

ASL di Brescia

Rete dei servizi riabilitativi

PRI e Pri: indicazioni per il corretto utilizzo degli strumenti condivisi di lavoro

Novembre 2007

Premessa

L'apposito Gruppo di lavoro per la riabilitazione, attivato dall'ASL di Brescia con la partecipazione dei Responsabili medici delle Strutture riabilitative sanitarie e socio-sanitarie, ha già concluso una prima parte del lavoro provvedendo (dicembre 2006) a definire criteri clinico-organizzativi di accesso e modalità di integrazione condivisi, come da documenti pubblicati sul sito ASL.

Il presente documento costituisce il prodotto di una seconda parte di lavoro, volta alla condivisione di strumenti di lavoro.

Una terza parte del lavoro, che si prevede più impegnativa, avrà come obiettivo la definizione di criteri condivisi di priorità d'accesso alle prestazioni riabilitative e la loro applicazione da parte di tutte le Strutture.

Condivisione di strumenti di lavoro – PRI e Pri

La recente legislazione regionale relativa alla riorganizzazione della rete delle attività riabilitative ha provveduto a ridenominare le unità d'offerta, a precisarne le caratteristiche strutturali ed organizzative ai fini dell'accreditamento, a ridefinire le prestazioni da erogare fissando nuove modalità di remunerazione e, in alcuni casi, di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza.

I requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento organizzativi per le aree di riabilitazione specialistica, generale geriatrica e di mantenimento, sono dettati alla DGR n. VII/19883 del 16 dicembre 2004 ad oggetto "*Riordino della rete delle attività di Riabilitazione*".

Tra le novità organizzative, la DGR 3111/2006 ha previsto, anche per le prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale, la definizione di un piano personalizzato di riabilitazione per ciascun utente attraverso l'utilizzo di due strumenti:

- **Progetto Riabilitativo Individuale – PRI**
- **Programma riabilitativo individuale – Pri.**

In sintesi:

- il **PRI** è l'insieme delle proposizioni, elaborate dall'equipe riabilitativa e coordinato dal medico responsabile, individuabile nello stesso progetto; deve tener conto dei bisogni globali del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili; definisce gli esiti desiderati del paziente e dell'equipe riabilitativa e, per quest'ultima, ne stabilisce il ruolo; definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine nonché tempi e modalità di erogazione degli interventi e loro verifica; qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato, il PRI deve essere modificato, adattato e

nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Il medico responsabile provvede a garantire le informazioni da e con il medico di famiglia e con tutte le strutture coinvolte nel percorso riabilitativo;

- il **Pri** definisce le modalità di presa in carico del paziente, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi immediati e/o a breve termine aggiornandoli nel tempo; definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni, le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito; individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno; costituisce un elemento di verifica del PRI.

Le finalità, i contenuti, le caratteristiche e le modalità di utilizzo dei due strumenti sono specificate in dettaglio nelle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, G.U. 30 maggio 1998, serie generale - n.124 – Provvedimento 7 maggio 1998.

L'ASL di Brescia e gli erogatori sanitari e socio sanitari riabilitativi operanti nel suo territorio, coscienti della complessità del settore, hanno ritenuto importante confrontarsi attraverso la partecipazione ad un apposito Gruppo di lavoro per la riabilitazione, al fine di condividere una maggior conoscenza complessiva della rete, delle diverse tipologie d'offerta e delle specifiche regole di funzionamento.

La maggior conoscenza della rete ha evidenziato le specificità, le vocazioni delle singole Strutture, a conferma della varietà dell'utenza e dei suoi bisogni riabilitativi, a cui corrisponde l'utilizzo di modalità, strumenti di lavoro e strumenti di valutazione dei risultati molto variegati.

Modalità e strumenti di lavoro sono risultati, però, molto diversi anche tra Strutture analoghe per tipologia di prestazioni erogate e per tipologia di utenza.

