuna operazione di governo della casa					
Fare il bucato 1 = fa il bucato personalmente e completamente 1 = lava le piccole cose (calze, fazzoletti) 0 = tutta la biancheria deve essere lavata da altri					
Mezzi di trasporto 1 = si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto 1 = si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici 1 = usa mezzi di trasporto se assistito e accompagnato 0 = può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza 0 = non si sposta per niente					
Assunzione di farmaci 1 = prende le medicine che gli sono state prescritte 0 = prende le medicine se sono state preparate in anticipo e in dosi separate 0 = non è in grado di prendere le medicine da solo					
Uso del denaro 1 = maneggia le proprie finanze in modo indipendente 1 = è in grado di fare piccoli acquisti 0 = è incapace di maneggiare i soldi					
TOTALE (n/8)					

SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO (A)	Data	Data	Data	Data	Data
Equilibrio da seduto 0 = si inclina o scivola dalla sedia 1 = è stabile, sicuro					
Alzarsi dalla sedia 0 = è incapace senza aiuto 1 = deve aiutarsi con le braccia 2 = si alza senza aiutarsi con le braccia					
Tentativo di alzarsi 0 = è incapace senza aiuto 1 = capace ma richiede più di un tentativo 2 = capace al primo tentativo					
Equilibrio stazione eretta 0 = instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) 1 = stabile grazie all'ausilio di un bastone o altri ausili 2 = stabile senza ausili per il cammino					
Equilibrio stazione eretta prolungata 0 = instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) 1 = stabile ma a base larga (malleoli mediali dist. > 10 cm) 2 = stabile a base stretta senza supporti					
Romberg 0 = instabile 1 = stabile					
Romberg sensibilizzato 0 = incomincia a cadere 1 = oscilla ma si riprende da solo 2 = stabile					
Girarsi di 360° 0 = a passi discontinui 1 = a passi continui 0 = instabile (si aggrappa, oscilla) 1 = stabile					
Sedersi 0 = insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1 = usa le braccia o ha un movimento discontinuo 2 = sicuro, movimenti continui					
TOTALE (/16)					

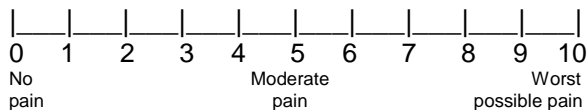
SCALA DI TINETTI PER L'ANDATURA (B)	Data	Data	Data	Data	Data
Inizio della deambulazione 0 = esitazioni o più tentativi 1 = nessuna esitazione					
Lunghezza e altezza del passo piede dx 0 = piede dx non supera sx 1 = piede dx supera il piede sx 0 = piede dx non si alza completamente da terra 1 = piede dx si alza completamente da terra					
Lunghezza e altezza del passo piede sx 0 = piede sx non supera dx 1 = piede sx supera il piede dx 0 = piede sx non si alza completamente da terra 1 = piede sx si alza completamente da terra					
Continuità del passo 0 = arresti o discontinuità tra un passo e l'altro 1 = continuità del passo					
Simmetria dei passi 0 = passi del piede dx e sx non simmetrici 1 = passi simmetrici					
Traiettorie 0 = deviazioni significative 1 = piccole deviazioni o uso di aiuto per camminare 2 = cammina dritto, senza aiuto					
Tronco 0 = marcata oscillazione o uso del bastone 1 = nessuna oscillazione, ma flessione delle ginocchia o del dorso allarga le braccia mentre cammina 2 = nessuna oscillazione, né flessione, né movimenti di equilibrio delle braccia, né uso del bastone					
Cammino 0 = piedi distanziati 1 = i talloni quasi si toccano mentre cammina					
TOTALE (/12)					

PUNTEGGIO TOTALE (A+B) *					
---------------------------------	--	--	--	--	--

* 0 - 1 = Non deambulante; 2 - 19 = a rischio elevato di cadute; 20 - 28 = a basso rischio di cadute.

NUMERIC PAIN INTENSITY SCALE

Data	Data	Data	Data	Data
Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio



SCALA DI ASHWORTH

	Data		Data		Data		Data	
ARTO SUPERIORE	DX	SX	DX	SX	DX	SX	DX	SX
Spalla								
Gomito								
Polso								
ARTO INFERIORE	DX	SX	DX	SX	DX	SX	DX	SX
Anca								
Ginocchio								
Piede								

PUNTEGGI:

- 0 = nessun aumento del tono
- 1 = aumento moderato del tono con "sensazione di gradino" quando l'arto è spinto in flessione o estensione
- 2 = aumento più evidente del tono: l'arto può comunque essere facilmente flesso
- 3 = aumento marcato del tono: i movimenti passivi risultano difficoltosi
- 4 = arto rigido in flessione o in estensione

ENB-2	Data	Data	Data	Data
Memoria	Score (cut-off)	Score (cut-off)	Score (cut-off)	Score (cut-off)
Digit span				
Memoria di prosa immediata				
Memoria di prosa differita				
Memoria con interferenza – 10 sec.				
Memoria con interferenza – 30 sec.				
Attenzione e funzioni esecutive				
TMT - A				
TMT - B				
Astrazione				
Stime cognitive				
Test dei gettoni				
Fluenza fonemica				
Prassie visuo-spaziali				
Figure di Rey				
Copia di disegno				
Disegno spontaneo				
Clock				
Prove prassiche				
Punteggio globale				

PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE AMBULATORIALE (P.R.I.)

DIAGNOSI (ICD 9-CM)

.....

.....

.....

REGIME DI TRATTAMENTO ambulatoriale domiciliare

NUOVA ATTIVAZIONE PROROGA

	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	KT	OT	LT	TC	PSI
1° CICLO								
2° CICLO		<input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente						
3° CICLO		<input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente						
4° CICLO		<input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente						

- DIMISSIONE AL TERMINE DEL P.R.I.
- SOSPENSIONE DI ____ MESI AL TERMINE DEL P.R.I.

OBIETTIVI RIABILITATIVI

- miglioramento del ROM articolare
- incremento della forza muscolare
- contenimento danni terziari
- controllo del tronco
- recupero postura seduto
- autonomia nei passaggi posturali parziale totale
- recupero autonomia stazione eretta con ausili senza ausili
- recupero autonomia deambulazione con ausili senza ausili
- controllo schema del passo
- recupero capacità di salita/discesa scale
- miglioramento della funzione motorio-prassica
- recupero della motricità fine manuale
- recupero autonomia nelle ADL
- miglioramento della fonazione e del linguaggio
- miglioramento delle capacità comunicative
- miglioramento delle abilità linguistiche
- gestione delle difficoltà di deglutizione
-
- altri.....

PIANO DI TRATTAMENTO

- Addestramento ai passaggi posturali
- Esercizi di mobilizzazione passiva
- Esercizi di mobilizzazione attiva assistita
- Esercizi di mobilizzazione attiva e controresistenza
- Rinforzo muscolare
- Esercizi per il miglioramento della escursività articolare
- Esercizi di rilassamento (posture decontratturanti, R.I.P., stretching ecc.)
- Esercizi di carico ed equilibrio in posizione seduta
- Esercizi di carico ed equilibrio in posizione eretta
- Esercizi posturali propriocettivi
- Esercizi di coordinazione
- Training del pattern deambulatorio
- Esercizio terapeutico-conoscitivo
- Esercizi di rieducazione respiratoria
- Tecniche di linfodrenaggio
- Stimolazioni plurisensoriali
- Addestramento all'utilizzo di ausili.....
- Addestramento salita/discesa scale
- Educazione terapeutica al paziente, ai familiari e al caregiver
- Terapia occupazionale per il recupero della funzionalità degli arti superiori
- Esercizi per il recupero dell'autonomia nell'abbigliamento
- Incremento del tempo massimo di fonazione e miglioramento dell'accordo pneumo fonico
- Miglioramento della qualità vocale tono volume durata
- Recupero delle abilità di comprensione del linguaggio orale scritto
- Recupero delle abilità di produzione del linguaggio
 - livello fonetico-fonologico livello lessicale-semantic livello morfo-sintattico
- Rieducazione della letto-scrittura
- Avviamento/potenziamento uso di ausili di comunicazione aumentativa-alternativa
- Riabilitazione neurolinguistica
- Stimolazioni delle strutture orali e faringee
- Apprendimento di manovre e/o posture facilitanti per il controllo della disfagia
- Modifica della consistenza dei cibi e della viscosità dei liquidi

Data

L'equipe riabilitativa	
Medico.....	Psicologo.....
Fisioterapista.....	Logopedista.....
Terapista Occupazionale	Assistente Sociale.....
Coordinatore Fisioterapisti.....	
Responsabile del PRI: dott.....	

PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DOMICILIARE (P.R.I.)

DIAGNOSI (ICD 9-CM)

.....

.....

.....

REGIME DI TRATTAMENTO ambulatoriale domiciliare

NUOVA ATTIVAZIONE PROROGA.

	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	KT	OT	LT	TC	PSI
1° CICLO								
2° CICLO		<input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente						
3° CICLO		<input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente						
4° CICLO		<input type="checkbox"/> dopo mesi dalla fine del ciclo precedente						

- DIMISSIONE AL TERMINE DEL P.R.I.
- SOSPENSIONE DI ____ MESI AL TERMINE DEL P.R.I.

