

Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT)
per garantire l'appropriatezza e la continuità di cura
dei malati con necessità di interventi riabilitativi complessi

Marzo 2008

L'insieme degli strumenti professionali-organizzativi di riferimento in materia di riabilitazione dell'ASL di Brescia, prodotti con l'apporto collaborativo degli erogatori, e specificamente i documenti pubblicati sul sito web www.aslbrescia.it nella sezione → medici delle Strutture → Documenti professionali:

- *“Rete dei servizi riabilitativi afferenti alla Asl di Brescia: definizione dei criteri clinico-organizzativi di accesso e modalita' di integrazione tra le diverse componenti”*
- *“Progetto e Programma Riabilitativo individuale: indicazione all'utilizzo e modulistica”*

si configura come:

- Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT),
- sottoscritto dai Direttori Sanitari delle Strutture Riabilitative Sanitarie e Socio-Sanitarie del territorio dell'ASL di Brescia,
- finalizzato a garantire la continuità e l'appropriatezza di cura nei confronti dei soggetti con necessità di interventi riabilitativi complessi,
- in particolare mediante la definizione e la messa in atto del Progetto/programma Riabilitativo Individuale nei confronti di ciascun assistito.

**Sottoscrizione da parte dei Direttori Sanitari delle strutture riabilitative ASL di Brescia
del “PDT per garantire l’appropriatezza e la continuità di cura dei malati con necessità di interventi riabilitativi” (1/2)**

STRUTTURA	Firma del Direttore Sanitario per sottoscrizione del PDT	Tipo- logia	DEGENZA ORDINARIA			DAY HOSPITAL - CICLO DIURNO CONTINUO	AMBULATORIALE (Individuale/ Di Gruppo)
			Area Specialistica	Area Generale- Geriatrica	Area Mantenimento (stabilizzazione/ reinserimento)	Area Specialistica - Area Generale- Geriatrica	
Residenza Anni Azzurri ^		San		x			X
C. di C. Domus Salutis ^		San	x	x		X	X
C. di C. Priv. Clinica S. Rocco ^		San	x	x	x	x	X
C. di C. S. Camillo ^		San	x	x		x	X
Casa di Cura Priv. Villa Gemma ^		San	x	x	X		X
Casa di Cura Privata Villa Barbarano ^		San			x		X
IRCCS Centro S. Giovanni di Dio FBF (solo psichiatrica)		San	x			x	X
IRCCS Fondazione S. Maugeri ^		San	x			x	X
Istituto Clinico Città di Brescia ^		San	x	x	x	x	X
Istituto Clinico S. Anna ^		San	x	x	x	x	X
Nuovo Osp. di Riabilitazione E. Spalenza Fond. Don Gnocchi ^		San	x	x		x	X
Ospedale S. Orsola FBF		San	x			x	X
Fondazione Poliambulanza		San					
A.O. Mellino Mellini di Chiari		San					
A.O. Desenzano del Garda		San	x	x		x	x

**Sottoscrizione da parte dei Direttori Sanitari delle strutture riabilitative ASL di Brescia
del “PDT per garantire l’appropriatezza e la continuità di cura dei malati con necessità di interventi riabilitativi” (2/2)**

STRUTTURA	Firma del Direttore Sanitario per sottoscrizione del PDT	Tipologia	DEGENZA ORDINARIA			DAY HOSPITAL - CICLO DIURNO CONTINUO	AMBULATORIALE (Individuale/ Di Gruppo)
			Area Specialistica	Area Generale- Geriatrica	Area Mantenimento (stabilizzazione/ reinserimento)	Area Specialistica - Area Generale- Geriatrica	
Dominato Leonense Sanità srl Leno		San	x	x	x	x	X
P.O. Spedali Civili Brescia		San	x			x	X
P.O. Villa dei Colli Lonato A.O. Desenzano del Garda		San	x	x		x	X
U.O. Card. Riabil.Fasano AO Spedali Civili BS (attualmente % Villa Gemma)		San	x				X
Poliambulatorio Rages – Villa Carcina ^		San					X
Centro Medico S. Cristoforo – Brescia ^		San					X
Poliambulatorio Static SRL – Brescia ^		San					X
Fond.ne Don Gnocchi – Rovato ^		Socio-San					X
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N. P. Richiedei – Gussago ^		Socio-San	x	x		x	X
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N. P. Richiedei ^ Palazzolo s/O		Socio-San		x		x	X
Fond.ne Madonna del Corno - Onlus – Lonato ^		Socio-San	x	x	x	X	X