Da ciò è emersa la necessità di un approfondimento relativo a:

- strumenti condivisi da applicare in modo uniforme al fine di disporre di un linguaggio minimo comune, atto a facilitare la comunicazione tra operatori e la realizzazione della continuità di assistenza dello stesso paziente nel passaggio tra diverse UO di Riabilitazione.

E' stata quindi concordata l'interpretazione degli elementi fondamentali del Progetto Riabilitativo Individuale e del Programma riabilitativo individuale. Gli stessi sono stati inseriti in proposte di modelli di riferimento di:

- [Progetto/Programma Riabilitativo Individuale Ambulatoriale/Domiciliare](#)
- [Progetto Riabilitativo Individuale in regime di Ricovero](#)
- [Estratto di Progetto/Programma per l'invio al MMG](#)

I moduli allegati non hanno, pertanto, lo scopo di assumere le caratteristiche di documento "formale" ma si prefiggono di precisare i punti fondamentali del *PRi* e *Pri*, al fine di definire una traccia comune, condivisa da Strutture erogatrici ed ASL. I suddetti elementi costituiranno riferimento sia per le Strutture riabilitative che per i medici prescrittori.

Infine, per quanto riguarda la riabilitazione cardiologia, respiratoria, ginecologica, il Gruppo di lavoro ritiene opportuno valutare, tramite confronto con i medici responsabili delle specifiche U.O., la necessità di adottare una modulistica di riferimento dedicata.

Modalità d'uso

Tutte le voci previste nella modulistica proposta devono essere utilizzate, fatto salvo quanto chiarito nelle specifiche sviluppate più sotto.

La Struttura riabilitativa che per prima valuta il paziente ha il compito di definire il Progetto riabilitativo, copia del quale è fornito al paziente. Le Strutture successive possono far proprio il Progetto riabilitativo iniziale o, nel caso emergano nuove possibilità terapeutico-riabilitative, definirne un nuovo in base alla nuova situazione.

Progetto e Programma/i riabilitativo/i vanno conservati nel fascicolo individuale di cui sono parte integrante e sostanziale.

Progetto/Programma Riabilitativo Individuale Ambulatoriale/Domiciliare (PRI/Pri)

Riguardo l'attività di riabilitazione ambulatoriale, secondo le indicazioni di cui alla DGR VII/3111 del 1 agosto 2006 ad oggetto "*Modifiche della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA ...*" Allegato 2, il PRI è richiesto per le disabilità complesse e a lento recupero, mentre per le menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie è richiesto il solo *pri*. La stessa DGR 3111/2006 stabilisce inoltre che, per ogni paziente debba essere presente, in ogni momento e verificabile, la richiesta di accesso ai servizi riabilitativi (impegnativa del SSR, in originale od in copia, emessa dai soggetti autorizzati) e, laddove indicato, la cartella riabilitativa contenente:

- il consenso informato al trattamento;
- il diario clinico compilato dallo specialista con frequenza almeno pari a quella della revisione del piano riabilitativo, contenente comunque gli interventi eseguiti direttamente dallo specialista;
- la scheda tecnico-riabilitativa, firmata dalle figure tecniche della riabilitazione che erogano le prestazioni contenute nel piano riabilitativo, aggiornata ogniqualvolta si effettuino le prestazioni e controfirmata dal paziente.

Valutati gli aspetti organizzativi, si è ritenuto opportuno proporre un documento unico per entrambe le tipologie di pazienti, che possa assumere le caratteristiche sia di programma che di progetto. Inoltre, comprendendo le voci succitate, il documento proposto può assumere le caratteristiche della "cartella riabilitativa ambulatoriale/domiciliare".

Specifiche

Titolo: barrare il regime che non interessa;

Anagrafica: in grassetto sono evidenziati i soli campi obbligatori;

Obiettivi e tempi: specificare sempre la tempistica degli obiettivi;

Scale di valutazione: devono essere rilevabili i dati di valutazione pre-intervento e post-interventi;

Trattamenti previsti: l'elenco è puramente esemplificativo; ciascuna U.O. adotta un proprio elenco;

Descrizione del trattamento: precisare anche la figura professionale alla quale sarà affidato il trattamento;

Scheda Tecnico-Riabilitativa: una firma operatore e una firma utente per ciascuna seduta di trattamento anche se composta da più prestazioni;

In caso di aggiornamento del PRI/Pri è necessario compilare un nuovo modulo.