OBIETTIVI RIABILITATIVI

- miglioramento del ROM articolare
- incremento della forza muscolare
- contenimento danni terziari
- controllo del tronco
- recupero postura seduto
- autonomia nei passaggi posturali parziale totale
- recupero autonomia stazione eretta con ausili senza ausili
- recupero autonomia deambulazione con ausili senza ausili
- controllo schema del passo
- recupero capacità di salita/discesa scale
- miglioramento della funzione motorio-prassica
- recupero della motricità fine manuale
- recupero autonomia nelle ADL
- miglioramento della fonazione e del linguaggio
- miglioramento delle capacità comunicative
- miglioramento delle abilità linguistiche
- gestione delle difficoltà di deglutizione
-
- altri.....

PIANO DI TRATTAMENTO

- Addestramento ai passaggi posturali
- Esercizi di mobilizzazione passiva
- Esercizi di mobilizzazione attiva assistita
- Esercizi di mobilizzazione attiva e controresistenza
- Rinforzo muscolare
- Esercizi per il miglioramento della escursività articolare
- Esercizi di rilassamento (posture decontratturanti, R.I.P., stretching ecc.)
- Esercizi di carico ed equilibrio in posizione seduta
- Esercizi di carico ed equilibrio in posizione eretta
- Esercizi posturali propriocettivi
- Esercizi di coordinazione
- Training del pattern deambulatorio
- Esercizio terapeutico-conoscitivo
- Esercizi di rieducazione respiratoria
- Tecniche di linfodrenaggio
- Stimolazioni plurisensoriali
- Addestramento all'utilizzo di ausili.....
- Addestramento salita/discesa scale
- Educazione terapeutica al paziente, ai familiari e al caregiver
- Terapia occupazionale per il recupero della funzionalità degli arti superiori
- Esercizi per il recupero dell'autonomia nell'abbigliamento
- Incremento del tempo massimo di fonazione e miglioramento dell'accordo pneumo fonico
- Miglioramento della qualità vocale tono volume durata
- Recupero delle abilità di comprensione del linguaggio orale scritto
- Recupero delle abilità di produzione del linguaggio
 - livello fonetico-fonologico livello lessicale-semantic livello morfo-sintattico
- Rieducazione della letto-scrittura
- Avviamento/potenziamento uso di ausili di comunicazione aumentativa-alternativa
- Riabilitazione neurolinguistica
- Stimolazioni delle strutture orali e faringee
- Apprendimento di manovre e/o posture facilitanti per il controllo della disfagia
- Modifica della consistenza dei cibi e della viscosità dei liquidi

Data

L'equipe riabilitativa

Medico..... Psicologo.....

Fisioterapista..... Logopedista.....

Terapista Occupazionale Assistente Sociale.....

Coordinatore Fisioterapisti.....

Responsabile del PRI: dott.....

Allegati utili:

- ordine di servizio amb e dom
- modulo assenza ingiustificata paziente
- modulo di consenso al trattamento sanitario e al trattamento dei dati
- modulo rinuncia al trattamento

.....

PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (P.R.I.)

.....

Il Medico Fisiatra

NUMERIC PAIN INTENSITY SCALE



Data	Data	Data	Data	Data
Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio

OBIETTIVI RIABILITATIVI

- miglioramento del ROM articolare
- incremento della forza muscolare
- contenimento danni terziari
- controllo del tronco
- recupero postura seduto
- autonomia nei passaggi posturali
- recupero autonomia stazione eretta
- recupero autonomia deambulazione
- controllo schema del passo
- recupero capacità di salita/discesa scale
- miglioramento della funzione motorio-prassica
- recupero della motricità fine manuale
- recupero autonomia nelle ADL
- miglioramento della fonazione e del linguaggio
- miglioramento delle capacità comunicative
- miglioramento delle abilità linguistiche
- gestione delle difficoltà di deglutizione
- altri.....

PIANO DI TRATTAMENTO

- Addestramento ai passaggi posturali
 - Esercizi di mobilizzazione passiva
 - Esercizi di mobilizzazione attiva assistita
 - Esercizi di mobilizzazione attiva e controresistenza
 - Rinforzo muscolare
 - Esercizi per il miglioramento della escursività articolare
 - Esercizi di rilassamento (posture decontratturanti, R.I.P., stretching ecc.)
 - Esercizi di carico ed equilibrio in posizione seduta
 - Esercizi di carico ed equilibrio in posizione eretta
 - Esercizi posturali propriocettivi
 - Esercizi di coordinazione
 - Training del pattern deambulatorio
 - Esercizio terapeutico-conoscitivo
 - Esercizi di rieducazione respiratoria
 - Tecniche di linfodrenaggio
 - Stimolazioni plurisensoriali
 - Addestramento all'utilizzo di ausili
-
- Addestramento salita/discesa scale
 - Educazione terapeutica al paziente, ai familiari e al caregiver
 - Terapia occupazionale per il recupero della funzionalità degli arti superiori
 - Esercizi per il recupero dell'autonomia nell'abbigliamento
 - Incremento del tempo massimo di fonazione e miglioramento dell'accordo pneumo fonico
 - Miglioramento della qualità vocale tono volume durata
 - Recupero delle abilità di comprensione del linguaggio orale scritto
 - Recupero delle abilità di produzione del linguaggio
 - livello fonetico-fonologico livello lessicale-semantic livello morfo-sintattico
 - Rieducazione della letto-scrittura
 - Avviamento/potenziamento uso di ausili di comunicazione aumentativa-alternativa
 - Riabilitazione neurolinguistica
 - Stimolazioni delle strutture orali e faringee
 - Apprendimento di manovre e/o posture facilitanti per il controllo della disfagia
 - Modifica della consistenza dei cibi e della viscosità dei liquidi

SCALA DI VALUTAZIONE DI BARTHEL	Data	Data	Data	Data	Data
Alimentazione 0 = incapace 5 = necessita di assistenza 10 = indipendente					
Fare il bagno 0 = dipendente 5 = indipendente					
Igiene personale 0 = necessita di aiuto 5 = si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade.					
Vestirsi 0 = dipendente 5 = necessita di aiuto, ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni.					
Controllo del retto 0 = incontinente 5 = occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente					
Controllo della vescica 0 = incontinente 5 = occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente					
Trasferimenti nel bagno 0 = dipendente 5 = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10 = indipendente					

Trasferimenti sedia/letto 0 = incapace / no equilibrio da seduto 5 = in grado di sedersi, ma necessita della massima assistenza per trasferirsi 10 = minima assistenza e supervisione 15 = indipendente per più di 45 m, può usare ausili ad eccezione del girello					
Deambulazione 0 = immobile 5 = indipendente con la carrozzina > 45m 10 = necessita di aiuto di una persona per > 45m 15 = indipendente per più di 45 m, può usare ausili, (es. bastone) ad eccezione del girello					
Salire le scale 0 = incapace 5 = necessita di aiuto o supervisore 10 = indipendente, può usare ausili					
TOTALE (0 -100)					

Data

Il Fisioterapista

Consenso Informato (Legge 219 del 2017)
Il/la sottoscritto/a.....
DICHIARA
di essere stato esaurientemente informato- sul tipo di trattamento, su relative tecniche terapeutiche ed eventuali applicazioni elettromedicali, sugli eventuali rischi immediati e futuri, sui vantaggi ottenibili dal trattamento proposto e sui svantaggi della mancata esecuzione.
Firma del paziente.....
PAZ. IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA, VEDERE CARTELLA CLINICA (CPS Fisioterapista.....) <input type="checkbox"/>

DIARIO RIABILITATIVO	



PROCEDURE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE FRAGILE



PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DEI PAZIENTI RICOVERATI

Dimissioni

I Medici dell'unità Operativa ospedaliera per acuti, al momento della dimissione programmata del paziente, provvedono a prescrivere, se ritenuto appropriato, ricovero in Struttura Riabilitativa Intensiva (TRIP) o Estensiva, secondo le indicazioni degli art. 3 e 4 del R.R. 12/2015.

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

Su richiesta-proposta del MMG o del PLS pervengono all'unità operativa DMFR e alle sue articolazioni, richieste di visita per eventuale ricovero in regime residenziale riabilitativo estensivo (Comma 4 Art. 4 RR 12/2015).

Il Medico Fisiatra del Servizio territorialmente competente (ASL/ Distretto/Comune ove risiede il paziente), esegue la visita ed acquisisce la documentazione relativa; ove indicato, secondo i principi di appropriatezza, se lo ritiene opportuno indica eventuale ricovero (oppure in alternativa altro setting riabilitativo).

Si rilascia preventiva autorizzazione su apposita modulistica, il modulo autorizzativo utilizzato è un modulo a firma del Responsabile UOMFR. Copia delle suddette certificazioni viene posta agli atti della UOMFR di riferimento per eventuali successivi adempimenti.

Sospensione e/o rinuncia al trattamento

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

Con disposizione prot. N.31737 del 06/02/2020 reiterata con nota prot. N. 49738 del 28/07/2021 la Direzione Generale della Asl Bari ha stabilito che ogni nuovo inserimento e/o proroga di ricovero di assistiti della Asl Ba presso presidi di riabilitazione ex art 26 legge 833/78 EXTRAREGIONALI debba essere formulato con atto deliberativo da parte del Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione con le motivazioni sanitarie di riferimento e i relativi costi.

RICHIESTE DI PROROGHE RICOVERI IN REGIME RESIDENZIALE EX ART. 26 IN STRUTTURE EXTRA-OSPEDALIERE (ART.4 RR 12/2015)

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



residenziale. Nel prosieguo, persistendo il bisogno di assistenza in regime residenziale, in assenza di margini di recupero funzionale, il paziente adulto sarà ospitato nel nucleo di mantenimento, se non avviabile al ricovero di mantenimento in strutture sociosanitarie. Resta impregiudicata la possibilità della presa in carico del paziente nei setting assistenziali ambulatoriale e domiciliare.