^ Ricettario SSR da fornire



RETE DEI SERVIZI RIABILITATIVI AFFERENTI ALLA ASL DI BRESCIA: DEFINIZIONE DEI CRITERI CLINICO-ORGANIZZATIVI DI ACCESSO E MODALITA' DI INTEGRAZIONE TRA LE DIVERSE COMPONENTI

Prima Edizione: dicembre 2006

Prima revisione: novembre 2007

Seconda revisione: marzo 2008

PREMESSA

Il presente documento è stato predisposto e condiviso, anche a seguito delle indicazioni introdotte dalla DGR VII/19883 del 16.12.04, quale supporto agli operatori ed alle strutture dell'intera rete riabilitativa dell'ASL di Brescia per favorire:

- l'appropriatezza degli interventi riabilitativi e, conseguentemente, dell'uso delle risorse;***
- la continuità dell'intervento riabilitativo, in base alle necessità cliniche e funzionali del paziente, tra diversi operatori, strutture, tipologie/livelli/regimi di intervento.***

Il documento si propone, tenendo conto delle prestazioni garantite e fruibili nell'ambito del SSR e con particolare riferimento alla DGR 3111/06 (vedi stessa sezione: "Strumenti professionali -Lea"), di delineare in modo organico:

- la rete dei servizi riabilitativi, sanitari e socio sanitari, presenti nell'ASL di Brescia (tabelle 1A e 1B) con le tipologie di prestazioni garantite e fruibili a carico del SSR***
- le modalità di accesso (tabella 2), di progettazione e di programmazione degli interventi riabilitativi***
- strumenti di lavoro quanto più omogenei possibili.***

I criteri di appropriatezza e le priorità di accesso a ciascuna tipologia di assetto riabilitativo saranno oggetto di attenzione nel corso dei prossimi mesi.

Inoltre, ci si prefigge di studiare un sistema condiviso di valutazione che permetta la verifica dei risultati degli interventi riabilitativi.

L'intento è quello di creare uno strumento che contenga, oltre al disegno quanto più possibile efficace della offerta riabilitativa nelle sue varie e diverse fattispecie (domiciliare, ambulatoriale, ricovero, day hospital,..) con particolare riferimento alla DGR VII/19883 del 16/12/2004, la base per indirizzi di tipo gestionale per l'ASL, e che rappresenti utile strumento informativo per le strutture presenti nel territorio e per gli operatori a vario titolo interessati, con particolare riferimento ai medici prescrittori.

Si prevede di attuare un periodo sperimentale nel corso del quale raccogliere osservazioni da parte dei Medici di Medicina Generale, degli Specialisti Fisiatri, degli Specialisti di branche affini e di operatori coinvolti nei diversi livelli di interventi riabilitativi, i quali potranno fornire elementi sulla applicabilità ed utilità pratica del documento per poi consentirne un successivo sviluppo e completamento.

In appendice è riportata una sintesi della normativa di riferimento per la riabilitazione.

CONSIDERAZIONI GENERALI DI APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI

La definizione di un progetto o programma riabilitativo deve fare costante riferimento all'appropriatezza degli interventi. In tal senso è indispensabile considerare preliminarmente se la disabilità in esame possa trarre reale e significativo beneficio da un intervento riabilitativo o se il paziente (ed eventualmente i familiari) possano trarre beneficio da altro tipo di intervento. Garantita la qualità e la prospettiva di efficacia dell'intervento, il processo decisionale deve pertanto prendere in considerazione i regimi/livelli di erogazione meno impegnativi e, solo dopo aver escluso questi ultimi, ricorrere a regimi/livelli di erogazione progressivamente più elevati.

All'interno dei limiti di capacità erogativa dei diversi componenti la rete riabilitativa e per ciascuno di essi, può rendersi necessario, inoltre, considerare quali siano le situazioni alle quali, sulla base di una valutazione di potenziale beneficio, debba essere garantita la priorità di accesso ovvero l'invio ad altro regime/livello di erogazione.

Per poter seguire tali logiche il medico e l'équipe riabilitativa/orientativa devono disporre di una buona conoscenza della rete riabilitativa locale, nelle sue caratteristiche generali e nelle peculiarità dei suoi componenti. Adeguate informazioni devono, inoltre, essere rese disponibili ai pazienti ed ai loro familiari.

PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI

Ai sensi della DGR 1375 "*Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2006*" del 14.12.05, ciascuna Struttura/U.O. riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria deve essere dotata di un Progetto Riabilitativo di Struttura (PRS) e deve utilizzare, per la gestione dei singoli pazienti con SDO, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) ed il/i Programma/i Riabilitativo/i Individuale/i (Pri).

