

*Ref. K*

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 30 maggio 2002

Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

- L. BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:
- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
  - 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

**Modalità di abbonamento e punti vendita:**

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685074.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it)

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico previa registrazione on-line.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

## Riproduzione anastatica

### PARTE I

#### ATTI DI ENTI LOCALI

- ◆ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 maggio 2002, n. 557.

Assistenza sanitaria erogata in forma indiretta ..... Pag. 3
- ◆ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 maggio 2002, n. 583.

Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento. Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali ..... » 5
- ◆ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 17 maggio 2002, n. 623.

Approvazione «Bando per gli interventi a sostegno delle attività di promozione culturale e di spettacolo nella Regione Lazio per l'anno 2002» ..... » 87

**GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO**

oo

10 MAG. 2002

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL \_\_\_\_\_

=====

ADDI' **10 MAG. 2002** NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Giulio	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.  
.....OMISSIS

ASSENTI: ARACRI - IANNARILLI -

DELIBERAZIONE N° - 583 -

OGGETTO: Attività riabilitativa Estensiva e di Mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali



583 10 MAG. 2002

W



**OGGETTO:** Attività Riabilitativa Estensiva e di Mantenimento. – Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali.

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

### LA GIUNTA REGIONALE

**VISTA** la legge 23 dicembre 1978 n° 833, istitutiva del Servizio Sanitario Regionale e in particolare l'art.26 che prevede la possibilità di convenzionamento delle USL con apposite strutture per l'erogazione di " prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualsiasi causa ";

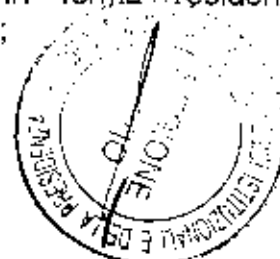
**VISTO** il decreto legislativo 30.12.1992 n° 502, così come modificato ed integrato dai decreti legislativi n° 517/93 e n° 229/99, relativo al riordino del Servizio Sanitario Nazionale che, fra l'altro individua la necessità di pervenire al regime di accreditamento delle strutture per l'erogazione di prestazioni assistenziali a carico del fondo sanitario nazionale;

il D.P.R. 14.1.97 con il quale viene approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, che individua, tra l'altro, i presidi che erogano prestazioni sanitarie specialistiche e sanitario – assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero;

**VISTA** la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, 8 novembre 2000 n. 328;

**VISTO** il DPR 3 maggio 2001 riguardante il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003;

il DPR 29 novembre 2001 relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e in particolare quelli riferiti alle attività riabilitative sanitarie e sociosanitarie rivolte alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare;



es

## VISTA

la delibera di Giunta regionale n° 398 del 15. 2. 2000 relativa ai criteri e le modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art. 26 legge 833/78;

la DGR del 19.12.2000 n° 2591 con la quale sono stati accreditati in via sperimentale i centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 legge 833/1978 ed è stato definito il sistema di remunerazione per l'anno 2001;

la DGR del 28.06.2001 n° 934 con la quale sono state modificate le tariffe per la remunerazione delle attività riabilitative estensive e di mantenimento erogate in regime non residenziale;

**CONSIDERATO CHE:** il nuovo sistema di accreditamento delle strutture erogatrici, basato sulla redazione del progetto riabilitativo individuale e sulla remunerazione collegata alla presa in carico dell'utente secondo la complessità assistenziale, richiede un tempo ulteriore di sperimentazione, necessario ad acquisire maggiori conoscenze circa la qualità delle prestazioni riabilitative erogate ed agli esiti dell'attività riabilitativa;

solo l'utilizzo di idonei strumenti operativi, individuati a livello regionale, può consentire, nell'anno 2002, la evidenziazione degli ulteriori elementi conoscitivi necessari a definire, a regime, il nuovo sistema di accreditamento delle strutture erogatrici delle attività riabilitative di che trattasi, e pertanto superare la fase sperimentale del loro accreditamento;

## RILEVATO

che la Direzione del Servizio Sanitario Regionale, con il supporto della apposita commissione regionale a suo tempo istituita ha definito:

lo schema tipo della cartella riabilitativa che dovrà essere adottata da tutte le strutture accreditate in via sperimentale per l'erogazione dell'attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento (all. 1);