Si può accedere alla riabilitazione estensiva extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera.

Alla Riabilitazione estensiva si accede:

1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in Riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente.

2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di Riabilitazione (cod. 56) e dell'Unità Operativa di lungodegenza (cod. 60). La prescrizione deve essere firmata e timbrata dal medico specialista dell'Unità Operativa, che la rilascia sotto la propria personale responsabilità.

La prescrizione dei precedenti punti 1) e 2) deve espressamente indicare che *“il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. ____ gg di trattamento riabilitativo residenziale estensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare.”*

La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Il DIP. MFeR potrà definire con i soggetti interessati canali di comunicazione specifici al fine di semplificare e velocizzare le procedure.

3) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, su richiesta avanzata dalla struttura di riabilitazione intensiva territoriale ove, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, il paziente necessiti di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di trattamento alla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Il DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni



della richiesta del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente.

Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di trattamento.

4) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS. La presa in carico del paziente deve essere comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

In tutti i casi innanzi previsti, l'U.O. del DIP. MFeR di residenza comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico.

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

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione estensiva deve essere preventivamente autorizzata dall'U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente.

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

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

Accesso al Servizio

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

Consulenza Specialistica

I Fisiatri eseguono le Visite Specialistiche nel rispetto delle prenotazioni CUP e prescrivono un Piano Terapeutico Riabilitativo (PTR).

Fisioterapia



I pazienti vengono presi in carico, dal Servizio secondo i codici di priorità previsti e in base a una lista di attesa e prenotazione in NCUP, per cicli di 10 sedute che vengono eseguiti su 5 gg. alla settimana, o con altro diverso programma consigliato dallo specialista. La segreteria del servizio o il personale preposto presso l'ambulatorio predispongono per ogni assistito una cartella/fascicolo comprendente i dati anagrafici, sanitari, copia del PTR, il Consenso Informato ed una scheda di presenza che il paziente firmerà giornalmente.

Prestazioni Erogate

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

Dimissioni/Proroghe

Alla fine del ciclo di trattamento riabilitativo il paziente viene dimesso oppure, dopo valutazione clinica con richiesta di visita fisiatrica di controllo prenotata in agenda NCUP di controllo, viene prescritta una proroga per un ulteriore ciclo ove ritenuto necessario.

Sospensione e/o rinuncia al trattamento.

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

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

Accesso al Servizio

Il MMG/PLS emette preliminarmente richiesta di visita fisiatrica.

Il Fisiatra, valutato il paziente, definisce il setting riabilitativo più appropriato indirizzando il paziente, a seconda della complessità del caso, verso le prestazioni ex art 25 o 26 della legge 833/78. La discriminante utilizzata nella predetta valutazione è tratta dal DPCM del 12/01/2017 (G.U. n.15 del 18/03/2017) in cui è specificato che sono da ritenersi disabilità complesse le seguenti condizioni: "disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica" (confermato dal RR. N. 22 del 18/11/2019).

Per le disabilità complesse, come definito nel PINDRIA del 2011, sono previste la presenza di almeno n.3 figure professionali (compreso il Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione) e la compilazione di un Progetto Riabilitativo Individuale con una tempistica media di almeno 90 minuti per paziente. Si specifica che il trattamento Fkt o Lt ha una durata di 45 minuti per paziente.



Visita specialistica

Il Medico Specialista Fisiatra del Centro di Riabilitazione Territoriale visita il paziente, procede all'apertura di un fascicolo all'interno del quale sono inseriti i dati, allega i referti, gli esami clinici e gli eventuali ricoveri effettuati; inoltre compila il modulo prestampato con il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) del paziente che prevede la tipologia di trattamento e la durata dello stesso. Il PRI del paziente preso in carico dal Servizio Territoriale viene validato dal Responsabile dello stesso e registrato sulla piattaforma Edotto. La suddetta registrazione è effettuata dal medico specialista prescrittore. Successivamente i fisioterapisti, i logopedisti o altre figure cliniche che hanno in carico il paziente destinatario del PRI daranno su Edotto l'avvio al trattamento, indicando il numero di accessi mensili con successiva procedura di chiusura o eventuale proroga.

Fisioterapia

I pazienti vengono presi in carico in base ad una lista d'attesa interna. Sarà cura dei fisioterapisti compilare le griglie mensili, già predisposte, delle sedute effettuate dai pazienti.

I dati, così raccolti, verranno consegnati al Coordinatore, qualora presente, che provvederà a trasmetterli al settore amministrativo preposto.

Sospensione e/o rinuncia al trattamento

- Nel caso in cui il paziente, per motivazioni non documentate, faccia meno di tre assenze consecutive, tali sedute potranno essere recuperate.
- Nel caso in cui il paziente, per motivazioni non documentate, faccia più di tre assenze consecutive o cinque assenze totali durante il ciclo di trattamento, tali sedute non potranno essere recuperate e il trattamento verrà chiuso.
- Nel caso in cui il paziente, per motivazioni documentate (es. malattia, ricoveri, ecc.), sia costretto ad assentarsi per più di dieci sedute, si provvederà a dimettere il paziente allegando in cartella copia della documentazione giustificativa, onde poter prendere in carico pazienti in lista di attesa.

Sarà cura del fisioterapista, in occasione del primo accesso, informare correttamente il paziente di quanto sopra citato, utilizzando una apposita scheda su cui andrà apposta la firma del paziente/parente per accettazione.

Il paziente può rinunciare al trattamento, in detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento.

Dimissioni e proroghe

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

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

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

Accesso al Servizio

Le istanze di visita fisiatrica a domicilio (per i pazienti impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori) sia quelle redatte dai MMG sia quelle riferite alle dimissioni protette da strutture pubbliche o accreditate con il SSN afferiscono presso i Centri di Riabilitazione Territoriali di riferimento.

La richiesta di visita fisiatrica viene registrata su un apposito registro con numero di protocollo interno, data di registrazione e nome del medico che effettua la visita. Successivamente si procede all'apertura di una cartella all'interno della quale vengono inseriti i dati anagrafici, si allegano i referti, gli esami clinici e gli eventuali ricoveri effettuati. La cartella viene consegnata allo specialista Fisiatra per completare l'iter riabilitativo. In caso di "dimissione protetta" il Dirigente Medico Referente (se non ritiene utile ulteriore visita, nel rispetto comunque dei tempi previsti dal regolamento) avvia il PRIMO CICLO RIABILITATIVO, così come prescritto nel PRI (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) dagli specialisti dei reparti di dimissione o delle strutture accreditate. Si richiama il R.R. n. 20 del 10/02/2011 art. 5, 6, 7 e 8.

Le richieste di "proroghe di fine ciclo riabilitativo domiciliare in regime di convenzione" e le richieste di "proroghe di trattamento in regime residenziale extra-ospedaliero ex art. 26" pervengono ai relativi Centri di Riabilitazione Territoriali di riferimento, dove verrà regolarmente istruito un fascicolo relativo ad ogni paziente, per poi essere affidate dal Dirigente Responsabile della Riabilitazione ai colleghi specialisti per la visita di competenza.

Visita Fisiatrica Domiciliare

Lo specialista Fisiatra incaricato delle visite domiciliari effettua le stesse secondo l'ordine cronologico di prenotazione, ordine che deve tener conto delle priorità sulla base dei quesiti diagnostici riportati sulle richieste. Lo Specialista Fisiatra che visita i pazienti, valuterà: a) il possesso dei requisiti previsti dall'art. 2 del RR 20/2011; b) la tipologia di disabilità di cui all'art. 3 del medesimo RR; c) la necessità (SI/NO) di trattamento riabilitativo domiciliare.

Qualora sia possibile attivare il trattamento riabilitativo domiciliare lo Specialista Fisiatra redige il Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare (PTRD) su apposita modulistica regionale, indicando il numero dei cicli, la frequenza settimanale e la tipologia di intervento, inoltre acquisisce il consenso informato, e/o prescrive e collauda ausili e protesi.

Nel caso in cui non sia possibile attivare il trattamento riabilitativo domiciliare lo specialista Fisiatra provvederà a indicare la alternativa assistenziale individuata ovvero a specificare le ragioni che rendono non attuabile il trattamento domiciliare.



La cartella domiciliare con il PRI viene consegnata al Dirigente Responsabile del Centro di Riabilitazione, o suo sostituto, che valuta la disponibilità al trattamento riabilitativo all'interno del Centro di Riabilitazione Territoriale competente e lo autorizza; in caso contrario, autorizza il piano per struttura privata accreditata. Il PTRD autorizzato per il privato accreditato, viene consegnato ai familiari a cura dello specialista o della segreteria, congiuntamente all'elenco delle strutture private accreditate. I PRI dei pazienti presi in carico dal servizio territoriale, saranno registrati in EDOTTO dagli operatori preposti.