In base a quanto previsto dalla DGR 3111 del 2006, allegato 2, e secondo quanto concordato a livello locale, le Strutture sanitarie e socio-sanitarie riabilitative, per i pazienti a gestione ambulatoriale, devono utilizzare:

- PRI e Pri per utenti affetti da disabilità complesse ovvero da disabilità a lento recupero, inemendabili o a lenta evoluzione;
- il solo Pri per utenti affetti da menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie.

Gli **allegati A e B** contengono gli elementi di riferimento tratti dalle indicazioni dispositive sul Progetto e Programma riabilitativo mentre il documento "PR/Pri"

(pubblicato nella stessa sezione alla voce "PRI/Pri") contiene gli schemi di riferimento predisposti dalla Asl sia per il progetto che per il programma riabilitativo per i diversi regimi di assistenza: ambulatoriale, domiciliare, ricovero e le relative istruzioni d'uso.

LA RETE DEI SERVIZI RIABILITATIVI, SANITARI E SOCIO SANITARI PRESENTI NELLA ASL DI BRESCIA

Il presente documento è organizzato in modo coerente presentando, in ordine:

- **LA RIABILITAZIONE AMBULATORIALE**
- **LA RIABILITAZIONE DOMICILIARE**
- **LA RIABILITAZIONE IN CICLO DIURNO CONTINUO ED IN DAY HOSPITAL**
- **LA RIABILITAZIONE IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA**

con i relativi criteri di appropriatezza.

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

E' erogata dalle Strutture riabilitative sanitarie e socio-sanitarie (area generale-geriatrica) di cui alla tabella 1a.

E' rivolta a disabilità che, in ragione della autonomia funzionale residua, del livello di comorbilità e della situazione socio-familiare non è appropriato sia trattata in regime diverso.

Prevede un bilancio dei possibili esiti della malattia in corso e l'adozione di provvedimenti preventivi e/o riabilitativi relativamente alle patologie disabilitanti o ai rischi di sviluppare disabilità.

La funzione ambulatoriale svolge un ruolo importante per completare il progetto riabilitativo, assicurare la continuità assistenziale nelle disabilità importanti e provvedere al trattamento delle menomazioni/disabilità meno gravi la cui incidenza è tuttavia rilevante. Anche nell'approccio ambulatoriale è richiesta la presa in carico globale dell'utente sulla base del soddisfacimento dei bisogni nell'ambito di progetto e/o programmi riabilitativi con l'obiettivo di volta in volta di:

- conseguire la restitutio funzionale ad integrum
- limitare le menomazioni e disabilità inemendabili contenendo la situazione di handicap
- prevenire il degrado funzionale.

In linea generale sono candidati alla riabilitazione ambulatoriale le seguenti tipologie di utenti, indipendentemente dall'appartenenza a qualsiasi fascia di età :

- utenti affetti da disabilità complesse (interessanti più segmenti e/o organi e apparati) di recente insorgenza e modificabili a seguito di interventi riabilitativi che richiedono un progetto riabilitativo individuale
- utenti affetti da menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie, modificabili e emendabili sulla base di un programma terapeutico riabilitativo
- utenti affetti da disabilità a lento recupero o da disabilità inemendabili stabilizzate o al lenta evoluzione presi in carico tramite un progetto riabilitativo a lungo termine.

Più in particolare la riabilitazione ambulatoriale tratta:

- fase di consolidamento della disabilità da pregresso evento indice
- presenza di recidive con ridotta probabilità di recupero funzionale
- condizioni generali del paziente che non consentono un intervento intenso e settoriale
- età evolutiva in presenza di disabilità che richiedono tempi protratti di realizzazione del programma

e si rivolge all'utenza con disabilità conseguenti a:

1. patologia neurologica/neurochirurgico (esiti di ictus, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, miopatie, paralisi nervose periferiche, deficit cognitivi in età adulta/anziana con limitata compromissione, ecc.);
2. disabilità conseguente a patologia ortopedica in fase non acuta (pregresse fratture, sindromi ipocinetiche in poliartrosi grave, ecc.);
3. patologia reumatologica (artrite reumatoide, LES, connettivopatie, ecc.);
4. malattie cardio-respiratorie (insufficienza respiratoria cronica, insufficienza cardiaca, ecc.);
5. patologie vascolari periferiche;
6. patologia ortopedica in fase acuta (lombosciatalgia, cervicobrachialgia, esiti di fratture monoarticolari e monosegmentarie, distorsioni, traumi distorsivi cervicali, osteoporosi);
7. deficit psichici o altra patologia in età evolutiva.

