

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000054	16/01/2026

OGGETTO: Primo aggiornamento della DDG n. 2202 del 03.11.2025 “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 20260000033 DEL 09/01/2026



COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 23 (ventitre) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 129 (centoventinove) 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.

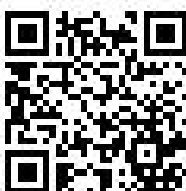
Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
 Firmato Digitalmente il 15/01/2026 17:34 Rachele POPOLIZIO	 Firmato Digitalmente il 16/01/2026 14:39 Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 16/01/2026 15:08 Luca TALIENTO	 Firmato Digitalmente il 16/01/2026 14:53 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 **16/01/2026**

Unità Operativa Affari Generali  
 L’Addetto alla Pubblicazione  
 Firmato Digitalmente il 16/01/2026 15:17  
 Luca TALIENTO



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

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

<b>OGGETTO:</b>	Primo aggiornamento della DDG n. 2202 del 03.11.2025 “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.

### Premesso che:

- con DDG ASL BA n. 2202 del 03.11.2025 **“Approvazione della modulistica tecnico-operativa predisposta dal Dipartimento di Riabilitazione della ASL BA finalizzata all’utilizzo da parte dell’utenza e del personale interno”** si è provveduto a ratificare, in allegato alla stessa, la prima versione della modulistica necessaria per omogeneizzare su tutto il territorio della ASL BA le procedure ed i protocolli;

### Considerato che:

- la Direzione del Dipartimento di Riabilitazione con nota Prot. n. 87929/2025 del 17.11.2025 ha costituito un gruppo di lavoro finalizzato alla revisione continua e, quindi, alla eventuale proposta di aggiornamento;
- l’obiettivo assegnato al gruppo di lavoro è di uniformare e, per quanto possibile, semplificare le procedure di presa in carico ed i protocolli di cura dei pazienti in quanto trattasi di una materia complessa e soggetta, spesso, a variabilità normativa e regolamentare seguito di aggiornamenti sia nazionali che regionali;
- il gruppo di lavoro dovrà, inoltre, segnalare, con cadenza trimestrale, l’assenza di variazioni o le eventuali modifiche rese necessarie, anche a seguito di presa d’atto di linee guida scientifiche e protocolli interni di semplificazione o variazione delle modalità di presa in carico dei pazienti;
- le modifiche sostanziali e ritenute rilevanti devono essere segnalate, inoltre, tempestivamente, in modo da apportare modifiche urgenti in quanto più adeguate alla regolarità dello svolgimento dei protocolli operativi;
- ogni proposta di modifica deve essere validata dai Responsabili delle UU.OO.SS.DD. e ratificata dalla Direzione del Dipartimento di Riabilitazione;
- sono in corso interlocuzioni aziendali al fine di rendere disponibile e fruibile in formato elettronico la modulistica al fine di informatizzare le procedure riabilitative e, quando più appropriato ed innovativo, prevedere la compilazione online, anche per lasciare traccia e depositare i dati delle prestazioni effettuate;

- con comunicazione a mezzo mail del 16/12/2025 (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. AA.GG. la modulistica tecnico-operativa aggiornata, unitamente alla bozza di Delibera di aggiornamento ex DDG n. 2202/2025, autorizzata per le vie brevi dal Direttore Generale.

Assunto quanto in premessa.

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

### **DELIBERA**

- di aggiornare la modulistica tecnico-operativa del Dipartimento di Riabilitazione recepita con DDG n. 2202 del 03.11.2025, allegata al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale, come di seguito elencata:

**Allegato 1:** "Scheda presentazione Assistito";

**Allegato 2:** "Piano di Trattamento Riabilitativo estensivo residenziale";

**Allegato 3:** "Autorizzazione Trattamento Riabilitativo estensivo residenziale";

**Allegato 4:** "Proroga del Piano di Trattamento Riabilitativo residenziale";

**Allegato 5:** "Piano di Trattamento Riabilitativo domiciliare ex art. 26 ospedaliero"

**Allegato 6:** "Piano di Trattamento Riabilitativo domiciliare ex art. 26 territoriale";

**Allegato 7:** "Elenco Strutture Sanitarie Accreditate per prestazioni riabilitative ex art. 26";

**Allegato 8:** "Informativa su Assistenza Riabilitativa Domiciliare";

**Allegato 9:** "Cartella Riabilitativa Domiciliare e Ambulatoriale ex art. 26";

**Allegato 10:** "Assegnazione di Trattamento Riabilitativo Domiciliare";

**Allegato 11 a:** "Foglio Rilevazione Presenze Trattamenti Domiciliari ex art. 26";

**Allegato 11 b:** "Foglio Rilevazione Presenze Trattamenti Ambulatoriali ex art. 26";

**Allegato 12:** "Regolamento Disciplinare delle assenze del Paziente";

**Allegato 13:** "Elenco Trasportati";

**Allegato 14:** "Cartella Prestazioni Riabilitative ex art. 25";

**Allegato 15:** "Scheda Riabilitativa Ospedaliera";

**Allegato 16:** "Consenso al Trattamento Riabilitativo";

**Allegato 17:** "Consenso informato per la richiesta di Documentazione Sanitaria";

**Allegato 18:** “Consenso informato al Trattamento dei Dati Personali”;**Proposta N.ro 0000033/2026**

**Allegato 19:** “Procedura per la presa in carico riabilitativa”;

**Allegato 20:** “Protocollo Operativo per la presa in carico Psicologica, ex art. 26”;

**Allegato 21:** “Modulo di richiesta di Intervento Psicologico”;

**Allegato 22:** “Piano di Intervento Psicologico”.

- di ritenere caducate tutte le precedenti versioni della modulistica oggetto del presente provvedimento;
- di disporre che, d’ora in avanti, eventuali aggiornamenti o modifiche alla modulistica che dovessero rendersi necessarie, comunicate al gruppo di lavoro dai Responsabili delle
- UU.OO.SS.DD. o dagli stessi individuate, siano sottoposti a nuova validazione e successiva approvazione con Determinazione Dirigenziale dal 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

Servizio di Med. Fisica e Riabilitazione  
Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_**SCHEDA PRESENTAZIONE ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_  
 Degente in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

<b>Diagnosi</b>	_____
	_____
	_____
	_____

Si ritiene appropriato che il paziente prosegua il percorso riabilitativo in:

 **RIABILITAZIONE OSPEDALIERA POST-ACUZIE**

Il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, affetto da disabilità complesso suscettibile di significativi miglioramenti funzionali, con potenziale di alto rischio di instabilità clinica e/o comorbidità necessita, con disponibilità continuativa nelle 24 ore, di prestazioni diagnostico-terapeutiche, prevalentemente riabilitative e di nursing ad elevate intensità, non differibili e non erogabili efficientemente in regimi alternativi.

- STRUTTURA RIABILITATIVA INTENSIVA OSPEDALIERA (Codice 56)
- STRUTTURA RIABILITATIVA INTENSIVA PER GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE (Codice 75)
- STRUTTURA RIABILITATIVA INTENSIVA PER MIELOLESIONI (Codice 28)
- STRUTTURA RIABILITATIVA ESTENSIVA OSPEDALIERA/LUNGODEGENZA (Codice 60)

 **RIABILITAZIONE RESIDENZIALE POST-ACUZIE**

Il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, che non presenta un potenziale alto rischio di instabilità clinica, non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare in quanto richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e necessita di giorni \_\_\_\_ di trattamento riabilitativo residenziale.

- STRUTTURA RESIDENZIALE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA EXTRA- OSPEDALIERA (Codice Ex Art. 26)
- STRUTTURA DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA RESIDENZIALE
- STRUTTURA DI RIABILITAZIONE FASE DI MANTENIMENTO RESIDENZIALE

 **RIABILITAZIONE OSPEDALIERA POST-ACUZIE**

- STRUTTURA PROTETTA SANITARIA- ASSISTENZIALE (RSA)
- STRUTTURA DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA SEMI-RESIDENZIALE
- RIABILITAZIONE DOMICILIARE ex art.26
- RIABILITAZIONE AMBULATORIALE ex art.26
- RIABILITAZIONE AMBULATORIALE ex art.25
- ALTRO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Specialista in Med. Fisica e Riabilitazione \_\_\_\_\_



prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Servizio di Riabilitazione Territoriale \_\_\_\_\_

**Piano di Trattamento Riabilitativo Estensivo Residenziale**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_

<b>Diagnosi</b>	_____
	_____
	_____

Sussiste il bisogno riabilitativo estensivo	<input type="checkbox"/>
Il/la pz è in condizioni cliniche stabilizzate	<input type="checkbox"/>
Il/la pz richiede elevato impegno assistenziale h24	<input type="checkbox"/>
Il/la pz non può essere avviato/a alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare	<input type="checkbox"/>

<b>Esame Clinico- Funzionale:</b>	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

FT		LOG		TO	
----	--	-----	--	----	--

<b>Obiettivi di recupero funzionale:</b>	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

Ai sensi del 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 comunicazione di presa in carico dovrà avvenire entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla data odierna.

**Il Medico Specialista in Med. Fisica e  
Riabilitazione**

**Il Dirigente Responsabile U.O.S.V.D di  
Riabilitazione Area .....**



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Servizio di Riabilitazione Territoriale di \_\_\_\_\_

Spett.le Struttura \_\_\_\_\_

p.c. Al Dirigente DSS n. \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Autorizzazione Trattamento riabilitativo ex art.26 in regime residenziale di tipo estensivo**

In applicazione del R.R. n. 12 del 16/04/2015, BURP n. 56 del 22/04/2015, acquisite la valutazione specialistica fisiatrica e la scelta della struttura da parte dell'assistito o del tutore legale (allegate alla presente), si autorizza il trattamento in regime residenziale di tipo estensivo della durata di giorni \_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

Il Dirigente Responsabile U.O.S.V.D di  
Riabilitazione Area .....

\_\_\_\_\_



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

Servizio di Riabilitazione Territoriale di..... DSS n°.....

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 Servizio di Riabilitazione ....., con Prot. n° ..... del ....., per n° giorni....., a decorrere dal..... in setting .....