Progetto Riabilitativo Individuale in regime di Ricovero

Il PRI è parte integrante della cartella clinica così come il consenso informato. Il PRI può essere aggiornato tramite l'apposita scheda (PRIR5).

Specifiche

Aspettative – Paziente: non compilare in caso non sia possibile rilevarle;

Aspettative – Familiari: non compilare in caso non siano disponibili familiari;

Protesi ed ausili: compilare solo se appropriato;

Obiettivi: gli obiettivi immediati sono compresi tra quelli a breve/medio termine;

Tempi previsti (giorni) – Day Hospital: si intende il numero previsto di accessi in DH;

Scale di valutazione: pre- e post-intervento (da utilizzare anche in caso di aggiornamento del Progetto).

Programma riabilitativo in regime di Ricovero

Il Pri è composto dall'insieme delle schede dei programmi delle singole figure professionali; può essere aggiornato tramite compilazione di nuove schede di programma. Oltre alle schede di programma fornite, ciascuna Struttura può adottare analoghe schede di programma appositamente realizzate per l'utilizzo da parte di eventuali.

Specifiche

Gli obiettivi immediati sono compresi tra quelli a breve termine. Nel settore Procedura va riportato il numero complessivo delle prestazioni erogate nel corso del programma (con riferimento ai trattamenti previsti nel settore Risorse) con relativo codice.

Estratto del Progetto/programma riabilitativo (PRI/Pri)

Può essere utilizzato in alternativa all'intero Progetto/Programma, al solo fine di fornire al MMG, a seguito della visita per definizione del piano riabilitativo, gli elementi essenziali per una prescrizione consapevole e condivisa degli interventi riabilitativi.

Il PRI/Pri, o il suo estratto, completi di timbro e firma del MMG, vanno presentati alla Struttura che eroga il trattamento in allegato all'impegnativa.

Progetto/Programma Riabilitativo Ambulatoriale/Domiciliare

Signor/a _____ Sesso M F Nato/a a _____

il _____ Residente in via _____ n. _____ Comune _____

Recapito Telefonico _____ Medico curante _____

Domicilio _____ via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Diagnosi

• **Evento Indice:** _____ data ____ / ____ / ____

• **Disabilità/abilità residue e recuperabili:**

• **Co-morbilità:**

Obiettivi e tempi:

Scale di Valutazione

	<i>data</i>	<i>punteggio</i>	<i>data</i>	<i>punteggio</i>	<i>data</i>	<i>punteggio</i>
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/

Trattamenti previsti

Codice Tariffario Regionale	Descrizione	Segmento Corporeo	Quantità	Tempi
93395	Elettroterapia antalgica-trancutanea TENS			
93397	Elettroterapia muscoli-altri distretti			
93396	Elettroterapia muscoli-mano o viso			
93191	Esercizi posturali individuali-proprioceettivi			
93182	Esercizi respiratori-collettivi			
93181	Esercizi respiratori-individuali			
99991	Laserterapia antalgica			
93398	Magnetoterapia			
93392	Massoterapia per drenaggio linfatico			
9315	Mobilizzazione della colonna vertebrale			
9316	Mobilizzazione di altre articolazioni			
93393	Pressoterapia o presso-depresso terapia intermitt.			
93114	Ried motoria ind. motuleso segmentale semplice			
93111	Ried. mot. ind.motuleso grave strumentale compl.			
93113	Ried. motoria motuleso segm. strumentale compl.			
93115	Rieducazione motoria in gruppo			
93112	Ried. motoria ind. motuleso grave semplice			
9326	Risoluzione manuale di aderenze articolari			
9383	Terapia occupazionale (individuale)			
93831	Terapia occupazionale seduta collettive			
93054	Test posturografico			
93055	Test stabilometrico statico e dinamico			
93722	Training collettivo per disfasia (logopedia)_			
9322	Training deambulatori e del passo			
93721	Training individuale per disfasia (logopedia)			
93713	Training per discalculia seduta individuale			
93712	Training per dislessia (collettivo)			
93711	Training per dislessia (individuale)			
93892	Training per disturbi cognitivi seduta individuale			
93399	Ultrasuonoterapia			