Pazienti anziani, con polipatologia e co-morbilità sono da indirizzare preferenzialmente alle Strutture riabilitative socio-sanitarie. In riferimento a quest'ultime, per **riabilitazione di gruppo/a piccoli gruppi** si intende un intervento di kinesiterapia prevalentemente attiva, assistita da operatore e con rapporto operatore/pazienti compreso tra 1/2 e 1/5.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE

E' erogata dalle Strutture riabilitative socio-sanitarie (area generale-geriatrica) di cui alla tabella 1b e dalle Strutture/Enti accreditati per l'erogazione dell'ADI tramite voucher socio-sanitario e credit.

Riguarda le seguenti situazioni:

- condizione di disabilità grave con non autosufficienza (Barthel inferiore a 75, ovvero differenziale Barthel pari ad almeno 20% e particolare situazione socio-ambientale), dichiarata dal medico prescrittore, gestibile a domicilio, tale da impedire al paziente di raggiungere la Struttura ambulatoriale con i comuni mezzi di trasporto;
- necessità di completamento del recupero funzionale tramite la contestualizzazione delle attività in ambiente domestico, al fine di un completo reinserimento al domicilio anche attraverso l'effettivo coinvolgimento dei care giver.

Si rivolge ad utenza con disabilità conseguenti a:

1. patologia neurologica/neurochirurgica (esiti di ictus, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, miopatie, paralisi nervose periferiche, ecc);
2. patologia ortopedica in fase cronica (pregresse fratture, sindromi ipocinetiche in poliartrosi grave, ecc);
3. patologia reumatologica (artrite reumatoide, LES, connettivopatie, ecc);
4. malattie cardio-respiratorie (insufficienza respiratoria cronica, insufficienza cardiaca, ecc);
5. patologie vascolari periferiche;
6. sindromi da allettamento prolungato, che per motivi clinici e/o socio-ambientali non possono/non è opportuno accedano alla riabilitazione ambulatoriale.

La riabilitazione domiciliare ASL

E' parte integrante dell'assistenza domiciliare e, perciò, attivata dalle Unità di Valutazione MultiDimensionale – UVMD, spesso all'interno di un piano integrato di interventi – sanitari, sociali, assistenziali – multiprofessionali. L'assistenza è erogata dai Distretti accreditati e dagli Enti accreditati esterni (**Tabella 1B**) tramite voucher socio-sanitario o credit che comprendono prestazioni effettuate da specialista e da terapeuta della riabilitazione oltre al materiale eventualmente necessario. Il volume dell'attività riabilitativa è definito dall'UVMD in base ai bisogni della popolazione ed all'interno delle risorse ADI/voucher messe annualmente a disposizione del Distretto (budget di Distretto e budget degli Enti esterni accreditati).

L'alternativa è rappresentata dalla riabilitazione domiciliare erogata dalle Strutture riabilitative ex IDR – Istituto di Riabilitazione ex art. 23 L. 833 (alla data attuale da Don Gnocchi di Rovato e Richiedei di Gussago e di Palazzolo s/O.).

Modalità di accesso

Tramite UVMD su proposta di ospedale, MMG, Servizi Sociali comunali o altro. Il paziente è valutato dall'UVMD che, supportata dallo specialista consulente, definisce il percorso assistenziale, gli obiettivi, le professionalità e gli strumenti da proporre. Il paziente proveniente dall'ospedale dispone di una proposta riabilitativa che può essere fatta propria da UVMD e specialista consulente. L'avvio dell'assistenza avviene entro 1-3 giorni dalla valutazione. L'assistenza sanitaria e socio-sanitaria è erogata senza costi a carico dell'assistito.

Criteri di accesso

E' riabilitato a domicilio il paziente non pediatrico che - in base alla valutazione UVMD - in ragione della propria situazione clinica, sociale, familiare, abitativa, non sia gestibile ambulatoriamente o per il quale non sia indicato/appropriato il ricorso ad altri regimi riabilitativi. UVMD e specialista consulente fanno riferimento alle priorità ed alle indicazioni contenute nel documento appositamente adottato dall'ASL .

Criticità

- limitata disponibilità del consulente (anche 1 solo giorno la settimana) - superabile con miglior raccordo ospedale-territorio;
- non disponibilità di altre figure riabilitative: logopedista;
- da migliorare la continuità assistenziale ospedale-territorio.

RIABILITAZIONE IN CICLO DIURNO CONTINUO ED IN DAY HOSPITAL

E' erogata dalle Strutture riabilitative sanitarie (day hospital) e socio-sanitarie (area specialistica: day hospital; area generale-geriatrica: day hospital e ciclo diurno continuo) di cui alla tabella 1a.

Si rivolge ad utenza con disabilità conseguente alle patologie di cui al punto precedente e che rispondono a tutti i seguenti requisiti:

- necessitano di un insieme di interventi multiprofessionali terapeutici o diagnostico-terapeutici riabilitative che si sviluppano complessivamente
- non richiedono assistenza sanitaria continuativa nelle 24 ore
- presentano condizioni cliniche e/o socio-ambientali che consentono i trasferimenti quotidiani dalla propria abitazione
- presentano perdita di autonomia rispetto allo stato funzionale precedente (differenziale Barthel pari ad almeno il 20%).