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

### Diagnosi:

.....  
 .....  
 .....

### Esame clinico-funzionale:

.....  
 .....  
 .....

SI	NO	<i>Sussiste il bisogno riabilitativo</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 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 Specialista in Med. Fisica  
e Riabilitazione**

**Il Dirigente Responsabile U.O.S.V.D. di Riabilitazione  
Area .....**

**Servizio di Med. Fisica e Riabilitazione  
Presidio Ospedaliero di****Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_  
 Degente in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

<b>Diagnosi</b>	_____
	_____
	_____
	_____

**Requisiti di cui all'art. 2 del Regolamento Regionale n. 20 del 04.08.2011:**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 n. 20 del 04.08.2011:**

Il paziente è inquadrabile nella seguente tipologia:

- a) Patologie di anca, femore e ginocchio trattati chirurgicamente...  d) Malattie degenerative progressive...  
 b) Esiti di ictus cerebrale e ...  e) Mielolesioni e cerebrolesioni ...  
 c) Gravi patologie di apparato e politraumatizzati...  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	KT	OT	LT	PM
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					

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

**Il Medico Prescrittore** (Firma e Timbro)**Presenza in carico:** Considerati i tempi di attesa della Struttura Pubblica, il Paziente sarà preso in carico: da questa o altra struttura Aziendale da Struttura privata accreditata**Il Dirigente Responsabile U.O.S.V.D di  
Riabilitazione Area ..... o suo delegato**  
(Firma e Timbro)



## Servizio di Riabilitazione Territoriale

## Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare

Prot. 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

<b>Diagnosi</b>	_____
	_____
	_____
	_____

**Requisiti di cui all'art. 2 del Regolamento Regionale n. 20 del 04.08.2011:**

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 n. 20 del 04.08.2011:**

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	KT	OT	LT	PM
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					

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

**Il Medico Prescrittore (Firma e Timbro)**

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

- da questa o altra struttura Aziendale  da Struttura privata accreditata

**Il Dirigente Responsabile U.O.S.V.D di  
Riabilitazione Area ..... o di suo delegato  
(Firma e Timbro)**

**Prospetto informativo rivolto all'utenza**

Strutture sanitarie istituzionalmente accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 legge 833/78

Nome struttura	Ubicazione	Prestazioni erogabili	Contatti
CON.S.S.I. – “ReHcura”	Adelfia (BA) traversa di via Fieno, 5-5/A	Residenziale Ambulatoriale Domiciliare	TEL: 080/2224015 MAIL: <a href="mailto:domiciliare@presidioadelfia.it">domiciliare@presidioadelfia.it</a>
“Frangi” centro polivalente di Riabilitazione	Acquaviva delle Fonti (BA) alla via per Santeramo Km. 5	Residenziale Domiciliare	TEL: 080/5331077 - 080/1877533 MAIL: <a href="mailto:elvira.zaccaria@korian.it">elvira.zaccaria@korian.it</a>
Giovanni Paolo II Kentron srl	Putignano (BA) – viale Europa Loc. S. Pietro Piturno	Residenziale Semiresidenziale Domiciliare	TEL: 080/4915308 – 080/4915301 MAIL: <a href="mailto:amministrazione@centrogiovannipaolosecondo.org">amministrazione@centrogiovannipaolosecondo.org</a> – <a href="mailto:riadom@centrogiovannipaolosecondo.org">riadom@centrogiovannipaolosecondo.org</a>
“Riabilia” – centro Medico di Rieducazione Funzionale	S. Spirito (BA) – via Napoli, 234	Residenziale Domiciliare	TEL: 080/9955432 MAIL: <a href="mailto:elvira.zaccaria@korian.it">elvira.zaccaria@korian.it</a>
S. Agostino – Istituto Medico Psico-Pedagogico	Noicattaro (BA) - corso Roma, 130	Semiresidenziali Ambulatoriali Prestazioni rivolte ai minori	TEL: 080/4782830

NB: L'assistito è invitato, secondo il principio di libera scelta, a contattare i Centri di Riabilitazione e verificare le liste d'attesa delle singole strutture, per individuare l'offerta riabilitativa idonea alle proprie esigenze.

Fonte nota DG prot. 234721/1 del 12/09/2019



Servizio di Riabilitazione Territoriale \_\_\_\_\_

**Informativa su assistenza riabilitativa domiciliare**

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 la erogazione delle prestazioni domiciliari ex art.26 L.833/78 ai sensi dell'art.2 del R.R n° 22 del 18.11.2019 tra le quali poter effettuare la libera scelta sono le seguenti:

- **RIABILIA**  
TEL: 080/9955432  
MAIL: [elvira.zaccaria@korian.it](mailto:elvira.zaccaria@korian.it)
- **FRANGI**  
TEL: 080/5331077 – 080/1877533  
MAIL: [elvira.zaccaria@korian.it](mailto:elvira.zaccaria@korian.it)
- **GIOVANNI PAOLO II**  
TEL: 080/4915308 – 080/4915301  
MAIL: [amministrazione@centrogiovannipaolosecondo.org](mailto:amministrazione@centrogiovannipaolosecondo.org) -  
[riadom@centrogiovannipaolosecondo.org](mailto:riadom@centrogiovannipaolosecondo.org)
- **REHCURA**  
TEL: 080/2224015  
MAIL: [domiciliare@presidiadelfia.it](mailto:domiciliare@presidiadelfia.it)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paziente

Firma dell'Operatore



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE .....

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. ....

### CARTELLA RIABILITATIVA

Cognome e Nome .....

Luogo di nascita .....Data .....

Indirizzo .....

Città .....

Recapiti telefonici .....

Codice Fiscale .....

Medico di Medicina Generale .....



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE DI .....

	<b>Setting</b>	<b>Data Ingresso</b>	<b>Data Dimissione</b>
1	Amb/Dom	.....	.....
2	Amb/Dom	.....	.....
3	Amb/Dom	.....	.....
4	Amb/Dom	.....	.....
5	Amb/Dom	.....	.....
6	Amb/Dom	.....	.....
7	Amb/Dom	.....	.....
8	Amb/Dom	.....	.....
9	Amb/Dom	.....	.....
10	Amb/Dom	.....	.....
11	Amb/Dom	.....	.....
12	Amb/Dom	.....	.....
13	Amb/Dom	.....	.....
14	Amb/Dom	.....	.....
15	Amb/Dom	.....	.....

## SCHEMA 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

### Assistenza nelle ADL e IADL (*in caso di necessità*)

familiari       amici       nessuno

### Autonomia sociale e relazionale

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 .....

.....

**Altri contributi socio-economici** .....



## ANAMNESI

### ANAMNESI FAMILIARE

.....  
.....

### ANAMNESI FISIOLOGICA

.....  
.....

### ANAMNESI PATOLOGICA

Patologie internistiche associate:

- diabete       ipertensione       dislipidemia       ipo/ipertiroidismo  
 epatopatia .....  
 nefropatia .....  
 patologia oncologica .....  
 .....

Malattie dell'apparato cardiocircolatorio .....  
.....

Malattie dell'apparato respiratorio .....  
.....

Malattie del sistema nervoso .....  
.....

Malattie dell'apparato digerente .....  
.....

Malattie osteo-articolari .....  
.....

**Interventi chirurgici** .....  
.....

**Allergie** .....

**Altro** .....  
.....





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

DIAGNOSI (ICD 9-CM) .....

.....

SETTING DI TRATTAMENTO       ambulatoriale       domiciliare

DATA	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	FT	LOG	TO
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				

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

### Il Team riabilitativo

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

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

Terapista Occupazionale ..... Assistente Sociale.....

**Responsabile del PRI:** dott.....

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

DIAGNOSI (ICD 9-CM) .....

.....

SETTING DI TRATTAMENTO       ambulatoriale       domiciliare

DATA	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	FT	LOG	TO
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				

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

### Il Team riabilitativo

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

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

Terapista Occupazionale ..... Assistente Sociale.....

**Responsabile del PRI:** dott.....

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

DIAGNOSI (ICD 9-CM) .....

.....

SETTING DI TRATTAMENTO       ambulatoriale       domiciliare

DATA	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	FT	LOG	TO
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				

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

### Il Team riabilitativo

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

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

Terapista Occupazionale ..... Assistente Sociale.....

**Responsabile del PRI:** dott.....

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

DIAGNOSI (ICD 9-CM) .....

.....

SETTING DI TRATTAMENTO       ambulatoriale       domiciliare

DATA	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	FT	LOG	TO
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				

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

### Il Team riabilitativo

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

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

Terapista Occupazionale ..... Assistente Sociale.....

**Responsabile del PRI:** dott.....

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

DIAGNOSI (ICD 9-CM) .....

.....

SETTING DI TRATTAMENTO       ambulatoriale       domiciliare

DATA	N° SEDUTE		FREQ. SETT.	FT	LOG	TO
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				
		<input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVAZIONE <input type="checkbox"/> PROROGA				

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

### Il Team riabilitativo

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

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

Terapista Occupazionale ..... Assistente Sociale.....

**Responsabile del PRI:** dott.....

## CARTELLA FISIOTERAPICA

**Fisioterapista:** .....

**Diagnosi Funzionale Fisioterapica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

### PROGRAMMA FISIOTERAPICO RIABILITATIVO

- 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

**Data**.....

**Firma**.....

## CARTELLA FISIOTERAPICA

**Fisioterapista:** .....

**Diagnosi Funzionale Fisioterapica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

### PROGRAMMA FISIOTERAPICO RIABILITATIVO

- 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

**Data**.....

**Firma**.....

## CARTELLA FISIOTERAPICA

**Fisioterapista:** .....

**Diagnosi Funzionale Fisioterapica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

### PROGRAMMA FISIOTERAPICO RIABILITATIVO

- 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

**Data**.....

**Firma**.....

## CARTELLA FISIOTERAPICA

**Fisioterapista:** .....

**Diagnosi Funzionale Fisioterapica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

### PROGRAMMA FISIOTERAPICO RIABILITATIVO

- 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

**Data**.....

**Firma**.....

## CARTELLA FISIOTERAPICA

**Fisioterapista:** .....

**Diagnosi Funzionale Fisioterapica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b>	___ / ___ / ___
<b>Scale di valutazione</b>		
Barthel index .....		
ADL ..... IADL .....		
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ..... PER L'ANDATURA .....		