Trattamento riabilitativo domiciliare

Le figure professionali coinvolte nel PRI effettuano il trattamento riabilitativo domiciliare secondo le indicazioni e nel rispetto del PTRD (previo ordine di servizio del dirigente medico responsabile). A domicilio, il paziente/parente provvederà alla registrazione dell'accesso firmando il modulo di presenza, controfirmato dagli operatori impegnati e che sarà rendicontato e consegnato al Servizio Territoriale competente. Nel caso in cui il paziente, durante il trattamento, non sia più in condizioni cliniche stabilizzate per riacutizzazioni delle patologie croniche di base (malattie intercorrenti) o non sia presente al domicilio perché ricoverato, si provvederà a dimettere lo stesso, allegando in cartella copia documentazione giustificativa, onde poter prendere in carico altri pazienti in lista di attesa, registrando il tutto su Edotto. Sarà cura delle figure professionali coinvolte nel PTRD, in occasione del primo accesso, informare correttamente il paziente di quanto sopra citato, utilizzando una apposita scheda che sarà controfirmata dallo stesso (o dal parente) per accettazione.

Sospensione e/o rinuncia al trattamento

Il paziente può rinunciare al trattamento, in detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento.

Dimissioni e proroghe

Al termine del PTRD il paziente viene dimesso o rivalutato, previa visita fisiatrica per eventuale proroga al trattamento.



PROTOCOLLO OPERATIVO

PRESA IN CARICO PSICOLOGICA

Manuale delle procedure

Il protocollo di seguito riportato nasce dalla necessità di uniformare le procedure e i protocolli di cura proposti e attuati all'interno dei servizi riabilitativi, valorizzando l'integrazione dell'intervento psicologico nelle pratiche operative, con la finalità di implementare i processi di comunicazione e di relazione che si intrecciano tra sanitari e paziente, alla luce di un concetto di *compliance* che va oltre la passiva adesione all'intervento o alla cura proposti. L'obiettivo è recuperare la centralità della persona malata, nel rispetto e ascolto del modo personale con cui ognuno incontra e attraversa la malattia, la sofferenza e le paure ad essa connesse, restituendo responsabilità di sé, garantendo la libertà di scelta e autodeterminazione, l'inclusione e la personalizzazione delle attività, nel rispetto degli orientamenti culturali, sociali, sessuali e religiosi.

1. Obiettivi e funzioni

L'esperienza della malattia interessa la persona nella sua globalità; coinvolge, dunque, aspetti fisici, emotivi, sociali e relazionali. L'intervento psicologico in ambito riabilitativo comprende tutte quelle attività finalizzate a una reintegrazione e recupero di abilità e/o competenze che hanno subito una modificazione, un deterioramento o una perdita, oppure a favorire la costruzione di strategie compensative nei casi in cui non sia possibile il recupero.

In linea generale, l'intervento psicologico mira a favorire il processo di accettazione e adattamento alla patologia, tanto nel paziente, quanto nel familiare/caregiver, promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel percorso terapeutico che lo riguarda e, al tempo stesso, facilitando la relazione con l'equipe curante, migliorando l'aderenza alle cure e la *compliance* alle proposte riabilitative.

In sintesi, la presa in carico psicologica ha la funzione clinico diagnostica di:

- accoglienza del paziente e della sua famiglia/caregiver;

- progettazione dell'intervento riabilitativo;
- verifica delle competenze cognitive conservate e di quelle compromesse nonché di quelle che possono essere implementate;
- affiancamento, supporto, informazione ed educazione alla famiglia/caregiver per adattarsi ai cambiamenti di vita;
- monitoraggio del percorso riabilitativo nella sua globalità;
- supporto del paziente finalizzato al contenimento emotivo e al sostegno delle risorse adattive.

Il Dirigente Psicologo nella Riabilitazione interviene sulle conseguenze funzionali del disturbo neurologico in una logica esclusivamente riabilitativa.

La presa in carico psicologica si svolge attraverso l'attuazione degli interventi psicologici previsti dai LEA 2017, di seguito elencati e più avanti ulteriormente dettagliati:

- percorso di supporto psicologico
- valutazione cognitiva
- training cognitivo
- valutazione psicologica di personalità
- intervento psico-educativo
- percorso di psicoterapia
- sostegno al caregiver
- percorso gruppale destinato a paziente/familiare/caregiver
- follow up (a distanza di 6 mesi dall'ultima seduta)
- collaborazione con altri professionisti/servizi all'interno di percorsi assistenziali integrati a livello territoriale al fine di una valutazione multidimensionale (UVM).

2. Paziente eleggibili

Persone capaci di discernimento:

- a) persone vigili;
- b) in grado di comunicare con linguaggio e/o ausili comunicativi.

3. Modalità di accesso

L'accesso all'intervento psicologico può avvenire in qualsiasi momento del trattamento riabilitativo (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale) e proseguire o concludersi indipendentemente dallo stesso. L'accesso avviene attraverso la compilazione del modulo di "*Richiesta di attivazione di intervento psicologico*" (Allegato A) a cura dell'equipe riabilitativa (medico fisiatra, neurologo, fisioterapista, logopedista, assistente sociale, terapeuta occupazionale)

o dell'interessato (paziente e/o familiare/caregiver). Il modulo sarà parte integrante della cartella del paziente. Il Dirigente Psicologo, ricevuto il modulo vidimato dal responsabile del P.R.I., procede a fissare un appuntamento con il paziente, nei tempi compatibili con la disponibilità del servizio, per svolgere la consulenza psicologica clinico-diagnostica.

Acquisita la valutazione specialistica, il Dirigente Psicologo potrà o meno redigere il Piano di Intervento Psicologico (Allegato B) secondo quanto previsto dai LEA.

3.1. La consulenza psicologica, che può svilupparsi nell'arco di 1-2 colloqui, ha la finalità di analizzare la richiesta d'intervento, in particolare:

- definire il problema: ottenere informazioni sul perché e da chi il paziente è stato inviato (medico di base, richiesta personale del paziente o dei familiari, equipe riabilitativa), informazioni cruciali per poter stimare la motivazione ad un potenziale intervento psicologico riabilitativo;
- conoscere le modalità di esordio e decorso della malattia;
- conoscere il tipo di vita che conduce e conduceva prima della patologia;
- conoscere il punto di vista ed i vissuti della famiglia/caregiver;
- informare i familiari affinché possano comprendere e adattarsi alla nuova condizione.

La consulenza psicologica può avvenire in qualsiasi momento del trattamento riabilitativo e può svolgersi in setting ambulatoriale, domiciliare, in telemedicina o misto, in aderenza ai regolamenti regionali e coerentemente con le condizioni fisiche, psichiche, ambientali e le capacità digitali del richiedente.

Facendo seguito alla consulenza psicologica, il Dirigente Psicologo decide di non/redigere il "*Piano di Intervento Psicologico*" (Allegato B) che condivide con l'equipe riabilitativa, il paziente e/o familiare/caregiver; il modulo sarà parte integrante della cartella del paziente.

4. Gli interventi psicologici: descrizione

La natura, le modalità e i tempi di intervento psicologico riabilitativo sono stabiliti dal Dirigente Psicologo in considerazione degli obiettivi terapeutici riabilitativi individuati e nella piena libertà di orientamento metodologico (sistemico, cognitivista, gestaltico, umanistico, transazionale, psicodinamico, etc.).

Acquisita la valutazione specialistica, il Dirigente Psicologo redige il *Piano di Intervento Psicologico* indicando il tipo di intervento che interesserà il paziente secondo quanto previsto dai LEA, ovvero:

- percorso di supporto psicologico - n. 10/15 sedute
- valutazione cognitiva - n. 4 sedute

- training cognitivo - n. 10 sedute
- valutazione psicologica di personalità - n. 4 sedute
- intervento psico-educativo - n. 8 sedute
- percorso di psicoterapia - n. 15 sedute
- sostegno al caregiver - n. 10 sedute
- percorso grupppale destinato a paziente/familiare/caregiver - n. 8 sedute
- follow up - n. 1 seduta (a distanza di 6 mesi dall'ultima seduta)

4.1. Il percorso di supporto psicologico

Il percorso di supporto psicologico favorisce l'accettazione e l'adattamento alla malattia, facilita la relazione con l'équipe curante, sostiene il paziente sul piano emotivo, promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel processo decisionale, contribuisce a migliorare l'aderenza alle cure per mantenere la migliore qualità di vita possibile.

La decisione di aderire ad un percorso di supporto psicologico viene condivisa con la persona richiedente e con la stessa vengono concordati gli obiettivi specifici dell'intervento che possono riguardare:

- la costruzione di un nuovo concetto di sé,
- l'elaborazione dell'evento traumatico;
- l'individuazione e valorizzazione di proprie risorse personali e/o relazionali e/o abilità residue;
- la rimodulazione delle aspettative, delle relazioni, degli affetti e degli interessi.

Il percorso di supporto psicologico può avere inizio in qualsiasi momento della presa in carico del paziente c/o un Presidio Riabilitativo e/o Presidio Ospedaliero e proseguire o concludersi indipendentemente dai trattamenti in essere (fisioterapia, logopedia e terapia occupazionale). Si sviluppa nell'arco di 10 - 15 colloqui, in modalità ambulatoriale, domiciliare, in telemedicina o misto, in aderenza ai regolamenti regionali e coerentemente con le condizioni fisiche, psichiche, ambientali e le capacità digitali del paziente.

Il percorso si conclude a raggiungimento degli obiettivi, per *drop out* (dopo 3 mesi) o per l'assenza ingiustificata dalle sedute per 3 (tre) volte consecutive o per un totale di 5 (cinque) volte o a seguito del decesso del paziente.

Il percorso può proseguire oltre il primo ciclo a discrezione del Dirigente Psicologo, coerentemente con gli obiettivi prefissati ed in accordo col paziente.