Può comunque rendersi necessaria, da parte delle Strutture socio-sanitarie, nell'anziano (orientativamente con età >64) ai fini di una valutazione di deficit cognitivo di grado lieve, in presenza di compromissione dell'autonomia (differenziale Barthel 20%), finalizzata ad un intervento terapeutico e/o riabilitativo per il quale necessita la permanenza continuativa in Struttura per almeno 3 o 4 ore/die.

RIABILITAZIONE IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

E' erogata dalle Strutture riabilitative sanitarie e socio-sanitarie di cui alla tabella 1a. E' riservata alle situazioni non gestibili in modo appropriato con alcuna delle tipologie precedenti.

Riabilitazione di mantenimento

Si rivolge a pazienti, geriatrici e/o disabili, che presentano:

- **patologie acute o riacutizzate in via di risoluzione** che richiedono periodi brevi di ricovero e che necessitano di intervento riabilitativo finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni cliniche
- **pluripatologia con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali** che necessitano di una riabilitazione di reinserimento verso il domicilio, la residenza sanitario assistenziale o altra struttura socio-sanitaria, previa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Può rendersi necessaria in situazioni di non completa compliance del paziente o ridotta tolleranza al trattamento, ovvero con l'obiettivo di raggiungere piccoli guadagni funzionali in un contesto di ricovero riabilitativo caratterizzato da una bassa intensità assistenziale.

Riabilitazione generale e geriatrica

Si rivolge a pazienti con disabilità che rispondono a tutti i requisiti seguenti:

- relativa stabilità del quadro clinico
- possibilità di recupero ridotta
- compliance/tolleranza non ottimale
- comorbilità che richiede monitoraggio clinico stretto.

Possono accedere pazienti con disabilità conseguente a patologie:

1. neurologiche centrali e periferiche
2. ortopediche in fase cronica (pregresse fratture/protesi di articolazioni maggiori)
3. reumatologiche ed immunologiche
4. cardiorespiratorie
5. vascolari periferiche.

Può rendersi necessaria in pazienti con danno grave ovvero in fase di consolidamento della disabilità da pregresso evento indice (Barthel inferiore a 75 ovvero differenziale Barthel pari ad almeno 20%), quando le condizioni generali e la prognosi degli esiti della menomazione controindicano un intervento riabilitativo intenso e settoriale a fronte di patologie relative ai seguenti sistemi ed apparati:

- ✓ Neurologico/neurochirurgico (es.: stroke e malattia di Parkinson)
- ✓ Ortopedico: amputazioni (anche per cause vascolari), fratture degli arti e del rachide, applicazione di protesi, trauma cranico
- ✓ Patologie che generano una grave disabilità con compromissione dell'apparato locomotore ad eziologia non traumatica (artrite reumatoide, poliartropatie gravemente disabilitanti)
- ✓ Altre patologie che generano una grave disabilità non riconducibili ai gruppi precedenti (sindrome da allettamento, scompenso cardiaco (NYHA III-IV), riacutizzazione di patologia polmonare cronica evoluta, diabete mellito con disabilità, patologia neoplastica con correlata disabilità almeno parzialmente emendabile - non in fase terminale, postumi di interventi chirurgici maggiori).

Può rendersi necessaria inoltre, da parte delle Strutture socio-sanitarie:

- ai fini di trattamento e riabilitazione dei deficit cognitivo-comportamentali che determinino un'alterazione dell'autonomia del paziente e/o arrechino pregiudizio all'assistenza prestata dalla rete assistenziale informale
- in pazienti geriatrici con pluripatologia ad alto rischio di riacutizzazione (instabilità)
- in età evolutiva in presenza di disabilità che richiedono tempi protratti di realizzazione del programma abilitativo-riabilitativo.

Riabilitazione specialistica

Possono accedere, di norma, pazienti caratterizzati dalla presenza di tutti i seguenti requisiti:

- evento indice recente o recidive dell'evento indice con elevata probabilità di recupero funzionale
- stabilità del quadro clinico generale
- funzioni cognitive idonee all'apprendimento
- possibile recupero o corretto evolversi della funzione con conseguente contenimento della disabilità
- perdita delle autonomie funzionali quantificata - presenza di almeno due o più disabilità nelle seguenti aree funzionali: mobilità, ADL (danno con Barthel inferiore a 50 ovvero con differenziale Barthel pari ad almeno il 20%), continenza, disturbi della sfera emotiva, disfagia, disturbi del linguaggio, funzionalità cardio-respiratoria
- menomazioni e disabilità di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad alta specificità, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma
- menomazioni e disabilità complesse, in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva (come definiti dalle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione di cui alla G.U. n. 124 del 30.05.98) e/o che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche (alto impegno diagnostico-terapeutico riabilitativo multiprofessionale).