### PROGRAMMA FISIOTERAPICO RIABILITATIVO

- 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

**Data**.....

**Firma**.....

## CARTELLA LOGOPEDICA

**Logopedista:** .....

**Diagnosi Funzionale Logopedica:** .....

Valutazione iniziale del trattamento	Data
	___/___/___

Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b>	<b>Deglutizione</b>	<b>Voce</b>	<b>Cognitivo</b>
• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• MMSE: _____/30
• CSRS: ___/5			• CSRS: ___/5

Valutazione finale del trattamento	Data
	___/___/___

Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b>	<b>Deglutizione</b>	<b>Voce</b>	<b>Cognitivo</b>
• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• MMSE: _____/30
• CSRS: ___/5			• CSRS: ___/5

### PROGRAMMA LOGOPEDICO RIABILITATIVO

- 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-semanticò             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**.....

**Firma**.....

## CARTELLA LOGOPEDICA

**Logopedista:** .....

**Diagnosi Funzionale Logopedica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b> • ASHA-NOMS: ___/7 • CSRS: ___/5	<b>Deglutizione</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Voce</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Cognitivo</b> • MMSE: _____/30 • CSRS: ___/5

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b> • ASHA-NOMS: ___/7 • CSRS: ___/5	<b>Deglutizione</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Voce</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Cognitivo</b> • MMSE: _____/30 • CSRS: ___/5

### PROGRAMMA LOGOPEDICO RIABILITATIVO

- 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**.....

**Firma**.....

## CARTELLA LOGOPEDICA

**Logopedista:** .....

**Diagnosi Funzionale Logopedica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b> • ASHA-NOMS: ___/7 • CSRS: ___/5	<b>Deglutizione</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Voce</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Cognitivo</b> • MMSE: _____/30 • CSRS: ___/5

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

Scala di valutazione (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b> • ASHA-NOMS: ___/7 • CSRS: ___/5	<b>Deglutizione</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Voce</b> • ASHA-NOMS: ___/7	<b>Cognitivo</b> • MMSE: _____/30 • CSRS: ___/5

### PROGRAMMA LOGOPEDICO RIABILITATIVO

- 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-semanticò     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**.....

**Firma**.....

## CARTELLA LOGOPEDICA

**Logopedista:** .....

**Diagnosi Funzionale Logopedica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

<b>Scala di valutazione</b> (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b>	<b>Deglutizione</b>	<b>Voce</b>	<b>Cognitivo</b>
• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• MMSE: _____/30
• CSRS: ___/5			• CSRS: ___/5

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

<b>Scala di valutazione</b> (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b>	<b>Deglutizione</b>	<b>Voce</b>	<b>Cognitivo</b>
• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• MMSE: _____/30
• CSRS: ___/5			• CSRS: ___/5

### PROGRAMMA LOGOPEDICO RIABILITATIVO

- 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-semantico             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**.....

**Firma**.....

## CARTELLA LOGOPEDICA

**Logopedista:** .....

**Diagnosi Funzionale Logopedica:** .....

.....

<b>Valutazione iniziale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

<b>Scala di valutazione</b> (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b>	<b>Deglutizione</b>	<b>Voce</b>	<b>Cognitivo</b>
• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• MMSE: _____/30
• CSRS: ___/5			• CSRS: ___/5

<b>Valutazione finale del trattamento</b>	<b>Data</b> ___/___/___

<b>Scala di valutazione</b> (Val. Min= massima compromissione; Val.Max = nessuna o minima compromissione)			
<b>Comunicazione</b>	<b>Deglutizione</b>	<b>Voce</b>	<b>Cognitivo</b>
• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• ASHA-NOMS: ___/7	• MMSE: _____/30
• CSRS: ___/5			• CSRS: ___/5

### PROGRAMMA LOGOPEDICO RIABILITATIVO

- 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-semantico             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**.....

**Firma**.....



























































SCALA DI VALUTAZIONE DI BARTHEL	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Alimentazione</b> 0 = incapace 5 = necessita di assistenza 10 = indipendente					
<b>Fare il bagno</b> 0 = dipendente 5 = indipendente					
<b>Igiene personale</b> 0 = necessita di aiuto 5 = si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade.					
<b>Vestirsi</b> 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.					
<b>Controllo del retto</b> 0 = incontinente 5 = occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente					
<b>Controllo della vescica</b> 0 = incontinente 5 = occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente					
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0 = dipendente 5 = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10 = indipendente					
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 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					
<b>Deambulazione</b> 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					
<b>Salire le scale</b> 0 = incapace 5 = necessita di aiuto o supervisore 10 = indipendente, può usare ausili					
<b>TOTALE (0 -100)</b>					

ADL AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Fare il bagno</b> 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</b> (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					
<b>Toilette</b> (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					
<b>Spostarsi</b> 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					
<b>Continenza di feci e urine</b> 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					
<b>Alimentazione</b> 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					
<b>TOTALE (n/6)</b>					

SCALA DI VALUTAZIONE DI BARTHEL	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Alimentazione</b> 0 = incapace 5 = necessita di assistenza 10 = indipendente					
<b>Fare il bagno</b> 0 = dipendente 5 = indipendente					
<b>Igiene personale</b> 0 = necessita di aiuto 5 = si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade.					
<b>Vestirsi</b> 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.					
<b>Controllo del retto</b> 0 = incontinente 5 = occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente					
<b>Controllo della vescica</b> 0 = incontinente 5 = occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente					
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0 = dipendente 5 = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10 = indipendente					
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 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					
<b>Deambulazione</b> 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					
<b>Salire le scale</b> 0 = incapace 5 = necessita di aiuto o supervisore 10 = indipendente, può usare ausili					
<b>TOTALE (0 -100)</b>					

IADL INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Usare il telefono</b> 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					
<b>Fare acquisti</b> 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					
<b>Preparare il cibo</b> 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					
<b>Governo della casa</b> 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					
<b>Fare il bucato</b> 1 = fa il bucato personalmente e completamente 1 = lava le piccole cose (calze, fazzoletti) 0 = tutta la biancheria deve essere lavata da altri					
<b>Mezzi di trasporto</b> 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					
<b>Assunzione di farmaci</b> 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					
<b>Uso del denaro</b> 1 = maneggia le proprie finanze in modo indipendente 1 = è in grado di fare piccoli acquisti 0 = è incapace di maneggiare i soldi					
<b>TOTALE (n/8)</b>					

SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO (A)	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Equilibrio da seduto</b> 0 = si inclina o scivola dalla sedia 1 = è stabile, sicuro					
<b>Alzarsi dalla sedia</b> 0 = è incapace senza aiuto 1 = deve aiutarsi con le braccia 2 = si alza senza aiutarsi con le braccia					
<b>Tentativo di alzarsi</b> 0 = è incapace senza aiuto 1 = capace ma richiede più di un tentativo 2 = capace al primo tentativo					
<b>Equilibrio stazione eretta</b> 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					
<b>Equilibrio stazione eretta prolungata</b> 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					
<b>Romberg</b> 0 = instabile 1 = stabile					
<b>Romberg sensibilizzato</b> 0 = incomincia a cadere 1 = oscilla ma si riprende da solo 2 = stabile					
<b>Girarsi di 360°</b> 0 = a passi discontinui 1 = a passi continui 0 = instabile (si aggrappa, oscilla) 1 = stabile					
<b>Sedersi</b> 0 = insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1 = usa le braccia o ha un movimento discontinuo 2 = sicuro, movimenti continui					
<b>TOTALE ( /16 )</b>					

SCALA DI TINETTI PER L'ANDATURA (B)	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Inizio della deambulazione</b> 0 = esitazioni o più tentativi 1 = nessuna esitazione					
<b>Lunghezza e altezza del passo piede dx</b> 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					
<b>Lunghezza e altezza del passo piede sx</b> 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					
<b>Continuità del passo</b> 0 = arresti o discontinuità tra un passo e l'altro 1 = continuità del passo					
<b>Simmetria dei passi</b> 0 = passi del piede dx e sx non simmetrici 1 = passi simmetrici					
<b>Traiettorie</b> 0 = deviazioni significative 1 = piccole deviazioni o uso di aiuto per camminare 2 = cammina dritto, senza aiuto					
<b>Tronco</b> 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					
<b>Cammino</b> 0 = piedi distanziati 1 = i talloni quasi si toccano mentre cammina					
<b>TOTALE ( /12 )</b>					

<b>PUNTEGGIO TOTALE (A+B) *</b>					
---------------------------------	--	--	--	--	--

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

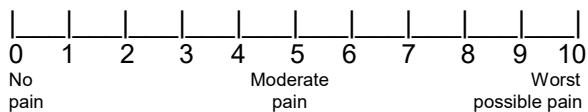
SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO (A)	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Equilibrio da seduto</b> 0 = si inclina o scivola dalla sedia 1 = è stabile, sicuro					
<b>Alzarsi dalla sedia</b> 0 = è incapace senza aiuto 1 = deve aiutarsi con le braccia 2 = si alza senza aiutarsi con le braccia					
<b>Tentativo di alzarsi</b> 0 = è incapace senza aiuto 1 = capace ma richiede più di un tentativo 2 = capace al primo tentativo					
<b>Equilibrio stazione eretta</b> 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					
<b>Equilibrio stazione eretta prolungata</b> 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					
<b>Romberg</b> 0 = instabile 1 = stabile					
<b>Romberg sensibilizzato</b> 0 = incomincia a cadere 1 = oscilla ma si riprende da solo 2 = stabile					
<b>Girarsi di 360°</b> 0 = a passi discontinui 1 = a passi continui 0 = instabile (si aggrappa, oscilla) 1 = stabile					
<b>Sedersi</b> 0 = insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1 = usa le braccia o ha un movimento discontinuo 2 = sicuro, movimenti continui					
<b>TOTALE ( /16 )</b>					