- la composizione dell'équipe riabilitativa responsabile della redazione del progetto riabilitativo individuale (all. 2);
- gli standard dell'attività riabilitativa collegata ai diversi livelli di complessità assistenziale del progetto riabilitativo (all. 3);
- l'organico del personale a diretto contatto con i pazienti - riferito ad un modulo tipo di 60 pazienti - per le diverse tipologie assistenziali (all.4)

## RILEVATO

inoltre che la Direzione del S.S.R. e l'ASP hanno definito il flusso informativo specifico sulle attività di riabilitazione estensiva e di



Handwritten signature.

mantenimento (all. 5) contenente anche la scheda unica di prenotazione e lo schema da utilizzare per la redazione del progetto riabilitativo individuale da inviare alla ASL di residenza all'inizio del trattamento;

che i sopracitati strumenti necessitano di un periodo di sperimentazione durante il quale la Direzione del SSR, in collaborazione con l'ASP, potrà apportare le opportune integrazioni e variazioni;

**RILEVATO**

che le tariffe regionali individuate con DGR 2591/2000 per la remunerazione dell'attività riabilitativa estensiva e/o di mantenimento erogata in regime residenziale sono risultate sottostimate – in rapporto agli standard di attività e di personale determinati con il presente provvedimento – rispetto alla complessità assistenziale delle cure da garantire e ai connessi costi di produzione;

**RITENUTO**

pertanto di individuare le nuove tariffe dell'attività riabilitativa erogata in regime residenziale, (all. 6) prevedendo altresì due tariffe differenziate per il regime residenziale di mantenimento, a seconda della complessità assistenziale delle cure da garantire agli utenti, che entreranno in vigore dalla data di approvazione del presente provvedimento;

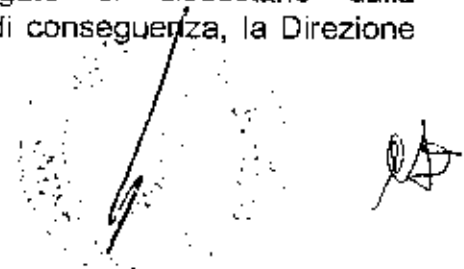
**RITENUTO CHE**

- per gli utenti con disabilità stabilizzate l'attività riabilitativa di mantenimento in regime non residenziale, di norma, possa essere erogata tramite cicli periodici di trattamento, con tempi di erogazione e di sospensione dell'attività riabilitativa certi e definiti, in relazione alla effettiva necessità riabilitativa dell'utente ed alle sue condizioni cliniche;
- debba essere confermato il contributo a favore dei convitti per sordomuti previsto dalla DGR 2591/2000, che viene definito nella misura di 8 milioni annui per utente;

**RILEVATO**

che, per quanto attiene l'anno 2001:

- la DGR 2591/2000 ha previsto un budget regionale per area assistenziale e un budget per soggetto erogatore in funzione cautelativa, nelle more della definizione a livello regionale degli strumenti di valutazione dell'attività, nell'anno di avvio del nuovo sistema operativo connesso alla remunerazione della presa in carico;
- dai dati di preconsuntivo emerge che tale funzione è stata sostanzialmente assolta, considerato che il valore economico delle prestazioni complessivamente erogate si discostano dalla previsione solo del 5% circa e che, di conseguenza, la Direzione



583

UW

SSR potrà procedere a dare direttive alle ASL per il completamento della fatturazione da parte dei soggetti erogatori;

RILEVATO CHE

nell'anno 2001 per i pazienti con disabilità stabilizzate assistiti in regime residenziale dichiarati gravi nel precedente sistema di remunerazione e per i quali è stato redatto un progetto riabilitativo individuale di mantenimento, la tariffa giornaliera stabilita si è rivelata non adeguata in considerazione della complessità dei casi e del rilevante impegno assistenziale da garantire;

RITENUTO

pertanto di dover riconoscere nei casi suddetti la tariffa giornaliera stabilita per l'attività riabilitativa estensiva, previo accertamento delle singole situazioni da parte della Direzione S.S.R.