Il principale strumento di lavoro è il colloquio. Altri strumenti vengono utilizzati a discrezione del Dirigente Psicologo ed in base al suo orientamento teorico (sistemico, cognitivista, gestaltico, umanistico, transazionale, psicodinamico, etc.). Esso si distingue dalla psicoterapia in quanto è mirato agli aspetti operativi e dunque centrato sul presente; non vengono pertanto trattati

temi riguardanti la struttura e/o i disturbi di personalità attraverso un'indagine etiopatogenica.

4.2. La valutazione neuropsicologica – dalle 3 alle 5 sedute

La valutazione neuropsicologica è un esame delle funzioni cognitive, finalizzato a indagare lo stato cognitivo della persona e a individuare eventuali deficit delle funzioni cognitive (ad es. memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive, funzioni visuospatiali, abilità prassiche ecc.).

Essa include una serie di procedure e strumenti atti a raccogliere, sintetizzare e interpretare le informazioni sullo stato cognitivo dell'individuo.

La somministrazione di test cognitivi permette una misurazione obiettiva e standardizzata, nello specifico, consente la quantificazione della prestazione cognitiva, trasformandola in punteggi equivalenti a loro volta indicatori di normalità o patologia.

Inoltre la valutazione dà la possibilità di confrontare la prestazione dello stesso paziente in momenti diversi della sua storia clinica.

Quindi la valutazione neuropsicologica riporta un quadro della gravità e del livello di compromissione del deficit, dà la possibilità di effettuare una diagnosi differenziale e progettare un intervento riabilitativo cognitivo, rivalutandone gli esiti (valutazione di controllo - follow up).

I requisiti di uno strumento neuropsicologico sono la standardizzazione, l'attendibilità, la validità, la sensibilità e la specificità. Quindi da una parte diventa imprescindibile dotarsi di un repertorio di tests e batterie testistiche che rientrino in tale requisiti, dall'altra individuare dei protocolli operativi diagnostici differenziati in base al tipo di patologie da valutare e, non per ultimo, adattabili alle condizioni cliniche del paziente attraverso un percorso valutativo individualizzato.

La valutazione neuropsicologica è a cura del Dirigente Psicologo, e prevede diversi momenti, in un numero dalle 3 alle 5 sedute, sotto elencati:

1. Colloquio clinico (prima visita):
 - raccolta dei dati anamnestici;
 - colloquio con il paziente;
 - osservazione clinica;
 - colloquio con i familiari del paziente ove necessario.
2. Somministrazione di test cognitivi + test strumentali.
3. Somministrazione di strumenti di valutazione funzionale.
4. Analisi e scoring dei dati.
5. Stesura relazione neuropsicologica.
6. Restituzione al paziente e/o ai familiari.

Si elencano di seguito i test cognitivi e strumentali suddivisi per aree funzionali cognitive diverse.

<p>1. Test di screening cognitivo di primo livello per valutare la condizione neuropsicologica complessiva e comprendere di prima battuta le funzioni danneggiate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CPM 47 (Matrici Colorate di Raven) - Mini Mental State Examination (MMSE) - Frontal Assessment Battery (FAB) - Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) - Weschler Adult Intelligence Scale - IV (WAIS IV)
<p>2. Test Cognitivi di secondo livello specifici per Funzione</p>	<p>MEMORIA VERBALE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test di Memoria di Prosa - ripetizione immediata e differita - Digit Span Cifre Avanti - Apprendimento di coppie di parole - Apprendimento di liste di parole - rievocazione immediata e differita <p>MEMORIA DI LAVORO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digit Span Cifre Indietro - Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT) <p>MEMORIA VISUO-SPAZIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test di Corsi - Figura di Rey - riproduzione differita <p>ATTENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test di Attenzione Visiva (Matrici Attentive) - Trail Making Test A e B - Digit Symbol Test (TST) - Test di Barrage di linee <p>LINGUAGGIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aachner Aphasie Test - Test di Fluenza verbale fonemica (per lettere) FAS - Test di Fluenza verbale semantica (per categoria) FLUS <p>FUNZIONI ESECUTIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroop Test -tempo/errori - Test della Torre di Londra semplificata (SLTT) - Clock Drawing Test - Modified Wisconsin Card Sorting Test (MCST) - Test Stime Cognitive <p>FUNZIONI VISUO-SPAZIALI, PERCETTIVE E PRASSICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AC Di Milano - Esame neuropsicologico per l'afasia ENPA - Figura di Rey - riproduzione immediata

3. Test di Valutazione funzionale autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Indice di Dipendenza nelle Attività della vita quotidiana -ADL - Indice di Dipendenza nelle Attività strumentali della vita quotidiana - IADL
4. Questionari Di Autovalutazione	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigue Severity Scale - FSS

4.3. Il training cognitivo - n. 10 sedute

Il training cognitivo è un processo del percorso riabilitativo che consiste in una serie di esercizi strutturati e ripetitivi che riflettono determinate funzioni cognitive (memoria, attenzione, problem solving, ecc.).

Gli esercizi vengono solitamente realizzati carta e matita, mediante materiale apposito oppure al computer, ed inoltre, si possono presentare esercizi che ripropongono attività di vita quotidiana (es. organizzare una cena tra amici). Ogni attività deve essere tarata rispettando il livello di preparazione del paziente e una caratteristica del training cognitivo è che gli esercizi possono venir aggiustati di volta in volta durante il training con livelli di difficoltà maggiori.

Lo scopo principale del training cognitivo è quindi quello di allenare le funzioni cognitive del paziente per potenziarle o quanto meno per mantenerle allo stesso livello e di riuscire a generalizzare oltre il contesto specifico del training.

A seconda dei casi, il Dirigente Psicologo può decidere di integrare il training cognitivo con alcuni incontri psicoeducativi sui processi cognitivi o sul funzionamento cerebrale; può insegnare strategie cognitive; può formare dei gruppi per insegnare ai familiari come comportarsi in determinate situazioni o semplicemente per parlare delle reazioni emotive individuali che si hanno di fronte al proprio caro o di altre necessità.

Di seguito sono elencati alcuni esercizi in uso in ambito riabilitativo:

- esercizi di orientamento temporale (si pongono domande relative alla data, al giorno della settimana, alla stagione e all'ora; collocazione delle varie festività nei diversi mesi; ordinare cronologicamente una serie di parole indicanti un certo arco di tempo (es. mese, giorno, settimana, minuto...); o la rievocazione di tutte le attività svolte abitualmente durante una giornata);
- esercizi di orientamento spaziale (chiedere la descrizione della strada percorsa per arrivare in ambulatorio, per tornare a casa o raggiungere un posto; mostrando una cartina dell'Italia semplificata con indicate alcune città chiedere la direzione verso cui andare per raggiungere una determinata località);
- esercizi di memoria (il gioco del "Memory"; rievocazione delle attività svolte durante la giornata);

- esercizi di attenzione (individuazione di elementi “distrattori” all’interno di una lista di parole lette dall’operatore che riguardano elementi di uno stesso campo semantico);
- esercizi di riconoscimento visivo (tramite fotografie di personaggi famosi, o riconoscimento di emozioni su volti sconosciuti);
- esercizi di riconoscimento uditivo (far ascoltare ai pazienti registrazioni di rumori significativi e di versi di animali);
- esercizi di riconoscimento tattile (attraverso l’identificazione di un oggetto con la semplice manipolazione senza poterlo vedere);
- Behavioural Inattention Test (batteria standardizzata con un ampio numero di prove comuni per la valutazione del neglect)
- test delle campanelle;
- lettura di parole e non parole;
- raggiungimento degli oggetti;
- prove per lo spazio extrapersonale (il paziente deve denominare in due minuti, 14 oggetti collocati per metà alla destra della sua linea mediana e per metà alla sinistra della sua linea mediana. L’esaminatore registra le omissioni di oggetti).

4.4. La valutazione psicologica di personalità - n. 4 sedute

La “valutazione” o “misurazione” psicologica, destinata esclusivamente ai pazienti in carico ai servizi di Riabilitazione, è l’applicazione di sistemi di classificazione mediante categorie numeriche e/o qualitative capaci di descrivere le funzioni specifiche di personalità.

La valutazione psicologica di personalità è un processo diagnostico basato sul colloquio clinico associato alla somministrazione di test di personalità. A differenza della valutazione neuro-cognitiva, che indaga funzioni mentali quali memoria, attenzione, linguaggio e abilità percettive, la valutazione psicologica di personalità analizza le dimensioni psichiche, emotive e comportamentali con la finalità di profilare la struttura di personalità del paziente. Lo scopo della valutazione psicologica in ambito clinico è quindi dare una risposta a quesiti che attengono a cinque sfere comportamentali clinicamente rilevanti: 1) diagnosi; 2) eziologia, o cause del comportamento; 3) prognosi, o corso previsto dei sintomi; 4) terapie che possano migliorare o alterare tale corso; 5) grado del danno funzionale nelle funzioni vitali ordinarie e in quelle specifiche.

Questo tipo di diagnosi, effettuata esclusivamente a discrezione del Dirigente Psicologo, si rende necessaria in fase preliminare di intervento riabilitativo in quanto permette di cogliere le specificità del paziente e di conseguenza consente di individuare obiettivi riabilitativi psicologici realistici e mirati. Essa è utile anche al termine del trattamento nella misura in cui è capace di stimare l’efficacia

dell'intervento psicologico riabilitativo condotto dal momento della presa in carico del paziente.

La valutazione psicologica di personalità ha chiaramente un fine riabilitativo ovvero va condotta sui pazienti che ricevono un trattamento riabilitativo e non si presta a fini diagnostici di altra natura.