SCALA DI TINETTI PER L'ANDATURA (B)	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Inizio della deambulazione</b> 0 = esitazioni o più tentativi 1 = nessuna esitazione					
<b>Lunghezza e altezza del passo piede dx</b> 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					
<b>Lunghezza e altezza del passo piede sx</b> 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					
<b>Continuità del passo</b> 0 = arresti o discontinuità tra un passo e l'altro 1 = continuità del passo					
<b>Simmetria dei passi</b> 0 = passi del piede dx e sx non simmetrici 1 = passi simmetrici					
<b>Traiettorie</b> 0 = deviazioni significative 1 = piccole deviazioni o uso di aiuto per camminare 2 = cammina dritto, senza aiuto					
<b>Tronco</b> 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					
<b>Cammino</b> 0 = piedi distanziati 1 = i talloni quasi si toccano mentre cammina					
<b>TOTALE ( /12 )</b>					

<b>PUNTEGGIO TOTALE (A+B) *</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**

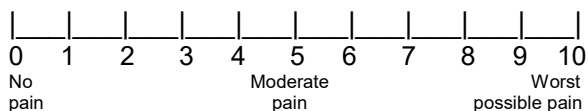
	Data		Data		Data		Data	
	DX	SX	DX	SX	DX	SX	DX	SX
<b>ARTO SUPERIORE</b>								
Spalla								
Gomito								
Polso								
<b>ARTO INFERIORE</b>								
Anca								
Ginocchio								
Piede								

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

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

Data				
<b>MMSE</b>				

**NUMERIC PAIN INTENSITY SCALE**



Data	Data	Data	Data	Data
Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio

**SCALA DI ASHWORTH**

	Data		Data		Data		Data	
	DX	SX	DX	SX	DX	SX	DX	SX
<b>ARTO SUPERIORE</b>								
Spalla								
Gomito								
Polso								
<b>ARTO INFERIORE</b>								
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

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

Data				
<b>MMSE</b>				

ASHA – NOMS VOCE	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Livello 1</b> La persona non è in grado di utilizzare la voce per comunicare. Sono costantemente utilizzati mezzi alternativi di comunicazione. La persona non può partecipare ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce.					
<b>Livello 2</b> La voce la maggior parte delle volte non è funzionale per la comunicazione. Sono utilizzati mezzi alternativi di comunicazione per la maggior parte delle volte. La partecipazione ad attività professionali, amatoriali, sociali che richiedono l'uso della voce è sempre limitata.					
<b>Livello 3</b> La voce è funzionale per la comunicazione, ma interferisce costantemente con la comunicazione distraendo dai contenuti e attirando l'attenzione sulle caratteristiche vocali. La partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce è il più delle volte limitata.					
<b>Livello 4</b> La voce è funzionale per la comunicazione, ma alcune volte risulta distraente. La possibilità di partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce è limitata saltuariamente ad attività a bassa richiesta vocale e costantemente in attività ad alta richiesta vocale.					
<b>Livello 5</b> La voce risulta occasionalmente normale con auto-monitoraggio, ma è presente qualche variazione in base alla situazione. La possibilità di partecipare ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce è limitata raramente per attività a bassa richiesta vocale e saltuariamente in attività ad alta richiesta vocale.					
<b>Livello 6</b> La voce risulta normale il più delle volte in tutti gli ambienti e tutte le situazioni. L'automonitoraggio è costante quando necessario. La possibilità di partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce non è limitata per attività a bassa richiesta vocale ed è raramente limitata in attività ad alta richiesta vocale.					
<b>Livello 7</b> La possibilità di partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali a basso o alto carico vocale non è limitata dalla voce. L'automonitoraggio è utilizzato efficacemente e solo occasionalmente necessario.					

ASHA – NOMS VOCE	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Livello 1</b> La persona non è in grado di utilizzare la voce per comunicare. Sono costantemente utilizzati mezzi alternativi di comunicazione. La persona non può partecipare ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce.					
<b>Livello 2</b> La voce la maggior parte delle volte non è funzionale per la comunicazione. Sono utilizzati mezzi alternativi di comunicazione per la maggior parte delle volte. La partecipazione ad attività professionali, amatoriali, sociali che richiedono l'uso della voce è sempre limitata.					
<b>Livello 3</b> La voce è funzionale per la comunicazione, ma interferisce costantemente con la comunicazione distraendo dai contenuti e attirando l'attenzione sulle caratteristiche vocali. La partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce è il più delle volte limitata.					
<b>Livello 4</b> La voce è funzionale per la comunicazione, ma alcune volte risulta distraente. La possibilità di partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce è limitata saltuariamente ad attività a bassa richiesta vocale e costantemente in attività ad alta richiesta vocale.					
<b>Livello 5</b> La voce risulta occasionalmente normale con auto-monitoraggio, ma è presente qualche variazione in base alla situazione. La possibilità di partecipare ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce è limitata raramente per attività a bassa richiesta vocale e saltuariamente in attività ad alta richiesta vocale.					
<b>Livello 6</b> La voce risulta normale il più delle volte in tutti gli ambienti e tutte le situazioni. L'automonitoraggio è costante quando necessario. La possibilità di partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali che richiedono l'uso della voce non è limitata per attività a bassa richiesta vocale ed è raramente limitata in attività ad alta richiesta vocale.					
<b>Livello 7</b> La possibilità di partecipazione ad attività professionali, amatoriali e sociali a basso o alto carico vocale non è limitata dalla voce. L'automonitoraggio è utilizzato efficacemente e solo occasionalmente necessario.					

ASHA – NOMS DEGLUTIZIONE	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Livello 1</b> La persona non è in grado di assumere per bocca nulla in modo sicuro. Alimentazione e idratazione sono somministrate in modalità non orale (p.e. SNG o PEG).					
<b>Livello 2</b> L'individuo non è in grado di assumere per bocca alimenti e liquidi in modo sicuro, ma può deglutire qualcosa di denso solo durante la terapia, con stimoli massimi costanti. Sono necessari metodi di alimentazione alternativi.					
<b>Livello 3</b> Sono necessari metodi di alimentazione alternativi dal momento che il paziente assume meno del 50% di nutrizione e idratazione, e/o la deglutizione è sicura con un uso costante di stimoli moderati a usare le strategie compensative e/o richiede una restrizione dietetica massima.					
<b>Livello 4</b> La deglutizione è sicura, ma generalmente richiede stimoli moderati per usare le strategie compensative e/o la persona ha una moderata restrizione dietetica e/o richiede ancora sonda alimentare e/o supplemento orale.					
<b>Livello 5</b> La deglutizione è sicura con un minimo di restrizione dietetica e/o occasionalmente richiede stimoli minimi per usare le strategie compensative. Occasionalmente la persona può auto stimolarsi. Il fabbisogno alimentare e idrico è soddisfatto oralmente durante il pasto.					
<b>Livello 6</b> La deglutizione è sicura e la persona mangia e beve in modo indipendente e solo raramente può richiedere stimoli minimi. In caso di difficoltà è generalmente in grado di auto stimolarsi. Può avere bisogno di evitare cibi particolari e richiede un tempo più lungo dovuto alla disfagia.					
<b>Livello 7</b> La funzione deglutitoria non pone nessun limite alle capacità della persona di alimentarsi in modo indipendente. La deglutizione è sicura ed efficiente per tutte le consistenze. Le strategie compensative sono usate in modo efficace quando servono.					

ASHA – NOMS DEGLUTIZIONE	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Livello 1</b> La persona non è in grado di assumere per bocca nulla in modo sicuro. Alimentazione e idratazione sono somministrate in modalità non orale (p.e. SNG o PEG).					
<b>Livello 2</b> L'individuo non è in grado di assumere per bocca alimenti e liquidi in modo sicuro, ma può deglutire qualcosa di denso solo durante la terapia, con stimoli massimi costanti. Sono necessari metodi di alimentazione alternativi.					
<b>Livello 3</b> Sono necessari metodi di alimentazione alternativi dal momento che il paziente assume meno del 50% di nutrizione e idratazione, e/o la deglutizione è sicura con un uso costante di stimoli moderati a usare le strategie compensative e/o richiede una restrizione dietetica massima.					
<b>Livello 4</b> La deglutizione è sicura, ma generalmente richiede stimoli moderati per usare le strategie compensative e/o la persona ha una moderata restrizione dietetica e/o richiede ancora sonda alimentare e/o supplemento orale.					
<b>Livello 5</b> La deglutizione è sicura con un minimo di restrizione dietetica e/o occasionalmente richiede stimoli minimi per usare le strategie compensative. Occasionalmente la persona può auto stimolarsi. Il fabbisogno alimentare e idrico è soddisfatto oralmente durante il pasto.					
<b>Livello 6</b> La deglutizione è sicura e la persona mangia e beve in modo indipendente e solo raramente può richiedere stimoli minimi. In caso di difficoltà è generalmente in grado di auto stimolarsi. Può avere bisogno di evitare cibi particolari e richiede un tempo più lungo dovuto alla disfagia.					
<b>Livello 7</b> La funzione deglutitoria non pone nessun limite alle capacità della persona di alimentarsi in modo indipendente. La deglutizione è sicura ed efficiente per tutte le consistenze. Le strategie compensative sono usate in modo efficace quando servono.					