PRESO ATTO che

- dai dati di attività dell'anno 2001 emerge altresì che le modalità operative connesse al sistema della presa in carico tramite progetto riabilitativo individuale, pur assicurando una assistenza più adeguata ai bisogni dell'utente, hanno lasciato irrisolto il problema dei numerosi pazienti che non hanno accesso rapido alle attività riabilitative;
- tale problema, anzi, ha assunto nel corso dell'anno 2001 un aspetto ancor più rilevante per la fascia dell'età evolutiva e per i disabili psichici, per effetto del budget di struttura, riferito per altro alle pregresse convenzioni;
- il sistema di finanziamento e di remunerazione così come definito per l'anno 2001, complessivamente considerato, non ha consentito l'accessibilità delle cure a tutti i cittadini che ne hanno fatto richiesta e ha accentuato il problema della domanda espressa, percepita come appropriata, ma non soddisfatta;



RILEVATO

infatti che:

- dall'analisi delle liste di attesa, messe a disposizione dalle strutture erogatrici, si è evidenziato un numero di circa 3.500 utenti che non hanno potuto ancora usufruire delle cure necessarie;
- circa 1000 degli utenti in lista di attesa hanno un'età inferiore ai 18 anni;

VISTO

il DPR 14 febbraio 2001- atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;

VISTA

la DGR 1042/2001 contenente le direttive regionali sull'integrazione socio sanitaria;

RITENUTO

che nell'anno 2002 sarà compito della Direzione SSR e della Direzione Interventi Socio Sanitari per la Qualità della Vita, in attuazione delle predette linee guida:

- definire le linee programmatiche dello sviluppo delle attività socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali necessarie alla lungo-assistenza dei disabili nel territorio della Regione Lazio, promuovendo in ciascun distretto la sperimentazione di strutture protette residenziali e semiresidenziali, ottenute dalla riconversione delle strutture erogatrici delle attività riabilitative di mantenimento;
- avviare il processo di riconversione delle strutture verso le tipologie più rispondenti ai reali bisogni delle persone in carico, definendo le modalità, gli strumenti ed i tempi di attuazione;
- definire il sistema di finanziamento delle attività riabilitative di mantenimento erogate in regime residenziale e semiresidenziale, individuando la quota parte degli oneri che graveranno sul fondo sanitario regionale e la quota parte a carico dell'utente o del fondo sociale;



RITENUTO,

quindi, nelle more degli interventi di cui al comma precedente, nell'anno in corso - 2° anno di sperimentazione del sistema - assumere come prevalente e pregiudiziale l'evidenziazione dei bisogni di assistenza riabilitativa extra ospedaliera nella loro complessità e globalità anche al fine di fare emergere la reale entità del fabbisogno di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale rispetto alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

RITENUTO,

a tal fine di dover soddisfare nell'anno in corso i bisogni di assistenza riabilitativa nella loro complessità socio-sanitaria senza vincoli di natura economica rinviando al 2003 i provvedimenti connessi alla compartecipazione alla spesa da parte degli utenti prevista dal DPR 29 novembre 2001 relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

ALL'UNANIMITÀ

DELIBERA



- Di approvare quanto riportato nelle premesse che forma parte integrante del presente deliberato.
- Di approvare l'allegato n. 1 relativo alla definizione della cartella riabilitativa;
- Di approvare l'allegato n. 2 relativo alla composizione dell'équipe riabilitativa;
- Di approvare l'allegato n. 3 relativo agli standard dell'attività riabilitativa collegata ai diversi livelli di complessità assistenziale del progetto riabilitativo;

583 10 MAG. 2002

*Ar*



Di approvare l'allegato n. 4 relativo alla dotazione organica del personale medico e di riabilitazione e del personale assistenziale a diretto contatto con gli utenti. I soggetti erogatori sono tenuti ad adeguare il personale in rapporto all'attività svolta, entro e non oltre 90 giorni dalla notifica del presente provvedimento;