ESEMPIO DI ELENCO

Sono a carico del Paziente (escluse dai LEA):

Descrizione del Trattamento:

PpRA/D4

Diario:

Consenso Informato:

Avendo avuto un esauriente colloquio informativo sul tipo di trattamento terapeutico proposto, sugli eventuali rischi e complicanze insite nella procedura, sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto al trattamento proposto ed avendo potuto avere chiarimenti richiesti al fine di una consapevole scelta, esprimo il mio consenso ad essere sottoposto al trattamento propostomi. Acconsento altresì al trattamento delle informazioni personali agli Enti della rete dei servizi nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità all'informativa ex art.13 D.lgs.196/03.

Firma dell'Utente _____

Data, _____

Il Medico Responsabile
(timbro e firma)

Situazione Socio-Ambientale

Problematico:

- **ACCESSIBILITA' dell'ABITAZIONE**
- **BARRIERE ARCHITETTONICHE**
- **SERVIZI IGIENICI**
- **RELAZIONE/SOCIALIZZAZIONE**

no	si	gravemente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Aspettative

Paziente: _____

Familiari: _____

Obiettivi e tempi

Breve/Medio Termine (1 - 3 settimane)

Lungo Termine (oltre 3 settimane)

Protesi e Ausili

Ausili per il movimento:			Ausili prevenzione lesioni:		
	<i>in uso</i>	<i>previsti</i>		<i>in uso</i>	<i>previsti</i>
- Bastone/gruccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arto artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Materassino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sollevatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Cuscino antidecubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Deambulatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Telino di scorrimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Carrozzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Sollevatore mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cinture per mobilizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Sponde letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stampelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insufficienza Respiratoria:		
- Tripode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<i>in uso</i>	<i>previsti</i>
- Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- O ² intermittente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione incontinenza:			- O ² costante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>in uso</i>	<i>previsti</i>	- Saturimetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Ventilatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialisi:		
- Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SI	NO
- Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	- Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione diabete:			- Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>in uso</i>	<i>previsti</i>	Terapia antalgica invasiva:		
- Dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
- Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
- Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE

PriR6

Data:	N. Cartella:	Paziente:
Responsabile:		
Area di intervento		
Valutazione: <i>(scale, ROM, ecc.)</i>		
Goal: <i>(obiettivo a brevissimo tempo)</i>		
Outcome specifico: <i>(a breve termine)</i>		
Risorse: <i>(personale, presidi, strumenti)</i>		
Pianificazione degli interventi:		

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE

Area: *Specialistica* *Generale-Geriatria* *Di Mantenimento*

Tempi previsti (giorni): ____ *Day Hospital* ____ *Ricovero Ordinario*

Aree di Intervento:

<input type="checkbox"/> <i>Neuromotoria</i>	<input type="checkbox"/> <i>Continenza</i>
<input type="checkbox"/> <i>Cardiologica</i>	<input type="checkbox"/> <i>Adeguamento Ambientale</i>
<input type="checkbox"/> <i>Respiratoria</i>	<input type="checkbox"/> <i>Reinserimento lavorativo-sociale</i>
<input type="checkbox"/> <i>Cognitivo - Comportamentale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Autonomia nella cura della persona</i>
<input type="checkbox"/> <i>Deglutizione - Linguaggio</i>	<input type="checkbox"/> <i>Protesi e Ausili</i>

Team: *Medico* *Fisioterapista* *Infermiere* *Logopedista* *Terapista Occupazionale* *Psicologo* *Ass. Sociale*

Scale di Funzionalità:

	<i>data</i>	<i>punteggio</i>	<i>data</i>	<i>punteggio</i>	<i>data</i>	<i>punteggio</i>	<i>data</i>	<i>punteggio</i>
• _____	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___
• _____	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___
• _____	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___
• _____	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___
• _____	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___
• _____	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___	___/___