ASHA – NOMS PRAGMATICA	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Livello 1</b> Le abilità pragmatiche non sono funzionali in tutte le situazioni e gli ambienti nonostante la presenza di feedback e suggerimenti. La persona non riesce a iniziare risposte appropriate all'ambiente ed è inconsapevole dei bisogni e dei feedback del partner comunicativo.					
<b>Livello 2</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali solo in rare occasioni in ambienti e situazioni strutturali e famigliari con persone conosciute e importante uso di suggerimenti.					
<b>Livello 3</b> Le abilità pragmatiche sono la maggior parte delle volte funzionali in ambienti o situazioni fortemente strutturate e con interlocutori conosciuti a condizione che vengano forniti importanti suggerimenti, La persona è raramente in grado di utilizzare regole di comunicazione sociale comuni e semplici senza suggerimenti.					
<b>Livello 4</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali la maggior parte del tempo senza necessita di suggerimenti o situazioni con interlocutori conosciuti. Con interlocutori estranei o ambienti non strutturati, la persona necessita di massimi suggerimenti. La persona utilizza e rispetta le regole di comunicazione sociale comuni e semplici, ma è inconsapevole di sfumati feedback ambientali.					
<b>Livello 5</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali con necessità di minimi suggerimenti regolari in ambienti non conosciuti e con interlocutori estranei. La persona risponde in modo incostante a sfumati feedback ambientali.					
<b>Livello 6</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali nella maggior parte degli ambienti o situazioni con occasionale necessità di minimi suggerimenti. E' in grado di modificare la maggior parte delle volte i propri comportamenti in risposta a sfumati feedback ambientali.					
<b>Livello 7</b> La persona è in grado di partecipare con successo ed in modo indipendente ad attività professionali, amatoriali e sociali senza limitazioni legate alla propria competenza pragmatica. La persona raramente incontra difficoltà di ordine pragmatico, ma quando capita è in grado di modificare i propri comportamenti in risposta ai feedback ambientali in modo costante e indipendente.					

ASHA – NOMS PRAGMATICA	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Livello 1</b> Le abilità pragmatiche non sono funzionali in tutte le situazioni e gli ambienti nonostante la presenza di feedback e suggerimenti. La persona non riesce a iniziare risposte appropriate all'ambiente ed è inconsapevole dei bisogni e dei feedback del partner comunicativo.					
<b>Livello 2</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali solo in rare occasioni in ambienti e situazioni strutturali e famigliari con persone conosciute e importante uso di suggerimenti.					
<b>Livello 3</b> Le abilità pragmatiche sono la maggior parte delle volte funzionali in ambienti o situazioni fortemente strutturate e con interlocutori conosciuti a condizione che vengano forniti importanti suggerimenti, La persona è raramente in grado di utilizzare regole di comunicazione sociale comuni e semplici senza suggerimenti.					
<b>Livello 4</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali la maggior parte del tempo senza necessita di suggerimenti o situazioni con interlocutori conosciuti. Con interlocutori estranei o ambienti non strutturati, la persona necessita di massimi suggerimenti. La persona utilizza e rispetta le regole di comunicazione sociale comuni e semplici, ma è inconsapevole di sfumati feedback ambientali.					
<b>Livello 5</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali con necessità di minimi suggerimenti regolari in ambienti non conosciuti e con interlocutori estranei. La persona risponde in modo incostante a sfumati feedback ambientali.					
<b>Livello 6</b> Le abilità pragmatiche sono funzionali nella maggior parte degli ambienti o situazioni con occasionale necessità di minimi suggerimenti. E' in grado di modificare la maggior parte delle volte i propri comportamenti in risposta a sfumati feedback ambientali.					
<b>Livello 7</b> La persona è in grado di partecipare con successo ed in modo indipendente ad attività professionali, amatoriali e sociali senza limitazioni legate alla propria competenza pragmatica. La persona raramente incontra difficoltà di ordine pragmatico, ma quando capita è in grado di modificare i propri comportamenti in risposta ai feedback ambientali in modo costante e indipendente.					

CSRS COMMUNICATION SEVERITY RATING SCALE	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Punteggio 0</b> Nessun discorso o comprensione uditiva utilizzabile. Nessuna produzione verbale comprensibile e grave deficit della comprensione.					
<b>Punteggio 1</b> Tutta la comunicazione avviene attraverso espressioni frammentarie; grande bisogno di inferenza, domande e tentativi di indovinare da parte dell'ascoltatore. E' limitato il range di informazioni che possono essere scambiate e l'ascoltatore porta il peso della comunicazione. Comunicazione ridotta a poche espressioni frammentarie e/o per lo più incomprensibili. L'ascoltatore deve dedurre il senso di quanto prodotto tramite domande e spesso indovinare.					
<b>Punteggio 2</b> La conversazione su argomenti familiari è possibile con l'aiuto di chi ascolta. Ci sono errori frequenti per trasmettere l'idea, ma il paziente condivide il peso della comunicazione con l'esaminatore. La conversazione su argomenti familiari è possibile con l'aiuto dell'ascoltatore e spesso al paziente è impossibile comunicare il messaggio desiderato.					
<b>Punteggio 3</b> Il paziente può discutere di quasi tutti i problemi di tutti i giorni con poca o nessuna assistenza. Tuttavia la riduzione di parola e/o comprensione rendono la conversazione su alcuni argomenti difficili o impossibili. Il paziente è in grado di conversare sulla maggior parte dei problemi quotidiani con il minimo aiuto dell'ascoltatore e la conversazione è compromessa da evidenti deficit afasici.					
<b>Punteggio 4</b> Qualche evidente perdita della fluidità nel parlare o facilitazioni nella comprensione senza limitazione significativa su idee espresse o la forma di espressione. La fluidità è ridotta e/o si rilevano ancora alcuni fenomeni qualitativi di tipo afasico.					
<b>Punteggio 5</b> Minimi difficoltà linguistiche percepibili: il paziente può avere difficoltà soggettive che non sono evidenti a chi ascolta. Nessuna difficoltà nella comunicazione e/o minime incertezze nell'espressione orale e/o il paziente riferisce difficoltà nella comunicazione non rilevabili da parte dell'ascoltatore.					

CSRS COMMUNICATION SEVERITY RATING SCALE	Data	Data	Data	Data	Data
<b>Punteggio 0</b> Nessun discorso o comprensione uditiva utilizzabile. Nessuna produzione verbale comprensibile e grave deficit della comprensione.					
<b>Punteggio 1</b> Tutta la comunicazione avviene attraverso espressioni frammentarie; grande bisogno di inferenza, domande e tentativi di indovinare da parte dell'ascoltatore. E' limitato il range di informazioni che possono essere scambiate e l'ascoltatore porta il peso della comunicazione. Comunicazione ridotta a poche espressioni frammentarie e/o per lo più incomprensibili. L'ascoltatore deve dedurre il senso di quanto prodotto tramite domande e spesso indovinare.					
<b>Punteggio 2</b> La conversazione su argomenti familiari è possibile con l'aiuto di chi ascolta. Ci sono errori frequenti per trasmettere l'idea, ma il paziente condivide il peso della comunicazione con l'esaminatore. La conversazione su argomenti familiari è possibile con l'aiuto dell'ascoltatore e spesso al paziente è impossibile comunicare il messaggio desiderato.					
<b>Punteggio 3</b> Il paziente può discutere di quasi tutti i problemi di tutti i giorni con poca o nessuna assistenza. Tuttavia la riduzione di parola e/o comprensione rendono la conversazione su alcuni argomenti difficili o impossibili. Il paziente è in grado di conversare sulla maggior parte dei problemi quotidiani con il minimo aiuto dell'ascoltatore e la conversazione è compromessa da evidenti deficit afasici.					
<b>Punteggio 4</b> Qualche evidente perdita della fluidità nel parlare o facilitazioni nella comprensione senza limitazione significativa su idee espresse o la forma di espressione. La fluidità è ridotta e/o si rilevano ancora alcuni fenomeni qualitativi di tipo afasico.					
<b>Punteggio 5</b> Minimi difficoltà linguistiche percepibili: il paziente può avere difficoltà soggettive che non sono evidenti a chi ascolta. Nessuna difficoltà nella comunicazione e/o minime incertezze nell'espressione orale e/o il paziente riferisce difficoltà nella comunicazione non rilevabili da parte dell'ascoltatore.					

**Modulo per il consenso al trattamento riabilitativo**

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 in fase acuta;
  - non essere portatore di dispositivi elettronici impiantabili incompatibili con la terapia fisica;
  - non essere in gravidanza;
  - non avere processi neoplastici in fase attiva o recente storia oncologica non documentata;
  - non essere affetto da epilessia non controllata

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Firma  
  
\_\_\_\_\_

		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><b>ASL BARI</b>                  Lungomare Starita 6, 70123 Bari (BA)                  Telefono: 0805842568                  email: <a href="mailto:direzione.generale@asl.bari.it">direzione.generale@asl.bari.it</a>                  pec: <a href="mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it">protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</a></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><b>Dati di contatto del DPO:</b>                  email: <a href="mailto:dpo@asl.bari.it">dpo@asl.bari.it</a>                  pec: <a href="mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it">protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</a>                  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"> <li>- recupero e riabilitazione neuromotoria, cardiologica e pneumologica</li> <li>- Integrazione scolastica di alunni in situazione di handicap;</li> <li>- Valutazione istanze intese ad ottenere ausili e presidi protesici.</li> </ul>	<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. 1/2 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"> <li>• Dati anagrafici (nome, cognome, indirizzo domicilio, codice fiscale, tessera sanitarie) e di contatto</li> <li>• Dati relativi allo stato di salute.</li> </ul>	<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



Servizi di Riabilitazione Territoriale \_\_\_\_\_

Al Fisioterapista/ Logopedista/ OT \_\_\_\_\_

**Oggetto: Assegnazione di Trattamento Riabilitativo Domiciliare**

Visto il progetto 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 Medico del  
Servizio di Riabilitazione Territoriale

\_\_\_\_\_



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione

ASL Bari

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE \_\_\_\_\_

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. \_\_\_\_\_

## FOGLIO RILEVAZIONE PRESENZE TRATTAMENTI DOMICILIARI EX ART.26

Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

PRI/Proroga del \_\_\_\_\_ n° prestazioni \_\_\_\_\_ frequenza \_\_\_\_\_ Iniziato il \_\_\_\_\_

Totale sedute effettuate: \_\_\_\_\_

FISIOTERAPISTA: \_\_\_\_\_ LOGOPEDISTA \_\_\_\_\_

Prestaz.	DATA	ORARIO	FIRMA ASSISTITO	NOTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
20				

<b>Prestaz.</b>	<b>DATA</b>	<b>ORARIO</b>	<b>FIRMA ASSISTITO</b>	<b>NOTE</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
30				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
40				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
50				