I Test che il Dirigente Psicologo può utilizzare devono essere stati approvati dalla comunità scientifica secondo criteri di validità e attendibilità psicometrici. Essi possono attenersi alla teoria generale della personalità e/o a funzioni specifiche del comportamento.

Di seguito sono riportati alcuni dei più noti test in uso per la valutazione della personalità:

- SACKS (Sacks e coll., 1989)

Il reattivo delle frasi da completare di Sacks e coll. permette di ottenere informazioni significative su quattro aree rappresentative dell'adattamento di un soggetto nell'ambiente.

1. Famiglia: padre, madre, unità familiare
2. Sesso: esplorazione del femminile, intimità
3. Relazioni interpersonali: autorità inferiori, autorità superiori, amici, colleghi
4. Concetto di sé: ideali di vita, risorse personali, visione del futuro, visione del passato, colpe, paure.

Il reattivo è costituito da 60 frasi incomplete che il paziente deve completare scrivendo la prima idea gli viene in mente. Risulta uno strumento valido per comprendere come il soggetto si adatta all'ambiente circostante. Il tempo per lo svolgimento del compito può variare da 25 a 40 minuti.

- MMPI-2 (versione italiana curata da Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti, 1995)

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) è un questionario che ha lo scopo di individuare le caratteristiche strutturali della personalità e la presenza di eventuali disturbi psicologici. È costituito da 567 item che comportano risposte dicotomiche, di tipo vero/falso. Può essere facilmente somministrato sia al singolo paziente, sia a gruppi di persone, ed il completamento richiede circa un'ora e trenta minuti.

L' MMPI-2 è la forma aggiornata del MMPI, destinata a persone con più di 18 anni di età. Il test nella sua forma definitiva ha mantenuto le 10 scale cliniche e le scale di validità tradizionali, a cui sono state aggiunte 3 scale di controllo (VRIN, TRIN, F-Back), 15 scale di contenuto ed alcune scale supplementari (Butcher et al., 2001). Le scale, empiricamente valutate, hanno un significato molto chiaro e stabile: un punteggio alto ad una particolare scala clinica viene associato statisticamente a determinate caratteristiche comportamentali, applicate oggettivamente alle persone che si sottopongono al test.

Il questionario fornisce quindi una descrizione valida e chiara delle problematiche, dei sintomi e delle caratteristiche personologiche dell'esaminato,

espresse con un linguaggio clinico. I punteggi, inoltre, permettono di prevedere alcuni comportamenti o risposte a diversi approcci trattamenti e riabilitativi. Nello specifico, il questionario è composto da 10 scale cliniche, o scale di base, che coprono le tradizionali categorie psicopatologiche di riferimento: Ipocondria, Depressione, Isteria, Deviazione psicopatica, Mascolinità-Femminilità, Paranoia, Psicastenia, Schizofrenia, Ipomania, Introversione sociale.

I Punteggi T che vanno da 57 a 65 potrebbero indicare semplici aspetti caratteriali, mentre da 76 a 85 si presentano sintomi pervasivi, clinici ed onnipresenti, non situazionali. Il MMPI-2 è uno strumento che analizza tre livelli di validità, attraverso gli indici L (bugia cosciente), F (frequenza di patologia) e K (controllo delle scale inconscio), i quali ci dicono se il questionario risulta valido e quindi se si possa leggere, ancora prima del profilo clinico. Questo aspetto è molto importante in quanto nel MMPI la psicopatologia è valutata da ciò che dice il soggetto, quindi è fondamentale indagarne la validità rispetto all'immagine che la persona ha di sé.

- WARTEGG (Versione aggiornata 2002)

Il test di Wartegg è un test grafico proiettivo, semistrutturato, costituito da un modulo che racchiude otto Riquadri, numerati da 1 a 8, disposti orizzontalmente su due file parallele di 4 e divisi tra loro da un ampio bordo nero. In ciascun Riquadro sono raffigurati differenti segni grafici che il soggetto viene invitato ad utilizzare come spunto per realizzare otto disegni di senso compiuto.

Il test indaga dunque le seguenti funzioni psichiche: concetto di sé, relazione intima, rapporto con le autorità, rapporto con il materno, aggressività, razionalità, sensualità, funzione sociale.

La validità è dubbia nel caso in cui il paziente abbia sviluppato competenze artistiche. Il tempo per lo svolgimento del compito può variare da 10 a 35 minuti.

- BABI (Holmes, 2001)

La teoria dell'attaccamento si è rivelata un paradigma importante che ha "informato" differenti modelli psicoterapeutici (compreso quelli psicoanalitici), particolarmente nella valutazione dei problemi e nell'identificazione delle strategie difensive dei pazienti e delle loro famiglie. Nello stesso tempo, però, molti clinici esperti stanno lavorando per lo sviluppo di trattamenti "attachment based". Il questionario indaga 6 funzioni psichiche ed emotive quali: base sicura, esplorazione e divertimento, lutto, rabbia, situazione scatenante, funzione autobiografica. Ogni area si compone di domande riferite all'età dell'infanzia (fino ai 12 anni) e al presente. Il tempo medio di compilazione è di 45 minuti.

- BECK DEPRESSION INVENTORY O BDI (Beck e altri, 1979)

È un questionario formato da 21 items descrittivi di sintomi e di atteggiamenti osservati nel corso di psicoterapie psicoanalitiche con pazienti depressi. L'assunto di base è che il numero, la frequenza e l'intensità dei sintomi siano

direttamente correlati con la profondità della depressione. La teoria interpretativa è che i disturbi depressivi siano la conseguenza di una strutturazione cognitiva che induce il soggetto a vedere se stesso ed il suo futuro in una luce negativa. Questo quadro teorico ha ovviamente indotto una prevalenza di items riguardanti gli aspetti cognitivi della depressione (in specie: sentimento di non valere nulla oppure sensi di colpa eccessivi o inappropriati); nell'insieme, il questionario copre con due o più items sei dei nove criteri diagnostici del DSM-III. Il tempo medio di compilazione è di 15 minuti.

4.5. L' intervento psico-educativo - n. 8 sedute

La Psico-educazione è un trattamento strutturato e integrato, il cui obiettivo è quello di potenziare e valorizzare le risorse dei pazienti e dei loro familiari, attraverso un intervento che favorisca l'acquisizione di conoscenze, abilità e strategie che faciliterà il paziente e/o i familiari a migliorare la qualità di vita della persona e del suo nucleo familiare.

La psico-educazione può, inoltre, prevedere e favorire l'integrazione tra le attività dei servizi pubblici e quelle delle associazioni di volontariato e della rete familiare e sociale.

Gli interventi psicoeducativi possono essere parte integrante del progetto terapeutico individualizzato.

L'intervento psico-educativo si struttura in 3 fasi.

La prima fase è di tipo informativa rispetto alla malattia, di educazione alla salute, in cui è preferibile che il Dirigente Psicologo sia affiancato da altre figure professionali (fisiatra, fisioterapista, neurologo, logopedista, terapeuta occupazionale, assistente sociale, nutrizionista ecc.) che collaborano alla riabilitazione del paziente.

La seconda fase mira a favorire la gestione dello stress. Il Dirigente Psicologo assume il ruolo di facilitatore del gruppo in cui incoraggia:

- la discussione, il confronto e la modifica di atteggiamenti e di comportamenti improduttivi rispetto all'esperienza di malattia;
- a condividere le emozioni e a trovare nuove modalità di affrontare la malattia.

La terza fase della psico-educazione promuove la capacità di adattamento, di funzionamento sociale e di benessere psicofisico. Il Dirigente Psicologo organizza attività di apprendimento esperienziale finalizzate a offrire strumenti per convivere con la malattia, a migliorare la comunicazione efficace, a sviluppare abilità trasversali, come il problem-solving, la capacità decisionale, al fine di migliorare la gestione delle emozioni, dello stress e di relazioni più efficaci.

4.6. Il percorso di psicoterapia - n. 15 sedute

Quando una valutazione del caso evidenzia la presenza di questioni psichiche che vanno al di là del momento traumatico occorso/iscrizione della disabilità,

per cui accanto a sintomi depressivi e/o di ansia più di tipo reattivo, si palesa nel paziente una comorbidità comprensiva di uno o più disturbi di personalità o di altra natura, si rende necessario proporre un percorso di Psicoterapia.

Questioni psichiche più importanti possono sottilmente inficiare la presa in carico globale del paziente stesso: propri meccanismi di difesa, con i quali l'lo protegge se stesso, talvolta inducono a negare la realtà, la presenza della condizione/disabilità e o la severità della stessa, con conseguente mancanza di osservanza delle prescrizioni mediche, logoterapiche, fisioterapiche, (esempi di *compliance* sono dati dal rispetto degli appuntamenti, l'inizio e completamento del programma di terapia e l'esecuzione dei cambiamenti indicati a livello comportamentale).

Sono numerosi gli studi che attestano come la Psicoterapia modifichi le connessioni cerebrali: si è accertato che come i traumi cognitivi e/o psichici danneggiano il cervello e la sua capacità di modulare i neurotrasmettitori, così la Riabilitazione e la Psicoterapia lo riorganizzano. È infatti acclarato come la Psicoterapia intervenga positivamente nelle connessioni cerebrali, nonché nella quantità e tipologia dei neurotrasmettitori.

Nell'ottica di una presa in carico globale, il Dirigente Psicologo in costante collaborazione con tutte le figure dell'equipe multiprofessionale, si fa così carico della persona nella sua complessità psichica.