Possono accedere pazienti con disabilità conseguente alle seguenti patologie (riferimento all'allegato 8 alla DGR 1375/2005):

1. neurologiche centrali e periferiche
2. ortopediche in fase cronica (pregresse fratture/protesi di articolazioni maggiori)
3. reumatologiche ed immunologiche
4. cardiorespiratorie
5. vascolari periferiche.

oltre ad altre patologie che generano una grave disabilità non riconducibili ai gruppi precedenti.

PROGRAMMA DI APPLICAZIONE

In accordo con le finalità citate in premessa, il presente documento è proposto all'Ufficio di Direzione ASL di Brescia ai fini della formale adozione previa eventuali integrazioni.

A seguito della formalizzazione ed ai fini dell'applicazione, il documento sarà diffuso secondo le seguenti modalità:

- pubblicazione sul sito web dell'ASL di Brescia e comunicazione alle articolazioni interne ASL interessate;
- inoltro formale alle Direzioni Sanitarie di tutte le Strutture di cui alla Tabella 1° con sollecitazione alla diffusione a tutti gli operatori interessati;
- comunicazione ai MMG/PLS tramite mailing list e pubblicazione sulla rivista Assistenza Primaria;
- comunicazione a tutti gli Enti di cui alla Tabella 1B, alle RSA, alle RSD ed ai CDI tramite e-mail.

I criteri, le modalità e gli strumenti previsti dal presente documento sono da applicarsi a far data dal 01.01.07. Ad essi faranno riferimento, nello svolgimento delle proprie funzioni, le articolazioni ASL addette alle verifiche di appropriatezza delle prestazioni, al rispetto dei criteri di accreditamento e dei vincoli contrattuali, alle verifiche di funzionalità del settore riabilitativo. Fatte salve esigenze diverse, è prevista la verifica del presente documento, con eventuale revisione, a 10 mesi dall'inizio della sua applicazione.

In vista di ciò, a tutte le Strutture di cui alla Tabella 1A è richiesto un monitoraggio costante dell'applicazione da parte di tutti gli operatori con raccolta, tramite le rispettive Direzioni Sanitarie, di proposte migliorative/integrative da far pervenire all'ASL entro il mese di settembre 2007.

Normativa di riferimento

1. Linee guida nazionali del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione (7/5/1998 –G.U. N°124 del 30 maggio 1998)
 - 1) Riordino della rete delle attività di Riabilitazione (Deliberazione N°VII/19883 del 16/12/2004)
 - 2) Aggiornamento delle tariffe riabilitative (Deliberazione N°VII/20774 del 16/02/2005)
 - 3) I° Adempimento attuativo della DGR N°VII/19883 (deliberazione N°VIII/501 del 5/8/2005)
 - 4) Riclassificazione delle attività di degenza in area riabilitativa già attualmente accreditate e a contratto, in ottemperanza alla DGR N°VII/19883/2004 (Decreto Direzione generale sanità N° 12376 del 5/8/2005 – identificativo Atto N°898)
 - 5) Prima definizione del quadro complessivo delle attività riabilitative degli IDR, riclassificate ai sensi della DGR N°19883/2004 (DDG N° 11250 del 18/7/2005 – Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale -)
 - 6) Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2006.(deliberazione N°VIII/ 1375 del 14/12/ 1995)
 - 7) DGR VIII/3111 DEL 1 AGOSTO 2006-10-04

ALLEGATO A

DEFINIZIONE DI PROGETTO RIABILITATIVO

Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile. Nel progetto riabilitativo è contemplata l'intima connessione dei programmi di intervento sanitario con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali consentendo il reinserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità di vita.

Il progetto riabilitativo individuale:

- indica il medico specialista responsabile del progetto stesso;
- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità * e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante;
- deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa, dell'insieme delle problematiche del paziente, compresi gli aspetti che non sono oggetto di interventi specifici, e di regola può non prevedere una quantificazione degli aspetti di cui sopra, ma ne dà una descrizione, in termini qualitativi e generali;
- definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente. e ai suoi familiari;
- è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso;
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

** L'identificazione del livello di disabilità e/o compromissione funzionale deve avvenire in riferimento a strumenti di valutazione della disabilità, delle abilità residue o della funzionalità, identificate in base a riconosciuti standards di pratica medica. Gli strumenti utilizzati devono essere resi disponibili in ogni momento per l'espletamento di eventuali azioni di controllo o nel caso di trasferimento del paziente da una modalità di trattamento ad un'altra o tra diverse Equipe riabilitative.*

Il medico coordinatore dell'équipe riabilitativa, d'intesa con la stessa équipe, provvede a garantire un flusso costante di informazioni da e con il medico di famiglia, e con tutte le strutture coinvolte nel percorsoriabilitativo.