Luogo e data, _____

Il Medico responsabile del Progetto
(timbro e firma)

Aggiornamento Progetto Riabilitativo Individuale

PRIR5

Team: Medico Fisioterapista Infermiere Logopedista Terapista Occupazionale Psicologo Ass. Sociale

Valutazione sintetica del paziente: _____

Obiettivi e tempi: _____

Area: Specialistica Generale-Geriatrica Di Mantenimento

Tempi previsti (giorni): _____ Day Hospital _____ Ricovero Ordinario

Aree di Intervento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neuromotoria | <input type="checkbox"/> Continenza |
| <input type="checkbox"/> Cardiologica | <input type="checkbox"/> Adeguamento Ambientale |
| <input type="checkbox"/> Respiratoria | <input type="checkbox"/> Reinserimento lavorativo-sociale |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo - Comportamentale | <input type="checkbox"/> Autonomia nella cura della persona |
| <input type="checkbox"/> Deglutizione - Linguaggio | <input type="checkbox"/> Protesi e Ausili |

Luogo e data, _____

Il Medico responsabile del Progetto
(timbro e firma)

Programma Fisioterapico del Paziente Neurologico

or/a _____ n. cartella _____ Fisioterapista _____ Data _____

Data	Obiettivi	Tempo (gg)	Risorse	Seduta (minuti)	Pianificazione Interventi	Procedura	
						N. Prest.	C
	<input type="checkbox"/> controllo del capo <input type="checkbox"/> controllo del tronco <input type="checkbox"/> mantenimento della stazione seduta <input type="checkbox"/> miglioramento esecuzione passaggi posturali <input type="checkbox"/> prevenzione complicanze neuro-ortopediche <input type="checkbox"/> corretto posizionamento del paziente		<input type="checkbox"/> trattamento individuale <input type="checkbox"/> riattivazione motoria globale <input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S. <input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale <input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria		<input type="checkbox"/> attività per il controllo del capo <input type="checkbox"/> attività per il controllo del tronco <input type="checkbox"/> mobilizzazione A.S. e A.I. <input type="checkbox"/> attività di riattivazione A.S. e A.I. <input type="checkbox"/> rieducazione ai passaggi posturali <input type="checkbox"/> attività di ried. alla stazione eretta <input type="checkbox"/> attività di preparazione al passo <input type="checkbox"/> deambulazione <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		
	<input type="checkbox"/> migliorare autonomia nei passaggi posturali <input type="checkbox"/> migliorare autonomia della stazione seduta <input type="checkbox"/> raggiung. e mantenimento dell'ortostatismo <input type="checkbox"/> rieduc. al corretto spostamento di carico <input type="checkbox"/> impostazione dello schema del passo <input type="checkbox"/> riattivazione arto superiore <input type="checkbox"/> rieducazione alle prese <input type="checkbox"/> miglioramento qualità del balance		<input type="checkbox"/> trattamento individuale <input type="checkbox"/> riattivazione motoria globale <input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S. <input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale <input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria		<input type="checkbox"/> attività per il controllo del capo <input type="checkbox"/> attività per il controllo del tronco <input type="checkbox"/> mobilizzazione A.S. e A.I. <input type="checkbox"/> attività di riattivazione A.S. e A.I. <input type="checkbox"/> rieducazione ai passaggi posturali <input type="checkbox"/> attività di ried. alla stazione eretta <input type="checkbox"/> attività di preparazione al passo <input type="checkbox"/> deambulazione <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers <input type="checkbox"/> attività di rieducaz. del balance		
	<input type="checkbox"/> raggiungimento autonomia nei passaggi posturali <input type="checkbox"/> raggiung. e mantenimento dell'ortostatismo <input type="checkbox"/> deambulazione <input type="checkbox"/> superamento di dislivelli		<input type="checkbox"/> trattamento individuale <input type="checkbox"/> riattivazione motoria globale <input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S. <input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale <input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria		<input type="checkbox"/> attività per il controllo del capo <input type="checkbox"/> attività per il controllo del tronco <input type="checkbox"/> attività di rieducaz. del balance <input type="checkbox"/> attività di riattivazione A.S. e A.I. <input type="checkbox"/> rieducazione ai passaggi posturali <input type="checkbox"/> attività di ried. alla stazione eretta <input type="checkbox"/> attività di preparazione al passo <input type="checkbox"/> deambulazione <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers <input type="checkbox"/> esecuzione delle scale		