<b>Prestaz.</b>	<b>DATA</b>	<b>ORARIO</b>	<b>FIRMA ASSISTITO</b>	<b>NOTE</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
60				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
70				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
80				



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione

ASL Bari

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE \_\_\_\_\_

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. \_\_\_\_\_

**FOGLIO RILEVAZIONE PRESENZE TRATTAMENTI AMBULATORIALI EX ART.26**

Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

PRI/Proroga del \_\_\_\_\_ n° prestazioni \_\_\_\_\_ frequenza \_\_\_\_\_ Iniziato il \_\_\_\_\_

Totale sedute effettuate: \_\_\_\_\_

FISIOTERAPISTA: \_\_\_\_\_ LOGOPEDISTA \_\_\_\_\_

Prestaz.	DATA	ORARIO	FIRMA ASSISTITO	NOTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
20				

<b>Prestaz.</b>	<b>DATA</b>	<b>ORARIO</b>	<b>FIRMA ASSISTITO</b>	<b>NOTE</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
30				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
40				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
50				

<b>Prestaz.</b>	<b>DATA</b>	<b>ORARIO</b>	<b>FIRMA ASSISTITO</b>	<b>NOTE</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
60				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
70				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
80				



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

Servizio di Riabilitazione Territoriale \_\_\_\_\_

### 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.
- Di volere rinunciare /sospendere il trattamento riabilitativo attualmente in corso.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_





REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Medicina  
Fisica e Riabilitazione



ASL Bari

**Servizio di Riabilitazione Territoriale di \_\_\_\_\_  
Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_**

**CARTELLINO**

**N° \_\_\_\_\_**

**Del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

All. 14

**ASSISTITO:**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI RIABILITATIVA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FUNZIONALE FISIOTERAPICA INIZIALE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

TOTALE SEDUTE \_\_\_\_\_

N° PRESTAZIONI \_\_\_\_\_

- 93.11.1 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE
- 93.11..2 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO
- 93.11.5 RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO
- 93.11.E RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
- 93.11. F RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
- 93.11 .G RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATA AD ALTA TECNOLOGIA
- 93.11. H RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON L'USO DI TERAPIE STRUMENTALI DI SUPPORTO
- 93.15 MOBILIZZAZIONE COLONNA VERTEBRALE
- 93.16 MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI
- 93.39.2 MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO
- 93.56.4 BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO PER LINFEDEMA
- 93.39.6 ELETTROTERAPIA DEI MUSCOLI DENERVATI

## **VALUTAZIONE FUNZIONALE FISIOTERAPICA FINALE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data inizio terapia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FT. \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro a fine ciclo di aver effettuato la terapia fisica prescritta, nelle giornate su elencate.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

FIRMA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

AVVERTENZA :il tesserino è strettamente personale e dovrà essere esibito ad ogni richiesta



**SCHEDA RIABILITATIVA OSPEDALIERA C/O U.O. DI \_\_\_\_\_ DEL P.O. \_\_\_\_\_**

Cognome e Nome ..... Età .....

Luogo e data di nascita ..... N° stanza .....

Diagnosi di ingresso .....

Data ricovero.....Data della presa in carico.....

**DIAGNOSI RIABILITATIVA**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**VALUTAZIONE FUNZIONALE FISIOTERAPICA**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**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
- Addestramento salita/discesa scale

**PROGRAMMA RIABILITATIVO**

- 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

Data ..... FT Dott. \_\_\_\_\_ IL FISIATRA \_\_\_\_\_





Servizio di Riabilitazione Territoriale \_\_\_\_\_

## Consenso al trattamento riabilitativo

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 in fase acuta;
  - non essere portatore di dispositivi elettronici impiantabili incompatibili con la terapia fisica;
  - non essere in gravidanza;
  - non avere processi neoplastici in fase attiva o recente storia oncologica non documentata;
  - non essere affetto da epilessia non controllata

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

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

<p align="center"><u>FINALITA' DEL TRATTAMENTO</u></p>  <p align="center">A quale scopo trattiamo i Suoi dati personali?</p>		<p align="center"><u>BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO</u></p>  <p 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"> <li>• La documentazione sanitaria sarà inviata in forma di allegato al messaggio e-mail e non come testo compreso all'interno del messaggio</li> <li>• 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.</li> </ul>		<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 align="center"><u>CATEGORIA DI DATI</u></p>  <p align="center">Quali tipologie di dati sono trattati?</p>	<p align="center"><u>TEMPI DI CONSERVAZIONE</u></p>  <p align="center">Per quanto tempo sono conservati i dati personali?</p>	<p align="center"><u>DESTINATARI DEI DATI</u></p>  <p 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"> <li>• dati anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, luogo di residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento)</li> <li>• dati di contatto (recapito telefonico, email, pec)</li> </ul>	<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"> <li>• studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza (legale, fiscale, assicurativa, ecc.);</li> <li>• soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo e delle reti di telecomunicazioni (ivi</li> </ul>	

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

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

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.

<b><u>DIRITTI ESERCITABILI</u></b> 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
<b><u>DATI DI CONTATTO PER L’ESERCIZIO DEI DIRITTI</u></b>	email: dpo@asl.bari.it  pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it  tel.: 0805843720
<b><u>PREVISIONE DI PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO – PROFILAZIONE</u></b>	Non è prevista alcuna forma di processo decisionale automatizzato. Non è prevista alcuna profilazione.
<b><u>REVOCA CONSENSO</u></b>	Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento scrivendo al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati.
<b><u>TRASFERIMENTO DATI VERSO PAESI TERZI EXTRA UE</u></b>	I dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi o Organizzazioni internazionali.
<b><u>FONTE DEI DATI</u></b>	I dati personali sono raccolti direttamente dall’interessato ed in parte da fonti pubbliche per controlli interni d’ufficio.
<b><u>CONFERIMENTO DEI DATI</u></b>	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 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><b>ASL BARI</b>                  Lungomare Starita 6, 70123 Bari (BA)                  Telefono: 0805842568                  email: <a href="mailto:direzione.generale@asl.bari.it">direzione.generale@asl.bari.it</a>                  pec: <a href="mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it">protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</a></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><b>Dati di contatto del DPO:</b>                  email: <a href="mailto:dpo@asl.bari.it">dpo@asl.bari.it</a>                  pec: <a href="mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it">protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</a>                  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"> <li>- recupero e riabilitazione neuromotoria, cardiologica e pneumologica</li> <li>- Integrazione scolastica di alunni in situazione di handicap;</li> <li>- Valutazione istanze intese ad ottenere ausili e presidi protesici.</li> </ul>	<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"> <li>• Dati anagrafici (nome, cognome, indirizzo domicilio, codice fiscale, tessera sanitarie) e di contatto</li> <li>• Dati relativi allo stato di salute.</li> </ul>	<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><b>DIRITTI ESERCITABILI</b> 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**



# **PROCEDURE PER LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA**



Nel rispetto delle procedure aziendali e delle vigenti normative finalizzate a garantire l'attivazione del percorso riabilitativo post-dimissione dall' Unità Operativa ospedaliera per acuti, alla dimissione del paziente, qualora nel presidio di appartenenza sia presente la figura di Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, se ne richiede obbligatoriamente la consulenza per doverosa competenza e per i derivanti atti consequenziali. Il medico fisiatra redige la scheda di presentazione assistito (All. 1) indicando il setting ritenuto più appropriato e provvede alla consegna dello stesso ai medici di reparto di appartenenza dell'assistito.

Qualora il medico fisiatra non sia presente in dotazione organica, la suddetta scheda di presentazione dell'assistito sarà compilata dal dirigente medico dell'unità operativa ospedaliera per acuti.

### PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA IN REGIME OSPEDALIERO

Le procedure sono normate dalla Delibera della Giunta Regionale 7 novembre 2013, n.2067 pubblicata sul Bollettino Ufficiale delle Regione Puglia – n. 155 del 27-11-2013: Documento "Adeguatezza dei Ricoveri in Riabilitazione Intensiva – Approvazione".

La Riabilitazione intensiva, la cui attività si svolge nell'ambito di strutture di ricovero e cura ospedaliere o extraospedaliere accreditate, è caratterizzata da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile a nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore.

Nell'ambito del trattamento riabilitativo intensivo si distinguono:

- A. Riabilitazione Intensiva (cod.56)
- B. Riabilitazione Intensiva ad Alta Specializzazione (cod.75 – cod.28)

- A. Riabilitazione Intensiva (cod.56)

Si svolge nell'ambito di Unità Operative o strutture di recupero e rieducazione funzionale che erogano in regime di ricovero, interventi riabilitativi indifferibili di almeno tre ore giornaliere per il recupero di menomazioni con disabilità importanti e complesse, per disabilità modificabili che richiedono elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell' arco delle 24 ore) e per patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano che presentano situazioni di elevata complessità clinico-assistenziale che interagiscono con la prognosi riabilitativa.

#### *Accesso al ricovero*

Il percorso riabilitativo e assistenziale sarà approntato dal Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione prima della dimissione del reparto per acuti, mediante la compilazione della scheda presentazione assistito (All. 1) e deve tener conto della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica dell'assistito e della sua possibile partecipazione al programma.



Nell'ambito delle patologie cardiopolmonari, l'evento indice può essere di difficile datazione a causa della disabilità progressiva e spesso può coincidere con una condizione di necessità. Pertanto, il ricovero in riabilitazione respiratoria (cod. 56) può essere accolto anche da un ambulatorio specialistico pneumologico, se ne è documentata la congruità attraverso uno dei seguenti criteri riconosciuti dalla Società Scientifica di riferimento AIPO: il peggioramento della dispnea secondo la scala MRC o scala di Borg, la presenza di dispnea nella attività di vita quotidiana (ADL) con limitazione del quadro funzionale eventualmente definito attraverso scale o test (Barthel – 6 WDT), almeno  $\geq 2$  riacutizzazioni all'anno della patologia pneumologica, la coesistenza di gravi patologie disabilitanti multiorgano, pazienti con patologia neurologica o neuromuscolare evolutiva (es. SLA) con interessamento respiratorio ed infine il peggioramento dei parametri emogasanalitici o spirometrici in paziente con comorbilità.