Il progetto riabilitativo individuale deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definiti.

ALLEGATO B DEFINIZIONE DI PROGRAMMA RIABILITATIVO

All'interno del progetto riabilitativo, il "programma riabilitativo" definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

Il Programma Riabilitativo:

- definisce le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;
- definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo;
- definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- definisce 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, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

** L'identificazione del livello di disabilità e/o compromissione funzionale deve avvenire in riferimento a strumenti di valutazione della disabilità, delle abilità residue o della funzionalità, identificate in base a riconosciuti standards di pratica medica. Gli strumenti utilizzati devono essere resi disponibili in ogni momento per l'espletamento di eventuali azioni di controllo o nel caso di trasferimento del paziente da una modalità di trattamento ad un'altra o tra diverse Equipos riabilitative.*

TABELLA 1A - STRUTTURE RIABILITATIVE ASL DI BRESCIA - AGGIORNAMENTO Marzo 2008

STRUTTURA	Tipologia	DEGENZA ORDINARIA			DAY HOSPITAL - CICLO DIURNO CONTINUO	AMBULATORIALE (Individuale/ Di Gruppo)
		Area Specialistica	Area Generale- Geriatrica	Area Mantenimento (stabilizzazione/ reinserimento)	Area Specialistica - Area Generale- Geriatrica	Area Specialistica - Area Generale-Geriatrica - Area Mantenimento
Residenza Anni Azzurri	San		x			x
C. di C. Domus Salutis	San	X	x		X	x
C. di C. Priv. Clinica S. Rocco	San	X	x	x	x	x
C. di C. S. Camillo	San	X	x		x	x
Casa di Cura Priv. Villa Gemma	San	X	x	X		x
Casa di Cura Privata Villa Barbarano	San			x		x
Casa di Cura Privata Villa Barbarano (sperimentazione)	San	X				x
Casa di Salute Moro-Girelli Fondazione Don Gnocchi	San	x				x
IRCCS Centro S. Giovanni di Dio FBF	San	x			x	x
IRCCS Fondazione S. Maugeri	San	x			x	x
Istituto Clinico Città di Brescia	San	x	x	x	x	x
Istituto Clinico S. Anna	San	x	x	x	x	x
Nuovo Osp. di Riabilitazione E. Spalenza Fond. Don Gnocchi	San	x	x		x	x
Ospedale S. Orsola FBF	San	x			x	x
Dominato Leonense Sanità srl Leno	San	x	x	x	x	x
P.O. Spedali Civili Brescia	San	x *			x	x
P.O. Villa dei Colli Lonato A.O. Desenzano del Garda	San	x	x		x	x
U.O. Cardiologia Riabilitativa di Fasano A.O. Spedali Civili di Brescia	San	x				x
Poliambulatorio Rages - Villa Carcina	San					x
Centro Medico S. Cristoforo – Brescia	San					x
Poliambulatorio Static SRL – Brescia	San					x
Fond.ne Don Gnocchi – Rovato	Socio-San					x
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N. P. Richiedei – Gussago	Socio-San	x	x		x	x
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N. P. Richiedei - Palazzolo s/O	Socio-San		x		x	x
Fond.ne Madonna del Corno-Onlus – Lonato	Socio-San	x	x	x	x #	x
Strutture con funzioni accreditate non ancora attivate						
* Centro Disturbi Alimentari						
# Ciclo Diurno Continuo						

TABELLA 1B – STRUTTURE/ENTI ACCREDITATI PER RIABILITAZIONE DOMICILIARE - ASL DI BRESCIA - AGGIORNAMENTO Marzo 2008

STRUTTURA	Tipologia	Territorio di attività - Distretti n.
Fond.ne Don Gnocchi - Rovato	Struttura Riabilitativa Socio-Sanitaria ex IDR	Sovraterritoriale
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N. P. Richiedei - Gussago	Struttura Riabilitativa Socio-Sanitaria ex IDR	Sovraterritoriale
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N. P. Richiedei - Palazzolo s/O	Struttura Riabilitativa Socio-Sanitaria ex IDR	Sovraterritoriale
Associazione Temporanea d'Impresa Valtrompia	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	4
Casa di Cura Domus Salutis (Brescia)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	1-2-3
Consorzio di coop. soc. Società coop. soc. Tenda (Montichiari)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	3-10-11 (UVMD Basso Garda - Desenzano)
Consorzio Koinè Solidarietà e Cooperazione (Brescia)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	1-4
Coop. soc. Benefit Servizi salute Onlus (Ome)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	5
Coop. soc. Società Dolce Coop. a r.l. (Bologna)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	1-2-5-6-7
Fond.ne Casa di Riposo Ghedi Onlus	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	9
Fond.ne Don A. Cacciamatta Onlus (Iseo)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	5-6-7
Fond.ne Ospedale e Casa di Riposo N.P.Richiedei (Gussago)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	2-6
Fond.ne RSA Casa di Riposo Residenza gli Ulivi di Salò	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	11 (Alto Garda - Salò)
Fond.ne S.A. Merici Onlus (Desenzano)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	11 (Basso Garda - Desenzano)
Medicasa Italia S.p.a. (Milano)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	10-11
Soc. Coop. Soc Onlus Il Pellicano (Brescia)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	1-2-3-9-10-11-12
Soc. coop. soc. Onlus Genesi (Rodengo Saiano)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	2
Soc. coop. soc. Onlus Loggia (Rovato)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	6-7
Soc. coop. soc. Onlus Progetto Salute (Brescia)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	1-2-3-10-11
Soc. coop. soc. Onlus Serena (Lograto)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	8
Valle Sabbia Solidale s.c.r.l. (Vestone)	Ente accreditato per voucher socio-sanitario e credit	12
Distretto n. 1 - Brescia Città e Collebeato	Distretto accreditato per voucher socio-sanitario e credit	1
Distretto n. 3 - Hinterland Est (Rezzato)	Distretto accreditato per voucher socio-sanitario e credit	3
Distretto n. 4 - Valle Trompia (Gardone V.T.)	Distretto accreditato per voucher socio-sanitario e credit	4
Distretto n. 7 - Montorfano (Chiari)	Distretto accreditato per voucher socio-sanitario e credit	7
Distretto n. 8 - Bassa bresciana occidentale (Orzinuovi)	Distretto accreditato per voucher socio-sanitario e credit	8
Distretto n. 8 - Bassa bresciana centrale (Leno)	Distretto accreditato per voucher socio-sanitario e credit	9

TAB. 2: MODALITÀ DI ACCESSO

Tipologia Struttura	Regime di erogazione	Prescrittori	Documenti richiesti	Partecipazione economica utente
Sanitaria	Ambulatoriale	MMG/PLS, specialisti di Struttura pubblica, medico di RSA o RSD (per i soli ospiti). Per il solo regime ambulatoriale sono prescrittori anche le strutture private accreditate	Impegnativa SSR PRI - Pri ove richiesto	Normativa ticket sanitario
	Day Hospital			Nulla
	Degenza ordinaria			Nulla
Socio-sanitaria (ex IDR)	Ambulatoriale	MMG/PLS, specialisti di Struttura pubblica, medico di RSA o RSD (per i soli ospiti e per il solo accesso alla degenza generale-geriatrica) Per il solo regime ambulatoriale sono prescrittori anche le strutture private accreditate.	# Impegnativa SSR, @ scheda di valutazione del medico proponente, * proposta riabilitativa dettagliata	Nulla
	Domiciliare			Nulla
	Day Hospital			Nulla
	Ciclo diurno continuo			Nulla
	Degenza ordinaria			Nulla
Socio-sanitaria (ADI)	Domiciliare	MMG/PLS	* Proposta (fascicolo utente) + valutazione UVMD	Nulla

l'impegnativa deve riportare la seguente dicitura **“Si propone visita per intervento riabilitativo in paziente affetto da**”.

@ nel solo caso di paziente valutato da specialista consulente UVMD o proveniente "direttamente" da Strutture che dispongono di competenti specialità

* modelli scaricabili dal sito ASL: www.aslbrescia.it - Operatori – Medici delle cure primarie - Strumenti professionali

ASL di Brescia

Rete dei servizi riabilitativi

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

Stesura: Novembre 2007
1° aggiornamento: marzo 2008

Premessa

Il 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 modalita' 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.

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 proprio 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.

Per quanto riguarda la riabilitazione cardiologica, 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.

Il PRI/Pri possono essere redatti dagli specialisti Fisiatri e dagli specialisti di discipline affini ed equipollenti di cui ai DM 30/12/1998 e s.m.i e dal DM 31/07/ 2002

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 devono essere presentati dal paziente alla Struttura che eroga il trattamento in allegato all'impegnativa.

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

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

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-Geriatrica Di Mantenimento

Regimi di Degenza

Tempi previsti (giorni) _____

Ricovero Ordinario

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