Programma Fisioterapico del Paziente Ortopedico

r/a _____ n. cartella _____ Fisioterapista _____ Data _____

Data	Obiettivi	Tempo (gg)	Risorse	Seduta (minuti)	Pianificazione Interventi	Procedura	
						N. Prest.	C
	<input type="checkbox"/> recupero ROM articolare		<input type="checkbox"/> trattamento individuale		<input type="checkbox"/> mobilizzazione passiva e attiva-assistita <input type="checkbox"/> rinforzo muscolare <input type="checkbox"/> stretching muscolare <input type="checkbox"/> ried. ai passaggi posturali/stazione eretta <input type="checkbox"/> rieducazione al carico <input type="checkbox"/> training del passo <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		
	<input type="checkbox"/> recupero forza muscolare		<input type="checkbox"/> riattivazione mot. globale				
	<input type="checkbox"/> migliorare qualità e autonomia dei passaggi posturali		<input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S.				
	<input type="checkbox"/> migliorare la qualità della deambulazione		<input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale				
			<input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria				
	<input type="checkbox"/> migliorare la qualità della deambulazione		<input type="checkbox"/> trattamento individuale		<input type="checkbox"/> mobilizzazione passiva e attiva-assistita <input type="checkbox"/> rinforzo muscolare <input type="checkbox"/> stretching muscolare <input type="checkbox"/> ried. ai passaggi posturali/stazione eretta <input type="checkbox"/> rieducazione al carico <input type="checkbox"/> training del passo ed esecuzione delle scale <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		
	<input type="checkbox"/> superamento di dislivelli		<input type="checkbox"/> riattivazione mot. globale				
	<input type="checkbox"/> autonomia nei passaggi posturali		<input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S.				
			<input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale				
			<input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria				
	<input type="checkbox"/> autonomia completa deambulazione		<input type="checkbox"/> trattamento individuale		<input type="checkbox"/> mobilizzazione attiva-assistita <input type="checkbox"/> rinforzo muscolare <input type="checkbox"/> stretching muscolare <input type="checkbox"/> ried. ai passaggi posturali/stazione eretta <input type="checkbox"/> rieducazione al carico <input type="checkbox"/> training del passo ed esecuzione delle scale <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		
	<input type="checkbox"/> superamento di dislivelli		<input type="checkbox"/> riattivazione mot. globale				
	<input type="checkbox"/> autonomia nei passaggi posturali		<input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S.				
			<input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale				
			<input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria				