Il ricovero in riabilitazione cardiologica (cod.56 ) può essere appropriato anche per pazienti provenienti da ambulatori specialistici cardiologici, in particolare per pazienti affetti da scompenso cardiaco noto con progressivo peggioramento dei sintomi e/o progressivo deterioramento della capacità funzionale, per pazienti che abbiano subito nell'ultimo anno una ospedalizzazione per insufficienza cardiaca acuta non seguita da riabilitazione, per pazienti in lista per trapianto cardiaco, per pazienti candidati a trapianto cardiaco definiti da età < a 70 anni e da FE ventricolare sinistra < 30% ed infine per pazienti già sottoposti a trapianto cardiaco.

- **B1. Riabilitazione Intensiva ad Alta Specializzazione (cod.75)**

Si intendono unità ad alta specializzazione riabilitativa per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite, ovvero il percorso riabilitativo delle persone che hanno subito un danno cerebrale, dovuto a trauma cranio encefalico o ad altre cause (anossia cerebrale, emorragia, etc.) tale da determinare una condizione di coma più o meno protratto (GCS < 8) e menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali, che comportano grave disabilità.

#### *Accesso al ricovero*

Alla dimissione del paziente con grave cerebrolesione acquisita dalle Unità Operative per acuti (Rianimazione o Neurochirurgia) la scelta del percorso e degli interventi riabilitativi appropriati deve essere basato su un bilancio generale che ne consideri il grado di responsività, le condizioni medico-internistiche, il tipo e il grado di complicanze con la stima del potenziale recupero.

- **B.2 Riabilitazione Intensiva ad Alta Specializzazione (cod.28)**

Si intendono unità operative ad alta specializzazione riabilitativa per le persone affette da mielolesione acquisita, ovvero una condizione clinica determinata da una lesione completa o parziale del midollo spinale con conseguente compromissione degli apparati caudali, ed in particolare di quello motorio, sensitivo, digerente, urogenitale e vegetativo. Per il mieloleso



politraumatizzato si deve garantire il trattamento immediato, completo e definitivo secondo il principio dell'unità di tempo, di luogo e di azione.

#### *Accesso al ricovero*

L'attività riabilitativa intensiva per le persone affette da mielolesione acquisita, è prevista nell'ambito delle Unità Spinali Unipolari, strutture inserite nei dipartimenti di emergenza-accettazione (DEA) di I livello, in grado di garantire una integrazione organizzativa con specifici percorsi terapeutici-riabilitativi.

### **PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA IN REGIME RESIDENZIALE DI TIPO INTENSIVO IN STRUTTURE EXTRA-OSPEDALIERE**

Le procedure sono normate dal Regolamento Regionale del 16 Aprile 2015, n.12 pubblicato su Bollettino Ufficiale della Regione Puglia – n. 56 *suppl.* del 22-04-2015: "Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale nei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici".

Il nucleo di riabilitazione residenziale intensivo ospita soggetti adulti che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessita di intervento riabilitativo intensivo e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore.

#### *Accesso al Servizio*

Si può accedere alla riabilitazione residenziale intensiva se l'assistito è in grado di offrire partecipazione attiva al programma di riabilitazione e presenta un basso rischio di instabilità clinica.

Alla Riabilitazione Residenziale di tipo intensivo si accede:

- previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente (ove non disponibile il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione) o previa prescrizione del Medico Fisiatra presente in Struttura Ospedaliera mediante la compilazione della scheda presentazione assistito (All. 1) e successiva consegna ai medici di reparto di appartenenza dell'assistito.
- previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di Riabilitazione (cod. 56) e dell'Unità Operativa di lungodegenza (cod. 60) che dimette il paziente ove non disponibile il medico Fisiatra o previa prescrizione del Medico Fisiatra presente in Struttura Ospedaliera mediante la compilazione della scheda presentazione assistito (All. 1).

La prescrizione deve espressamente indicare che *"il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. \_\_\_\_ gg di trattamento riabilitativo residenziale intensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare."*



La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla Area Territoriale di competenza del Dipartimento di Riabilitazione della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione di residenza del paziente.

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.

La durata del trattamento riabilitativo residenziale intensivo è pari ai valori soglia per la riabilitazione ospedaliera (disciplina cod.56) (riabilitazione neurologica 60 giorni; riabilitazione ortopedica 40 giorni; 30 giorni in tutti gli altri casi) Al termine del percorso di trattamento riabilitativo intensivo, persistendo il bisogno di assistenza, l'assistito viene trasferito in altro setting assistenziale appropriato nel rispetto delle procedure previste.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione residenziale intensiva deve essere preventivamente autorizzata dal Dipartimento di Riabilitazione, o sue diramazioni territoriali, nella quale insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga all'Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, all'Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS di residenza del paziente.

L'Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione in cui insiste la struttura erogante provvede, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e all'Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS di residenza del paziente mediante la compilazione della proroga di trattamento riabilitativo in regime residenziale (All. 4).

Analogha 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 IN REGIME RESIDENZIALE DI TIPO ESTENSIVO IN STRUTTURE EXTRA-OSPEDALIERE**

Le procedure sono normate dal Regolamento Regionale del 16 Aprile 2015, n.12 pubblicato su Bollettino Ufficiale della Regione Puglia – n. 56 *suppl.* del 22-04-2015: "Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale nei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici".

Il nucleo di riabilitazione residenziale estensiva 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 e l'assistito deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma di riabilitazione estensiva. Il conseguimento degli obiettivi esplicitati nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), segna il termine di questo tipo di assistenza residenziale.

#### *Accesso al Servizio*

Si può accedere alla riabilitazione residenziale estensiva se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate e nessun caso se l'assistito seppur con bisogno riabilitativo sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica.

Alla Riabilitazione Residenziale di tipo estensivo si accede:

- previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente (ove non disponibile il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione) o previa prescrizione del Medico Fisiatra presente in Struttura Ospedaliera mediante la compilazione della scheda presentazione assistito (All. 1) e la compilazione del piano di trattamento riabilitativo estensivo residenziale (All. 2).
- previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di Riabilitazione (cod. 56) e dell'Unità Operativa di lungodegenza (cod. 60) che dimette il paziente (ove non disponibile il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione) o previa prescrizione del Medico Fisiatra presente in Struttura Ospedaliera mediante la compilazione della scheda presentazione assistito (All. 1) e la compilazione del piano di trattamento riabilitativo estensivo residenziale (All. 2). La prescrizione deve espressamente indicare che *"il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. \_\_\_\_ gg di trattamento riabilitativo residenziale estensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare."*

La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla Area Territoriale di competenza del Dipartimento di Riabilitazione nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione di residenza del paziente.

- previa preventiva autorizzazione rilasciata dalla Area Territoriale di competenza del Dipartimento di Riabilitazione in cui insiste la struttura erogante, su richiesta avanzata dalla struttura di riabilitazione intensiva territoriale ove, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, il paziente necessita di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di trattamento alla Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS di residenza del paziente. L' Area di competenza territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie diramazioni territoriali, alle valutazioni della richiesta del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura



richiedente e alla Area di competenza del Dipartimento di Riabilitazione/DSS di residenza del paziente (All. 4). Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di trattamento.

- previa richiesta di MMG/PLS di visita di medicina fisica e riabilitazione per ricovero riabilitativo in regime residenziale di tipo estensivo. Il Medico Fisiatra del servizio territorialmente competente, di residenza dell'assistito, esegue la visita e dopo aver acquisito la documentazione clinica, compila il piano di trattamento riabilitativo estensivo residenziale, con l'autorizzazione del Dirigente Responsabile UOSVD Riabilitazione di area di competenza (All. 3).

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 residenziale estensiva deve essere preventivamente autorizzata dal Dipartimento di Riabilitazione, o sue diramazioni territoriali, nella quale insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga alla Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS di residenza del paziente. L'Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione in cui insiste la struttura erogante provvede, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e all'Area Territoriale del Dipartimento di Riabilitazione/DSS di residenza del paziente mediante la compilazione della proroga di trattamento riabilitativo in regime residenziale (All. 4). Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga. Decorso inutilmente i termini dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

#### **PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA EXTRAREGIONALE**

Le procedure sono normate dalla Delibera della Giunta Regionale n. 412/2023, acquisita con nota protocollo n.433343/2023 del 23/05/2023: "Misure urgenti di riqualificazione, razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria. Rimodulazione della procedura di liquidazione e pagamento delle prestazioni sanitarie erogate in regime ex art. 26 legge 833/78 da strutture private accreditate extraregionali e intraregionali extra ASL BA. Disposizioni organizzative aziendali".

Con disposizione prot. N.31737 del 06/02/2020, reiterata con nota prot. N. 49738 del 28/07/2021 la Direzione Strategica Aziendale ha stabilito che ogni nuovo inserimento e/o proroga di ricovero di assistiti della ASL BA in regime residenziale ex art 26 legge 833/78 presso strutture private accreditate extraregionali, deve essere formulato con atto deliberativo da parte della Direzione Generale, recante tutte le motivazioni sanitarie di riferimento e i relativi costi da sostenersi, con particolare riferimento alla valutazione di congruità/correttezza richiesta ed autorizzata dalla Macrostruttura proponente.

**PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA IN REGIME DOMICILIARE EX ART. 26**

Secondo le Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del Decreto Legislativo 28 Agosto 1997 n.281 sono destinatari dell'intervento domiciliare gli assistiti che presentano i seguenti requisiti generali:

- sono intrasportabili per motivi clinici: si tratta di assistiti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto renderebbe inefficace l'intervento stesso o sarebbe rischioso dal punto di vista sanitario;
- è presente un caregiver che garantisca la possibilità della permanenza a domicilio;
- necessitano di un progetto riabilitativo, con durata ed esiti definiti, che sia chiaramente definito come realizzabile efficacemente in ambiente domiciliare.