Un percorso di psicoterapia mira a costruire nuovi strumenti mentali/psichici (maggiore consapevolezza del proprio funzionamento psichico e delle proprie risorse residue, maggiore fiducia di sé e self control, utilizzo di difese più mature, assunzione di responsabilità), tutti elementi che concorrono a far sì che il paziente divenga protagonista nella gestione della sua condizione/malattia e della sua vita più in generale.

La Psicoterapia nello specifico si articola con:

- un'elaborazione dei processi psicologici
- un approfondimento dei meccanismi mentali ed emotivi del paziente,
- la messa in discussione di tali meccanismi;
- una ricerca concreta di strategie più funzionali e più adatte alla vita di quella persona in quel preciso momento esistenziale

Il percorso che si avvale di un numero di 15 sedute, rinnovabili a discrezione unicamente del Dirigente Psicologo, ingloba tutti gli aspetti inerenti al percorso di supporto psicologico, al quale si rimanda.

4.7. Il sostegno al caregiver - n. 10 sedute

Il caregiver, familiare o operatore che maggiormente sostiene il carico della persona ammalata, è colui il quale presta assistenza quotidiana ad un parente non autosufficiente, fisicamente e/o mentalmente. Nello svolgimento di tale mansione, il familiare che offre assistenza può operare in maniera diretta o

indiretta per il proprio congiunto, convivente o non convivente, così come adottare nei suoi confronti tecniche di sorveglianza attiva o passiva.

I caregivers sono spesso così concentrati sul prendersi carico dei bisogni dell'altro che perdono di vista il proprio benessere. Inoltre, con l'aumentare dell'età dei caregivers diminuiscono le loro capacità di fare fronte al carico fisico, materiale ed affettivo che la disabilità comporta. L'elevata correlazione positiva tra il carico assistenziale ed i punteggi di screening per ansia e depressione conferma l'importanza di considerare lo stress di chi presta assistenza come fattore determinante la qualità di vita e la salute complessiva del caregiver e del paziente stesso.

Nell'accudimento dei propri cari, i familiari devono confrontarsi, oltre che con le incombenze della cura quotidiana, anche con i propri vissuti soggettivi e con le emozioni causate dalla sofferenza per sé e per l'altro con il quale sussistono dei vincoli affettivi. Tutto questo può generare vissuti di ansia e tristezza, irritabilità e rabbia, sentimenti di inadeguatezza, stress e isolamento.

Tali dinamiche emotive condizionano la relazione con l'assistito, influenzandone la qualità spesso in maniera poco funzionale.

I colloqui di sostegno ai caregivers possono, dunque, rappresentare uno spazio relazionale ed emotivo dedicato a loro capace di accogliere e accompagnare la loro esperienza intra-familiare.

L'obiettivo generale dell'intervento è quello di attivare un maggiore benessere del caregiver che potrà quindi migliorare di riflesso la relazione con il proprio assistito e di conseguenza avere risvolti positivi sulla quotidianità di quest'ultimo.

Nello specifico il sostegno al caregiver risponde al suo bisogno di:

- essere ascoltato e accolto senza giudizio;
- acquisire una maggiore comprensione e consapevolezza della condizione del proprio assistito;
- elaborare le emozioni negative;
- migliorare le strategie di gestione quotidiana del proprio familiare;
- potenziare la personale capacità di resilienza;
- vedere riconosciuta la propria esperienza come risorsa.

Il percorso di sostegno al caregiver può avere inizio in qualsiasi momento della presa in carico del paziente assistito c/o un Presidio Riabilitativo e/o Presidio Ospedaliero, in ambito domiciliare o in teleconsulto. Qualora il caregiver, informato del servizio a lui dedicato, dovesse farne richiesta, si attiverebbe un percorso di 10 colloqui. Il percorso potrebbe proseguire oltre le dieci sedute se necessario al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Inoltre, se possibile e valutato opportuno sia dal Dirigente Psicologo che dal richiedente, il caregiver potrebbe essere inserito in un percorso grupppale destinato a pazienti/familiari/caregivers.

Nel processo di sostegno al caregiver possono inoltre essere interessate, a seconda delle necessità intervenienti, anche altre figure professionali che possano

costituire delle risorse ai fini del conseguimento degli obiettivi stessi dell'intervento di accompagnamento quali: assistente sociale, fisioterapista, fisiatra, neurologo, terapeuta occupazionale.

Il principale strumento di lavoro è il colloquio. A questo ne vengono affiancati altri ai fini di una valutazione qualitativa di specifiche dimensioni che possano interessare il carico emotivo sostenuto dalla figura di un caregiver:

- CBI (Scala di Autovalutazione)

La Caregiver Burden Inventory è un questionario self-report utile alla valutazione dello stress assistenziale specifico per il caregiver principale di persone colpita da malattia di Alzheimer e altri disturbi neurocognitivi maggiori o minori.

La CBI si compone di 24 affermazioni suddivise in altrettante 5 sezioni, una per ogni aspetto dello stress:

I - il burden (carico) dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza (item 1-5 - indicati con la lettera T), che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver.

II - il burden evolutivo, inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei.

III - il burden fisico, che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica. Gli item sono i seguenti: Non riesco a dormire a sufficienza; La mia salute ne ha risentito; Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute; Sono fisicamente stanca.

IV - il burden sociale, che descrive la percezione di un conflitto di ruolo.

V - il burden emotivo, che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.

In conclusione la CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden del caregiver nei diversi domini dello stress sopradescritti e rivolgendo l'attenzione verso i diversi bisogni sociali (rete di servizi socio-sanitari formali e non) e psicologici dei caregiver (rischio maggiore di ansia e depressione), così da consentire di definire i diversi focus di intervento pianificati in base agli specifici punti deboli derivati dalle risposte fornite al questionario.

- ZBI (Scala di Autovalutazione)

Lo Zarit Burden Inventory è un'intervista (self-report o somministrata) utilizzata per la valutazione delle conseguenze che il carico assistenziale di un familiare con patologie croniche degenerative ha sul caregiver. Gli items indagano come la disabilità del paziente impatti sulla qualità di vita, sofferenza psicologica, senso di colpa, difficoltà finanziarie, vergogna e le difficoltà sociali e famigliari del caregiver.

La ZBI si compone di 22 items ed è applicabile a caregivers di diverse popolazioni di pazienti (demenza, cancro, malattie psichiatriche, sclerosi multipla, ictus, morbo di Parkinson, ...) e con livelli di autosufficienza differenti (scale ADL e IADL). Le 5 sotto-scale di questo strumento permettono una misurazione multifattoriale del burden (carico) consentendo di indagare, ad esempio, i

risultati egli interventi di supporto rivolti al paziente e/o al caregiver di tipo psicologico, sociale, assistenziale, farmacologico osservandone gli effetti sulla condizione del caregiver.

- PSS 10

Il Perceived Stress Scale è uno strumento self report che può essere utilizzato al fine di misurare la componente di stress autopercepito dal soggetto compilante negli aspetti della incontrollabilità, imprevedibilità e sovraccarico. Può essere quindi utilizzato come strumento di approfondimento della dimensione psicoaffettiva.

Il PSS-10, composto da 10 items, sebbene non costituisca una misura della sintomatologia psicologica, può essere utilizzato per identificare sia la risposta all'angoscia del caregiver sia la capacità di affrontare i fattori di stress in soggetti possibilmente a rischio. Vari risultati di ricerche riflettono associazioni elevate tra stress percepito e ansia, depressione.

4.8. Il percorso grupppale destinato a paziente/familiare/caregiver - n. 8 sedute

Per definizione un gruppo è un insieme di persone, individuato da una propria configurazione o fisionomia, con interessi e obiettivi comuni.

I gruppi di sostegno, utili e opportuni sia per gli utenti che per i caregivers, consentono di “parlare insieme” di cura: per confrontarsi, scambiare esperienze, rispondere a domande, esprimere bisogni, costruire proposte, valutare e condividere strategie sia comportamentali che ideativo-emotive.

Essi possono definirsi anche nella formula dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto e rivelarsi come un momento di sollievo e confronto con altri che vivono la stessa situazione di difficoltà.

Il caregiver, persona impegnata nella cura e nell'assistenza, affronta il peso della cura con ansia e timore di non riuscire a superare le difficili prove di assistere e sostenere il proprio caro a fronte di un cambiamento attivato dall'impatto concreto ed emotivo della malattia e che interessa organizzazione e ruoli familiari nonché umori e relazioni interpersonali.

Il gruppo di sostegno può offrire ai caregivers la possibilità di usufruire di interventi finalizzati ad affrontare il senso di fallimento e lo stress fisico, fornendogli un sostegno psicologico.

D'altro canto il paziente con patologia cronica e/o degenerativa è immerso in una angosciosa “crisi di identità” attivata dalla discrepanza tra chi era ieri, chi è oggi e chi o cosa sarà domani. Rabbia, senso di fallimento e paura sono le emozioni che lo accompagnano quotidianamente e che sono alla base di quasi ogni sua scelta. Confrontarsi dunque con chi vive analoghe esperienze può risultare di grande aiuto a gruppi di persone accomunate da esperienze spesso difficili, che si ritrovano periodicamente insieme per divenire una risorsa per sé e per gli altri.

La pratica del mutuo aiuto presuppone la capacità di valorizzare le risorse che esistono in tutte le persone.

L'obiettivo generale dell'intervento è quello di consentire l'espressione dei bisogni che persone segnate da esperienze difficili vivono profondamente. I percorsi di auto mutuo aiuto sono finalizzati ad attivare processi di reciprocità e di solidarietà orizzontale tra persone nella stessa condizione di vita, con lo stesso tipo di problema, con le medesime esperienze in atto o che affrontano difficoltà simili.