Programma Fisioterapico Globale

r/a _____ n. cartella _____ Fisioterapista _____ Data _____

Data	Obiettivi	Tempo (gg)	Risorse	Seduta (minuti)	Pianificazione Interventi	Procedura	
						N. Prest.	C
	<input type="checkbox"/> recupero ROM articolare <input type="checkbox"/> recupero forza muscolare <input type="checkbox"/> migliorare qualità e autonomia dei passaggi posturali <input type="checkbox"/> migliorare la qualità della deambulazione		<input type="checkbox"/> trattamento individuale <input type="checkbox"/> riattivazione mot. globale <input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S. <input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale <input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria		<input type="checkbox"/> mobilizzazione passiva e attiva-assistita <input type="checkbox"/> rinforzo muscolare <input type="checkbox"/> stretching muscolare <input type="checkbox"/> ried. ai passaggi posturali/stazione eretta <input type="checkbox"/> riallenamento allo sforzo <input type="checkbox"/> training del passo ed esecuzione delle scale <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		
	<input type="checkbox"/> migliorare la qualità della deambulazione <input type="checkbox"/> superamento di dislivelli <input type="checkbox"/> riduzione delle algie <input type="checkbox"/> migliorare la qualità del balance <input type="checkbox"/> incrementare la tolleranza allo sforzo <input type="checkbox"/> migliorare i pattern ventilatori		<input type="checkbox"/> trattamento individuale <input type="checkbox"/> riattivazione mot. globale <input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S. <input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale <input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria		<input type="checkbox"/> mobilizzazione passiva e attiva-assistita <input type="checkbox"/> rinforzo muscolare <input type="checkbox"/> stretching muscolare <input type="checkbox"/> ried. ai passaggi posturali/stazione eretta <input type="checkbox"/> riallenamento allo sforzo <input type="checkbox"/> training del passo ed esecuzione delle scale <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		
	<input type="checkbox"/> raggiungimento autonomia nella deambulazione <input type="checkbox"/> autonomia completa nei passaggi posturali <input type="checkbox"/> riduzione delle algie <input type="checkbox"/> migliorare la qualità delle ADL <input type="checkbox"/> incrementare la tolleranza allo sforzo		<input type="checkbox"/> trattamento individuale <input type="checkbox"/> riattivazione mot. globale <input type="checkbox"/> elettroterapia antalgica/U.S. <input type="checkbox"/> massoterapia distrettuale <input type="checkbox"/> fisioterapia respiratoria		<input type="checkbox"/> mobilizzazione passiva e attiva-assistita <input type="checkbox"/> rinforzo muscolare <input type="checkbox"/> stretching muscolare <input type="checkbox"/> ried. ai passaggi posturali/stazione eretta <input type="checkbox"/> riallenamento allo sforzo <input type="checkbox"/> training del passo ed esecuzione delle scale <input type="checkbox"/> addestr. e inf. paziente/care-givers		

Programma Logopedico del Paziente Disfagico

priR

or/a _____ n. cartella _____ Logopedista _____ Data _____

<i>Obiettivi</i>	<i>Pianificazione Interventi</i>	<i>Valutazione</i>	<i>Procedura</i>	
			<i>N. Prestazioni</i>	<i>Codice</i>
<p>A BREVE / MEDIO TERMINE</p> <p>Durata trattamento per seduta:</p>	<input type="checkbox"/> motivazione <input type="checkbox"/> attenzione (B.S.E.) <input type="checkbox"/> memoria procedurale (B.S.E.) <input type="checkbox"/> sensibilità (B.S.E.) <input type="checkbox"/> atteggiamento posturale (B.S.E.) <input type="checkbox"/> schema corporeo (schindler) <input type="checkbox"/> respirazione (schindler) <input type="checkbox"/> riflessi di protezione (schindler) <input type="checkbox"/> care-giver <input type="checkbox"/> labbra <input type="checkbox"/> mandibola-guance <input type="checkbox"/> muscolatura masticatoria <input type="checkbox"/> lingua <input type="checkbox"/> palato molle <input type="checkbox"/> faringe <input type="checkbox"/> strutture laringee <input type="checkbox"/> deglutizione funzionale	<p>Data:</p>		
<p>A LUNGO TERMINE</p> <p>Durata trattamento per seduta:</p>	<input type="checkbox"/> posture facilitanti <input type="checkbox"/> artifici dietetici <input type="checkbox"/> tecniche di compenso <input type="checkbox"/> deglutizione fisiologica	<p>Data:</p>		

.....