Le procedure per l'attivazione della riabilitazione domiciliare ex art. 26 della Legge 833/78 sono regolamentate dal Regolamento Regionale n. 16 del 4 Novembre 2010, successivo Regolamento Regionale n. 20 del 4 Agosto 2011 e successivo Regolamento Regionale n.22 del 18 Novembre 2022.

*Accesso al Servizio*

La riabilitazione domiciliare ex art. 26 può essere richiesta:

- da unità operative ospedaliere per acuti e riabilitative, comprese quelle di lungodegenza;
- da strutture residenziali territoriali (RSA e strutture di riabilitazione);
- dal MMG per insorgenza di patologie o condizioni che creano disabilità o peggiorano una disabilità secondo art.3 del RR n.20 del 4 Agosto 2011.

L'attivazione del servizio di riabilitazione domiciliare può avvenire con le seguenti modalità:

- per i soggetti in dimissione da unità operative ospedaliere per acuti o riabilitative: il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione redige il piano di trattamento riabilitativo domiciliare (All. 5) e lo consegna all'utente che si rivolgerà al Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza/residenza, ovvero di residenza, per la presa in carico.
- per i soggetti in dimissione da strutture residenziali territoriali: il medico fisiatra redige il piano di trattamento riabilitativo domiciliare (All. 5) e lo consegna all'utente che si rivolgerà al Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza/residenza per la presa in carico.
- per le richieste di riabilitazione domiciliare proposte dal MMG/PLS: il MMG/PLS rilascia all'assistito richiesta di prima visita di Medicina Fisica e Riabilitazione Domiciliare (10177) che l'utente o caregiver deve far pervenire *brevi manu* al Servizio di Riabilitazione Territoriale di residenza o tramite mail alla casella di posta elettronica del Servizio di Riabilitazione Territoriale di residenza (**ES. [riabilitazione.molfetta@asl.bari.it](mailto:riabilitazione.molfetta@asl.bari.it)**) per la contestuale prenotazione tramite procedura CUP aziendale.



### *Visita Fisiatrica Domiciliare*

Il medico fisiatra durante la visita specialistica valuta il possesso dei requisiti previsti dall'art. 2 del RR 20/2011, la tipologia di disabilità di cui all'art. 3 del medesimo RR, la necessità e l'appropriatezza di trattamento riabilitativo domiciliare e quindi, redige il Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare (All.6) su apposita modulistica regionale, indicando il numero dei cicli, la frequenza settimanale e la tipologia di intervento.

Dopo la compilazione del Piano di Trattamento Riabilitativo Domiciliare (PTRD) a cura del medico fisiatra e la autorizzazione da parte del Dirigente Responsabile UOSVD Riabilitazione di area di appartenenza o di suo delegato, si valuta la disponibilità di presa in carico del trattamento riabilitativo presso il Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza secondo lista d'attesa. Alla presa in carico presso il Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza il medico fisiatra procede a compilazione della cartella clinica riabilitativa (All. 9), alla redazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e al successivo inserimento su gestionale Edotto.

Nel caso in cui la presa in carico presso il Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza non possa essere effettuata entro i 30 giorni dalla data di rilascio della prescrizione, l'assistito viene affidato a struttura privata accreditata. Pertanto, il PTRD con presa in carico da struttura privata accreditata viene consegnato ai familiari, congiuntamente all'elenco delle strutture private accreditate (All. 7) e alla informativa su assistenza riabilitativa domiciliare (All. 8). In tale situazione il Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza provvede alla istruzione di un fascicolo relativo ad ogni paziente dove inserirà i dati anagrafici, copia del PTRD e documentazione clinica.

### *Trattamento riabilitativo domiciliare*

Le figure professionali coinvolte nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), dopo aver compilato la cartella clinica riabilitativa (All. 9) in ogni sua parte, avviano il trattamento riabilitativo domiciliare secondo le indicazioni e nel rispetto del PTRD, previa compilazione da parte del dirigente medico del Servizio di Riabilitazione Territoriale del modulo di assegnazione di trattamento riabilitativo domiciliare (All. 10). Presso il domicilio, l'assistito o caregiver provvede alla registrazione dell'accesso firmando il modulo di presenza (All. 11 a), controfirmato dagli operatori impegnati e che sarà rendicontato e consegnato al Servizio Territoriale competente. Gli accessi domiciliari da parte delle figure professionali coinvolte nel PRI devono essere registrati tempestivamente su applicativo gestionale Edotto.

### *Sospensione e/o rinuncia al trattamento*

Il paziente può sospendere o rinunciare al trattamento, in detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento (All. 12).

### *Dimissioni e proroghe*

Al termine del PTRD l'assistito viene sottoposto a valutazione conclusiva funzionale multidisciplinare per eventuale proroga al trattamento o dimissione. Entro i 7 giorni precedenti alla conclusione del progetto/programma riabilitativo rilasciato dal Servizio di Riabilitazione Territoriale, laddove si ravvisa la necessità di proseguire le cure riabilitative, la struttura privata



convenzionata che ha erogato il trattamento, al fine di evitare l'interruzione del percorso riabilitativo, chiede la proroga al Servizio di Riabilitazione Territoriale di competenza. Il medico fisiatra del Servizio di Riabilitazione Territoriale di residenza dell'assistito procede a nuova valutazione sanitaria e, ove necessario, redige nuova prescrizione su apposito modulo (All. 6) e provvede alla consegna di copia all'assistito o caregiver. Decorsi inutilmente il termine dei 10 giorni lavorativi, la proroga si 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 IN REGIME AMBULATORIALE EX ART. 26**

Il setting riabilitativo ex art 26 della legge 833/78 è dedicato alle disabilità complesse secondo DPCM del 12/01/2017 (G.U. n.15 del 18/03/2017) ovvero "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 (artrite reumatoide, connettiviti), a patologia oncologica" (confermato dal RR. N. 22 del 18/11/2019).

#### *Accesso al Servizio*

Il MMG/PLS rilascia al paziente richiesta di prima visita di Medicina Fisica e Riabilitazione (10176) che l'utente deve prenotare tramite procedura CUP aziendale.

#### *Visita specialistica*

Il Medico Fisiatra del Servizio di Riabilitazione Territoriale visita il paziente e procede all'apertura della cartella clinica riabilitativa (All. 9) e alla registrazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) su applicativo gestionale Edotto.

#### *Fisioterapia/Logopedia*

I pazienti vengono presi in carico in base ad una lista d'attesa interna. Sarà cura dei fisioterapisti/logopedisti compilare la cartella clinica fisioterapica/logopedia presente nella cartella riabilitativa, provvedere alla registrazione delle prestazioni su gestionale Edotto e alla compilazione delle griglie mensili, già predisposte, delle sedute effettuate con la firma dell'assistito o caregiver (All. 11 b).

I dati, così raccolti, verranno consegnati al Coordinatore o facente funzione 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 sospensione o dimissione concordata mediante utilizzo di apposita scheda.

Il fisioterapista/logopedista, in occasione del primo accesso, ribadisce quanto già esposto dall'assistente sociale/coordinatore fisioterapista al momento dell'inserimento in lista d'attesa, per informare correttamente il paziente di quanto sopra citato.

Il paziente può rinunciare al trattamento, in detti casi si utilizza apposita scheda di sospensione o rinuncia al trattamento (All. 12).

#### *Dimissioni e proroghe*

Alla fine del ciclo di trattamento riabilitativo, il paziente è dimesso o, dopo valutazione clinico-funzionale, può essere prorogato per ulteriore ciclo.

### **PROCEDURA DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA IN REGIME AMBULATORIALE EX ART. 25**

#### *Accesso al Servizio*

Il MMG/PLS rilascia al paziente richiesta di prima visita di Medicina Fisica e Riabilitazione (10176) che l'utente deve prenotare tramite procedura CUP aziendale.

#### *Visita Specialistica*

I Medici Fisiatri eseguono le Visite Specialistiche nel rispetto delle prenotazioni CUP e ove indicato prescrivono un Piano Terapeutico Riabilitativo (PTR) costituito da un ciclo di prestazioni fisioterapiche secondo LEA vigenti.

#### *Fisioterapia*

I pazienti vengono presi in carico dal Servizio di Riabilitazione e le prestazioni di fisioterapia vengono prenotate in agenda di gruppo su piattaforma NCUP per un ciclo di 10 sedute che vengono eseguiti su 5 giorni alla settimana o con altro diverso programma consigliato dallo specialista, non superando l'arco temporale dei 3 mesi dal momento della prescrizione alla data di fine ciclo fino ad esaurimento della disponibilità trimestrale in agenda. Il medico fisiatra con il supporto di coordinatore fisioterapista o facente funzione affida la presa in carico del paziente al fisioterapista. La segreteria del servizio o il coordinatore fisioterapista o il fisioterapista che prende in carico l'assistito, all'avvio del ciclo di prestazioni riabilitative, compila il modulo di consenso informato al trattamento riabilitativo (All. 16) e il cartellino prestazioni ex art 25 (All. 14).

*Dimissioni/Proroghe*

Alla fine del ciclo di trattamento riabilitativo il paziente è dimesso oppure reindirizzato al medico prescrittore qualora, a seguito di valutazione funzionale fisioterapica conclusiva, non si ritengano raggiunti gli obiettivi.

*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 (All. 12).



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

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

### 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 colpite 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 gruppeale 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 gruppali 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.



Servizio di Riabilitazione Territoriale di \_\_\_\_\_

**MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO PSICOLOGICO**

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

<b>INVIANTE e/o RICHIEDENTE: motivazione dell'invio</b>	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

<b>Diagnosi clinico- funzionale:</b>	_____
	_____
	_____
	_____

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.	
<b>Diagnosi clinico-funzionale</b>	
_____	
_____	
_____	

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 grupppale - *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 20260000033 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260000054 DEL 16/01/2026**

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

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

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Paciello Margherita	 Firmato digitalmente il 13/01/2026 14:47
Responsabile UOS/UOSD	Iorio Raffaele	 Firmato digitalmente il 13/01/2026 14:50
Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	Piazzolla Vito	 Firmato digitalmente il 15/01/2026 10:51