La mutualità è la caratteristica di base dei gruppi di sostegno, la cui forza è rappresentata dalla reciprocità e dalla collaborazione tra le persone. Ogni persona facente parte del gruppo lo arricchisce con la propria presenza e con la propria storia e, avendo esperienza del problema di cui si discute, mette a disposizione la propria "competenza" in merito.

Nello specifico il gruppo di sostegno risponde alle necessità dei singoli di:

- espandere reti relazionali che costituiscano un supporto emotivo in cui provare ad elaborare vissuti negativi in un clima di empatia;
- essere ascoltati e accolti senza giudizio;
- uscire dall'isolamento e dalla vergogna;
- vedere riconosciuta la propria esperienza come risorsa e conoscenza;
- adottare strategie di *coping* più efficaci a fronte di un sistema motivazionale cooperativo;
- accrescere la sicurezza in se stessi e aumentare la spinta al cambiamento.

La partecipazione ai gruppi è fondata sull'attento rispetto della riservatezza.

La partecipazione ai gruppi di sostegno, qualora il paziente o il suo caregiver dovessero farne richiesta, può avere inizio in qualsiasi momento della presa in carico del paziente assistito e/o del suo caregiver di riferimento c/o un Presidio Riabilitativo e/o Presidio Ospedaliero in quanto la formula organizzativa del gruppo stesso può essere quella di un "gruppo aperto". Inoltre, in base alle possibilità organizzative ed alle richieste, il gruppo di sostegno potrà anche prevedere la partecipazione mista di pazienti e caregivers insieme.

Gli incontri si svolgono a cadenza quindicinale e per la durata può variare dai 3 ai 5 mesi. Il gruppo potrà essere composto da un minimo di 3 ad un massimo di 10 partecipanti. Tali variabili verranno valutate dal Dirigente Psicologo anche in base all'organizzazione e all'ampiezza degli spazi fruibili.

Durante gli incontri gruppalari potranno inoltre essere interessate, a seconda delle necessità intervenienti, anche altre figure professionali che possano costituire delle risorse ai fini del conseguimento degli obiettivi stessi dell'intervento di accompagnamento quali: assistente sociale, fisioterapista, fisiatra, neurologo, terapeuta occupazionale, etc..

Il principale strumento è il dialogo. A questo potranno essere affiancate eventualmente modalità laboratoriali sulle dinamiche relazionali.

4.9. L'incontro di follow up - n. 1 seduta (a distanza di 6 mesi dall'ultima seduta)

Il colloquio di follow up può essere concordato a distanza di 6 mesi dalla chiusura dell'intervento psicologico e viene fissato a discrezione del Dirigente Psicologo.

Il follow up si sviluppa nell'arco di 1 colloquio, in modalità ambulatoriale, domiciliare o in telemedicina, in aderenza ai regolamenti regionali e coerentemente con le condizioni fisiche, psichiche, ambientali e le capacità digitali del paziente e/o familiare/caregiver.

Il follow up ha la finalità di verificare quali cambiamenti sono stati consolidati e quali cambiamenti si sono verificati nel corso dei mesi, cambiamenti di cui il paziente e/o il familiare/caregiver potrebbe non avere piena consapevolezza. Nello specifico, il follow up ha la finalità di appurare:

- se e in che misura è mutato per il paziente e per il familiare/caregiver il significato relazionale dei sintomi;
- come si è modificata la configurazione relazionale familiare e lo spazio personale di ciascuno;
- in quale misura la famiglia è riuscita a ritrovare una dimensione temporale dove è possibile vivere il presente, senza sentirlo come una ripetizione del passato o uno schema obbligato per il futuro.

5. Il setting

L'intervento psicologico riabilitativo è condotto, in aderenza ai regolamenti regionali e coerentemente con le condizioni fisiche, psichiche, ambientali e le capacità digitali del paziente, nelle seguenti modalità:

- ambulatoriale;
- domiciliare;
- telemedicina (da remoto);
- misto.

È cura del Dirigente Psicologo valutare il miglior setting per ogni specifico paziente. Infatti, il senso generale di riabilitare è molto ampio e nel XXI secolo ci viene chiesto di progettare e pensare la cura passando dal modello medico a un modello bio-psico-sociale, capace di garantire tutti i diritti, di sostenere l'inclusione e di promuovere la qualità della vita che è necessariamente soggettiva.

In tale complessità quindi il setting riabilitativo acquista una notevolissima importanza. Se riabilitare è permettere il massimo funzionamento possibile per garantire la partecipazione alla vita desiderata e se l'ambiente è una variabile fondamentale e passibile di intervento diretto, non si può prescindere dal creare setting anche fuori dagli ospedali, fuori dai centri, lavorando negli ambienti di vita delle persone, nelle loro case e nelle loro comunità.

5.1 Setting Ambulatoriale

Il Dirigente Psicologo ha in dotazione una stanza ad uso esclusivo, munita di scrivania e almeno tre sedie, computer in rete, telefono, finestra e archivio (chiuso a chiave).

5.2 Setting Domiciliare

L'intervento psicologico domiciliare prevede i seguenti requisiti strutturali *sine qua non* all'intervento psicologico stesso: igiene, sicurezza, privacy e presenza di un caregiver in casa. L'ambiente deve essere valutato dal Dirigente Psicologo, consono all'intervento ovvero protetto da stressors quali affollamento, rumori di sottofondo, interferenze di familiari e/o altre figure che potrebbero inficiare la qualità del lavoro.

5.3 Telemedicina

L'intervento psicologico in telemedicina avviene attraverso l'utilizzo di strumenti e piattaforme rese disponibili dall'ASL.

6. Gli strumenti

Il Dirigente Psicologo si avvale di una serie di strumenti che sono definiti dalle procedure interne al contesto riabilitativo in cui opera e dalla tipologia specifica dell'intervento che pone in essere con il paziente.

6.1 La cartella psicologica

La cartella psicologica viene aperta al momento del primo contatto con il richiedente (paziente, familiare/caregiver). Essa contiene:

- il consenso informato;
- il consenso al trattamento dei dati;
- il materiale testistico utilizzato e quanto utile al lavoro psicologico.

La cartella psicologica si chiude:

- a raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- drop out (dopo 3 mesi) o per l'assenza ingiustificata dalle sedute per 3 (tre) volte consecutive o per un totale di 5 (cinque) volte;
- decesso del paziente.

6.2 Materiale testistico e per il training cognitivo

Per il corretto svolgimento delle prestazioni previste dai LEA, si rende necessario l'accesso al materiale testistico che rappresenta uno strumento

cardine sia per la diagnosi che per il recupero delle funzioni cognitive del paziente.

Il gruppo dei Dirigenti Psicologi della Riabilitazione si incontra a cadenza annuale per definire il fabbisogno di materiale testistico e delle batterie di esercizi in ordine di definizione del test e del relativo numero di copie.

6.3 Aggiornamenti professionali

Come previsto da CCNL per la dirigenza sanitaria, il Dirigente Psicologo è obbligato alla formazione continua (ECM) al fine di aggiornare le abilità e le conoscenze per garantire una maggiore efficacia, coscienza e produttività nel proprio ambito di lavoro.



Centro di Riabilitazione _____

MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO PSICOLOGICO

Cognome	_____	Nome	_____
Luogo di nascita	_____	Data di nascita	_____
Residente a	_____	In via	_____
Professione	_____	Scolarità	_____
Telefono	_____	Caregiver	_____

INVIANTE e/o RICHIEDENTE: motivazione dell'invio	

Diagnosi clinico- funzionale:	

Usufruisce di trasporto

- sì no

Luogo _____, Data ____/____/____

Il richiedente

Ppv Il Medico Fisiatra (resp. del P.R.I.)

Il Dirigente Psicologo



Centro di Riabilitazione di _____

PIANO DI INTERVENTO PSICOLOGICO

Cognome	Nome
Scolarità	
P.R.I.	
Diagnosi clinico-funzionale	

A seguito della consulenza psicologica, acquisito il consenso del richiedente, si concorda il seguente intervento psicologico da inserire nel P.R.I.:

- percorso di supporto psicologico - *n. 10/15 sedute*
- valutazione cognitiva - *n. 4 sedute*
- training cognitivo - *n. 10 sedute*
- valutazione psico-attitudinale - *n. 4 sedute*
- intervento psico-educativo - *n. 8 sedute*
- percorso di psicoterapia - *n. 15 sedute*
- sostegno al caregiver - *n. 10 sedute*
- percorso gruppale - *n. 8 sedute*__ destinato a
- follow up - *n. 1 seduta* (a distanza di 6 mesi dall'ultima seduta)

<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> caregiver
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

in setting: ambulatoriale domiciliare telemedicina misto

Obiettivi

L'assenza ingiustificata dalle sedute per 3 (tre) volte consecutive o per un totale di 5 (cinque) volte durante l'intervento psicologico, costituisce motivo di interruzione del Programma stesso, in modo da garantire la presa in carico di altro richiedente e ridurre i tempi di attesa.

Luogo e data _____, ____/____/____

Il richiedente

Il Dirigente Psicologo

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 20250002511 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20250002202 DEL 03/11/2025

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 29/10/2025 11:46
Responsabile UOS/UOSD	Iorio Raffaele	 Firmato digitalmente il 29/10/2025 11:50
Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	Piazzolla Vito	 Firmato digitalmente il 29/10/2025 12:27