Programma Logopedico del Paziente Disfonico

priRL

or/a _____ n. cartella _____ Logopedista _____ Data _____

<i>Obiettivi</i>	<i>Pianificazione Interventi</i>	<i>Valutazione</i>	<i>Procedura</i>	
			<i>N. Prestazioni</i>	<i>Codice</i>
<p>A BREVE / MEDIO TERMINE</p> <p>Durata trattamento per seduta:</p>	<input type="checkbox"/> motivazione <input type="checkbox"/> attenzione <input type="checkbox"/> memoria procedurale <input type="checkbox"/> atteggiamento posturale <input type="checkbox"/> igiene vocale <input type="checkbox"/> respirazione <input type="checkbox"/> rilassamento <input type="checkbox"/> care-giver <input type="checkbox"/> coord. pneumo-fonica <input type="checkbox"/> tecniche vocali <input type="checkbox"/> esercizi verbali <input type="checkbox"/> lettura <input type="checkbox"/> conversazione	<p>Data:</p>		
<p>A LUNGO TERMINE</p> <p>Durata trattamento per seduta:</p>	<input type="checkbox"/> coord. pneumo-fonica <input type="checkbox"/> tecniche vocali <input type="checkbox"/> esercizi verbali <input type="checkbox"/> lettura <input type="checkbox"/> conversazione <input type="checkbox"/> care-giver	<p>Data:</p>		

.....

Programma Logopedico del Paziente Disartrico

priRL

or/a _____ n. cartella _____ Logopedista _____ Data _____

<i>Obiettivi</i>	<i>Pianificazione Interventi</i>	<i>Valutazione</i>	<i>Procedura</i>	
			<i>N. Prestazioni</i>	<i>Codice</i>
<p>A BREVE / MEDIO TERMINE</p> <p>Durata trattamento per seduta:</p>	<input type="checkbox"/> motivazione <input type="checkbox"/> attenzione <input type="checkbox"/> memoria procedurale <input type="checkbox"/> sensibilità <input type="checkbox"/> controllo motorio <input type="checkbox"/> respirazione <input type="checkbox"/> care-giver <input type="checkbox"/> labbra <input type="checkbox"/> mandibola-guance <input type="checkbox"/> muscolatura masticatoria <input type="checkbox"/> lingua <input type="checkbox"/> palato molle <input type="checkbox"/> faringe <input type="checkbox"/> strutture laringee <input type="checkbox"/> diadococinesie	<p>Data:</p>		
<p>A LUNGO TERMINE</p> <p>Durata trattamento per seduta:</p>	<input type="checkbox"/> articolazione <input type="checkbox"/> coarticolazione <input type="checkbox"/> intelligibilità <input type="checkbox"/> prosodia e ritmo <input type="checkbox"/> compensi funzionali <input type="checkbox"/> care-giver	<p>Data:</p>		

.....

.....

Estratto del Progetto/Programma Riabilitativo

Signor/a _____ Sesso M F Nato/a a _____
 il _____ Residente in via _____ n. _____ Comune _____
 Recapito Telefonico _____ Medico curante _____
 Domicilio _____ via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Diagnosi

• **Evento Indice:** _____ data ____ / ____ / ____

• Disabilità/abilità residue e recuperabili:

• Co-morbilità:

Obiettivi e tempi:

Scale di Valutazione

	data	punteggio	data	punteggio	data	punteggio
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/
•	/ /	/	/ /	/	/ /	/

Descrizione delle prestazioni

PPRA/D2

Settori di Intervento

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neuromotoria | <input type="checkbox"/> Continenza |
| <input type="checkbox"/> Cardiologica | <input type="checkbox"/> Adeguamento Ambientale |
| <input type="checkbox"/> Respiratoria | <input type="checkbox"/> Reinserimento lavorativo-sociale |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo - Comportamentale | <input type="checkbox"/> Autonomia nella cura della persona |
| <input type="checkbox"/> Deglutizione - Linguaggio | <input type="checkbox"/> Protesi e Ausili |

Area Specialistica Generale-Geriatria Di Mantenimento

Regimi di Degenza

Ricovero Ordinario

Tempi previsti (giorni) _____

Day Hospital

Altri Regimi di trattamento

N. accessi previsti _____

Ciclo Diurno Continuo

Individuale

Fascia 1

Ambulatoriale

Di Gruppo

Fascia 2

Domiciliare

Fascia 3

Descrizione dei trattamenti a carico SSR

Codice Tariffario Regionale	Descrizione	Segmento Corporeo	Quantità	Tempi

Trattamenti a carico del Paziente (esclusi dai LEA)

Data, _____

Il Medico Responsabile

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale
