

Allegato 1

Dipartimento di riabilitazione polo sud (Livorno - Pisa)
UOC Gestione amministrativa anagrafe assistiti, protesica e riabilitazione motoria

**MODALITA' DI ACCESSO DAL TERRITORIO AI SERVIZI DI
RIABILITAZIONE MOTORIA ex art. 26 L.833/1978
PRESSO ISTITUTI CONVENZIONATI
Riabilitazione rivolta a residenti territorio AUSL Toscana Nord Ovest**

PRIMO INSERIMENTO

1A) Nel caso l'assistito sia indirizzato all'Istituto convenzionato da parte dei Medici fisiatra appartenenti al Dipartimento di riabilitazione aziendale, l'accesso prevede la *Proposta* del Medico fisiatra e, su tale base, la successiva redazione del *Progetto riabilitativo individuale* (PRI) da parte dell'Istituto. Proposta e PRI sono redatti sui moduli allegati, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente documento (all.A e all.B);

1B) quando l'assistito è indirizzato all'Istituto senza intervento da parte del Dipartimento di riabilitazione aziendale, l'accesso prevede la prescrizione da parte del Medico specialista di branca/Medico fisiatra, dipendenti del SSN, e la successiva redazione del PRI da parte dell'Istituto (modulo all. B);

2) in entrambi i casi, il PRI viene inoltrato dall'Istituto agli uffici preposti (agli indirizzi e con le modalità indicate dall'Azienda USL) ai fini della validazione sanitaria del Dipartimento di riabilitazione aziendale;

3) gli uffici inviano il PRI validato all'Istituto.

PROROGA DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Condizione essenziale per richiedere eventuali proroghe alla durata di trattamento prevista nel PRI è che sia concluso il precedente, cioè che siano stati effettuati tutti i trattamenti in esso autorizzati.

Ciò premesso, le proroghe seguono la procedura seguente:

- 1) predisposizione di un nuovo PRI da parte dell' Istituto sul modulo all. B;
- 2) validazione sanitaria: il PRI viene inoltrato dall'Istituto agli uffici preposti per la validazione/autorizzazione del Medico fisiatra;
- 3) gli uffici inviano il PRI validato all'Istituto.

CHIUSURA DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Alla chiusura del trattamento autorizzato, comprese le eventuali proroghe, l'Istituto consegna all'assistito la dimissione e ne invia copia agli uffici amministrativi del Dipartimento.


ALLEGATI

Allegato A - proposta
Allegato B - Scheda per attivazione percorso riabilitativo ex art. 26 L.833/1978

PROPOSTA di “Piano Riabilitativo Individuale”

indirizzato a _____

Segnaliamo l'utente:

Cognome _____ Nome _____ Sesso 

☐ M ☐ F

Data di nascita _____ Residenza _____

Numeri Tel./Cell. _____ // _____ //

Diagnosi _____ data evento ACUTO _____

Condizioni attuali

stato mentale attuale : *orientato* ☐ *confuso* ☐ *soporoso* ☐

punteggio SIC : _____

Note :

—

Capacità motorie residue

attività motoria degli AASS e AAIL _____

controllo del tronco da seduto : autonomo ☐ con appoggio ☐ assente ☐

passaggio seduto/eretto : autonomo ☐ assistito ☐

stazione eretta : possibile ☐ assente ☐

deambulazione : concessa ☐
con ausili ☐

Si richiede PRI in regime:

residenziale ☐ semiresidenziale ☐ ambul. complesso ☐ ambul. semplice ☐

per complessivi _____ accessi a frequenza _____

data _____

firma _____

Dipartimento di riabilitazione polo sud (Livorno - Pisa)
UOC Gestione amministrativa anagrafe assistiti, protesica e riabilitazione motoria

Scheda per attivazione percorso riabilitativo ex art. 26 L.833/1978

☐ PRIMO INSERIMENTO

☐ PROROGA dal _____

Cognome/Nome _____ nato/

a _____ il _____

residente a _____ via _____ tel _____

DIAGNOSI E DATA EVENTO ACUTO

ESAME, OBIETTIVO

PROGRAMMA TERAPEUTICO E RIABILITATIVO

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE

DATA PREVISTA CONCLUSIONE PROGRAMMA _____

Setting riabilitativo

Ambulatoriale individuale complesso n. _____

Ambulatoriale individuale semplice n. _____

Domiciliare n. _____

Semiresidenziale MDC 1 giorni n. _____

MDC 4 giorni n. _____

MDC 8 giorni n. _____

Residenziale MDC 1 giorni n. _____

MDC 4 giorni n. _____

MDC 8 giorni n. _____

Data _____

IL MEDICO FISIATRA (Firma e Timbro) _____

Autorizzazione n. _____ del _____

Preso atto di quanto sopra SI AUTORIZZA il trattamento riabilitativo in regime _____

presso la Struttura _____

IL MEDICO FISIATRA (Firma e Timbro) _____

Azienda USL Toscana nord ovest



Via Cocchi, 7
56100 - Pisa

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

P.IVA: 02198590503

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: SCARSELLI MARIA GABRIELLA

DATA FIRMA: 17/12/2019 16:48:41

IMPRONTA: 363535616462363836316431633338616233343435363631326632633434383866353662303361