- Di approvare l'allegato n. 5 relativo alla definizione del flusso informativo specifico sulle attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento.
- Di demandare all'ASP, a cui compete la responsabilità del flusso informativo e il coordinamento, la gestione e l'analisi dei dati, di emanare le direttive per l'attivazione, in tempi brevi, del sopra citato flusso. Nelle more dell'attivazione del flusso i soggetti erogatori sono tenuti alla presentazione del progetto riabilitativo redatto nella forma dell'all.5 - Scheda utente - Sez.A-B-C-D sia alla ASL di residenza dell'utente, sia alla ASL di ubicazione della struttura;
- Di approvare l'allegato 6 relativo alle tariffe dell'attività riabilitativa vigenti dall'entrata in vigore del presente provvedimento;
- I sopracitati allegati costituiscono parte integrante del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE  
IL SEGRETARIO: F.to Dott. Adolfo Papi



13 MAG. 2002



*Ar*



*W*

**CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA  
ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO**

CARTELLA N. ....

NOME CENTRO.....

CODICE STRUTTURA.....

ASL DI COMPETENZA.....

Cognome ..... Nome ..... Sesso .....

Luogo e data di nascita .....

Codice Fiscale ..... Codice Regionale .....

Residenza ..... Municipio ..... ASL..... Tel.....

Invalidità Civile: Richiesta

Riconosciuta  Percentuale

Accompagno

(in caso di riconoscimento allegare certificazione in copia)

Medico curante..... Tel.....

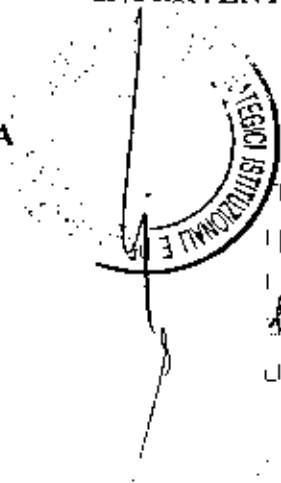
Referenti Familiari..... Tel.....

Servizio ASL di riferimento..... Tel..... Fax.....

**INTERVENTO RICHIESTO**

**MODALITÀ DI RICHIESTA**

- Medico di famiglia
- Specialista
- DSM
- Materno Infantile
- Altro



*Il presente Allegato 1  
costa di 25 pagine  
+ la legenda.*

*Il Direttore*  
*[Signature]*

*L'Assessore*  
*[Signature]*

## MODALITÀ D'INTERVENTO

Estensiva   
Mantenimento

## TIPOLOGIA ASSISTENZIALE

Residenziale   
Semiresidenziale   
Non residenziale:      ambulatoriale indiv.   
                                    ambulat. di gruppo   
                                    domiciliare

## DIAGNOSI (ICD 9CM)

n. giorni trascorsi dall'evento acuto

## DATI SOCIOSANITARI

Nazionalità .....

Lingua .....

Stato civile .....

Tutela legale .....

Scolarità .....

Professione .....

Pratica di sport pre-ricovero .....

Condizioni abitative .....

Condizioni socio-economiche .....

Destinazione alla dimissione .....

Insegnante di sostegno ( per età evolutiva) .....

Abitudini di vita ( Fumo, alcool, droghe etc.) .....

Allergie .....

Menarca ..... Gravidanze ..... Menopausa .....

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

.....

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: (descrizione della dinamica dell' evento acuto e delle procedure d' intervento attuate). (eventuali referti aperti o pratiche assicurative in atto)**

.....

**PROVENIENZA**

- Struttura Ospedaliera .....
- Struttura extra ospedaliera.....
- Domicilio.....

**TRATTAMENTI RIABILITATIVI NEGLI ULTIMI 12 MESI**                                **sì**                                 **no**

- 1. Se si specificarne la tipologia nei dettagli** .....
- 2. Strutture dove è avvenuto il trattamento** .....
- 3. Periodo di trattamento** .....
- 4. Obiettivi riabilitativi raggiunti** .....
- 5. Scala di valutazione Barthel Index %** .....
- 6. Altre eventuali scale utilizzate** .....

**ESAME OBIETTIVO GENERALE:**

( Schematico o Descrittivo)

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

**ESAME OBIETTIVO SPECIALISTICO:**

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

*[Handwritten signature]*

## TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

(eventuali controindicazioni)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ESAMI EMATOCHIMICI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ESAMI STRUMENTALI

DATA	TIPO ESAME	REFERTO

**DISABILITÀ COMPLESSIVA (ICIDI 2)**

	DESCRIZIONE	CODICE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

**DISABILITÀ OGGETTO DELL'INTERVENTO (ICIDH 2)**

	DESCRIZIONE	CODICE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

**LIVELLO DI GRAVITÀ DELLA/E DISABILITÀ OGGETTO DELL'INTERVENTO**

Scala di valutazione: Barthel Index ..... %

Altre scale .....

**PROGETTO RIABILITATIVO E PROGNOSE**  
(Scheda Infermieristica)

Paziente ..... Data .....

Diagnosi oggetto di intervento (ICIDH2).....  
.....

AREA	OBIETTIVO	OPERATORE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RAGGIUNGIBILITA' OBIETTIVO
Stabilità internistica (Omoeostasi metabolica, Infezioni, Decubiti)				Totale ..... <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Funzioni vitali di base (Sfinteri, Ventilazione, Nutrizione)				Totale ..... <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>

**IMPEGNO ASSISTENZIALE**

- Lieve
- Medio
- Elevato

L'operatore responsabile

.....

Il medico responsabile

.....



**VALUTAZIONE FUNZIONALE**  
**(INIZIO INTERVENTO)**

Data .....

Paziente .....

AREA DI INTERVENTO ..... Operatore ..... Qualifica .....

Valutazione funzionale .....

Scale di valutazione utilizzate e relativo punteggio .....

**Proposte operative**

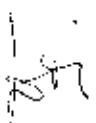
Obiettivi .....

Tempi previsti per il raggiungimento .....

Interventi proposti .....

Firma dell'operatore responsabile

.....





# PROPOSTA PROGETTO DELL'EQUIPE RIABILITATIVA

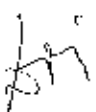
(iniziale)

[Il corpo principale della pagina è costituito da una serie di righe di testo estremamente sfocate e illeggibili, che sembrano essere una ripetizione di un modello o un errore di stampa.]

Firma operatori

Firma Medico Responsabile

Data



**ASPETTATIVE ASSISTITO**

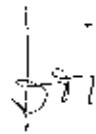
.....

Firma assistito .....

**ASPETTATIVE FAMILIARI**

.....

Firma del familiare referente .....



## OBIETTIVI E PROGRAMMA TERAPEUTICO

### A BREVE TERMINE

	Procedure	Modalità (frequenza)	Tempi d'esecuzione	Operatore responsabile
--	-----------	-------------------------	-----------------------	---------------------------

### A MEDIO TERMINE

	Procedure	Modalità	Tempi d'esecuzione	Operatore responsabile
--	-----------	----------	-----------------------	---------------------------

### A LUNGO TERMINE


	Procedure	Modalità	Tempi d'esecuzione	Operatore responsabile
--	-----------	----------	-----------------------	---------------------------

Il sottoscritto dichiara:  
di aver preso visione della proposta del programma  
riabilitativo su cui concorda e di non essere attualmente  
in trattamento presso altre strutture riabilitative accreditate

Firma del paziente

Il medico responsabile

Data .....



## INDICAZIONI PER L' ASSISTITO E/O LA FAMIGLIA

Data ... ..

Condivisione con i familiari

Firma ... ..

---

## INDICAZIONI PER LA SCUOLA

Data ... ..

Operatore contattato ... ..

---

## INDICAZIONI PER ALTRI OPERATORI

Data ... ..

Operatore contattato ... ..

Equipe riabilitativa:

Qualifica

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

Firma

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

Medico responsabile ... ..

# PROGETTO RIABILITATIVO E PROGNOSI

## Cartella Riabilitativa

Paziente..... Data.....

Disabilità.....

ARLIA	OBIETTIVO	OPERATORI	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RAGGIUNGIBILITA
				OBIETTIVO
Funzioni senso-motorie				Totale ..... Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Mobilità e trasferimenti				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Comunicazione e relazione				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Aspetti cognitivo-comportamentali				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Autonomia nelle cure personali				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Autonomia nelle attività quotidiane				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Reinserimento domiciliare				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Reinserimento sociale e lavorativo				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Dispositivi medici				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Ortesi, ausili protesii				Totale ..... <input type="checkbox"/> Parziale (.....%) <input type="checkbox"/>

### IMPEGNO RIABILITATIVO ASSISTENZIALE

Lieve

Medio

Elevato

### SCALE VALUTATIVE (INIZIO INTERVENTO)

Barthel Index .....

Altra/e scala/e di valutazione a discrezione degli operatori e valori rilevati

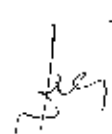
- .....
- .....
- .....

Data di presa in carico del paziente .....

Durata prevista dell'intervento .....

Gli operatori responsabili

Il Medico Responsabile.....



**VALUTAZIONE FUNZIONALE  
(DI VERIFICA)**

Data .....

Paziente .....

AREA DI INTERVENTO ..... Operatore ..... Qualifica .....

Valutazione funzionale .....

.....

.....

.....

.....

.....

Scale di valutazione utilizzate e relativo punteggio .....

.....

.....

.....

.....

Proposte integrative o sostitutive .....

.....

Obiettivi .....

.....

Tempi di realizzazione .....

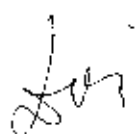
.....

Interventi proposti .....

.....

Firma dell'operatore responsabile

.....



# PROPOSTA PROGETTO DELL'EQUIPE RIABILITATIVA

(verifica intermedia)

[Il corpo principale del documento è costituito da una serie di linee di testo estremamente piccole e poco leggibili, che sembrano essere un rinvio o un testo generato automaticamente. Non è possibile trascriverne il contenuto.]

Firma operatori

Firma Medico Responsabile

Data.....



## AGGIORNAMENTO PROGRAMMA INTEGRATO

### A BREVE TERMINE

	Procedure	Modalità (frequenza)	Tempi d'esecuzione	Operatore responsabile
--	-----------	-------------------------	-----------------------	---------------------------

### A MEDIO TERMINE

	Procedure	Modalità	Tempi d'esecuzione	Operatore responsabile
--	-----------	----------	-----------------------	---------------------------

### A LUNGO TERMINE

	Procedure	Modalità	Tempi d'esecuzione	Operatore responsabile
--	-----------	----------	-----------------------	---------------------------

Il sottoscritto dichiara:  
di aver preso visione della proposta di integrazione del programma  
riabilitativo su cui concorda e di non essere attualmente  
in trattamento presso altre strutture riabilitative accreditate

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente

Il medico responsabile

.....  
Data.....





## INDICAZIONI PER L' ASSISTITO E/O LA FAMIGLIA

Data .....

Condivisione con i familiari

Firma .....

---

## INDICAZIONI PER LA SCUOLA

Data .....

Operatore contattato .....

---

## INDICAZIONI PER ALTRI OPERATORI

Data .....

Operatore contattato .....

Equipe riabilitativa:

Qualifica

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

Firma

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

Medico responsabile .....



## AGGIORNAMENTO PROGETTO RIABILITATIVO

Paziente ..... Data .....

AREA	OGGETTIVO	OPERATORE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RAGGIUNGIBILITÀ OGGETTIVO
Stabilità internistica (Omeostasi metabolica, Infezioni, Decubiti)				Totale ..... <input type="checkbox"/> parziale (.....%) ..
Funzioni vitali di base (Sfideri, Ventilazione, Nutrizione)				totale ..... parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Funzioni senso-motorie				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Mobilità e trasferimenti				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Comunicazione e relazione				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Aspetti cognitivo- comportamentali				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Autonomia nelle cure personali				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) ..
Autonomia nelle attività quotidiane				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Reinserimento domiciliare				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Reinserimento sociale e lavorativo				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Dispositivi medici				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>
Ausili, ortesi, Protesi				totale <input type="checkbox"/> parziale (.....%) <input type="checkbox"/>

Gli operatori responsabili

.....  
.....

Firma medico responsabile

.....

*[Handwritten signature]*





# VALUTAZIONE FUNZIONALE

(Finale)

Data .....

Paziente .....

AREA DI INTERVENTO..... Operatore..... Qualifica.....

Valutazione funzionale .....

Scale di valutazione utilizzate e relativo punteggio.....

Proposte future.....

Obiettivi.....

Tempi di realizzazione.....

Interventi proposti.....

Firma dell'operatore responsabile

.....



## DIMISSIONI D'EQUIPE

.....

### GLI OPERATORI RESPONSABILI

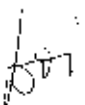
.....

### IL MEDICO RESPONSABILE

.....

### IL PAZIENTE

.....



# RELAZIONE DI DIMISSIONE

Data .....

Cognome e Nome .....

Luogo e data di nascita .....

Diagnosi ICD9CM .....

## DISABILITÀ OGGETTO DELL'INTERVENTO (ICIDH 2)

	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

## DISABILITÀ A FINE INTERVENTO (ICIDH 2)

	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

- % Barthel Index ..... Ingresso ..... Dimissione .....
- Altre ..... Ingresso ..... Dimissione .....

Durata trattamento: Dal ..... Al .....

Regime :      Residenziale      Semiresidenziale      Non residenziale

Tipologia delle prestazioni riabilitative effettuate .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Frequenza e durata degli interventi effettuati .....

Numero di interventi complessivi .....

## OBIETTIVI RAGGIUNTI

AREA	OBIETTIVO	RISULTATI PREVISTI	RISULTATI RAGGIUNTI
Stabilità internistica (Omeostasi metabolica, Infezioni, Decubiti)		Totale ..... II parziale (.....%) III	Totale ..... parziale (.....%) III
Funzioni vitali di base (Sfinteri, Ventilazione, Nutrizione)		totale .. parziale (.....%) -	totale II parziale (.....%) III
Funzioni senso-motorie		totale II parziale (.....%) III	totale .. parziale (.....%) III
Mobilità e trasferimenti		totale II parziale (.....%) III	totale II parziale (.....%) III
Comunicazione e relazione		totale .. parziale (.....%) -	totale II parziale (.....%) III
Aspetti cognitivo- comportamentali		totale .. parziale (.....%) -	totale II parziale (.....%) III
Autonomia nelle cure personali		totale II parziale (.....%) III	totale II parziale (.....%) III
Autonomia nelle attività quotidiane		totale II parziale (.....%) III	totale II parziale (.....%) III
Reinserimento domiciliare		totale II parziale (.....%) III	totale II parziale (.....%) III
Reinserimento sociale e lavorativo		totale .. parziale (.....%) -	totale II parziale (.....%) III
Dispositivi medici		totale .. parziale (.....%) -	totale II parziale (.....%) III
Ausili Ortesi, Protesi		totale .. parziale (.....%) -	totale II parziale (.....%) III

Obiettivi non perseguiti .....

Motivazione .....

Prognosi riabilitativa .....

Terapia medica alla dimissione .....

Prospettive future .....

Controlli successivi

Dimissione                      Domicilio                      Trasferimento .....

Soddisfazione del paziente:      Insufficiente      Sufficiente      Buono      Ottimo

Data .....

Il Medico Responsabile .....

*[Handwritten signature]*



## INDICAZIONI FINALI PER L' ASSISTITO E/O LA FAMIGLIA

Data .....

Condivisione con i familiari

Firma .....

---

## INDICAZIONI PER LA SCUOLA

Data .....

Operatore contattato .....

---

## INDICAZIONI PER ALTRI OPERATORI

Data .....

Operatore contattato .....

Equipe riabilitativa:

Qualifica

.....

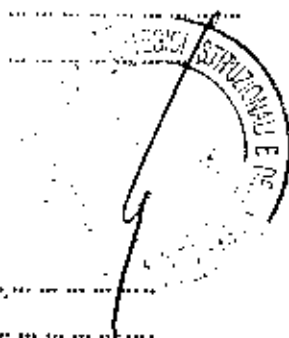
.....

.....

.....

Firma

Medico responsabile .....



## LEGENDA CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA

Pagina	Titolo	Suggerimento
1	MODALITÀ DI RICHIESTA	Si riferisce al prescrivente. Sezione C punto 15 del SIAR
2	SCOLARITÀ	Indicare il titolo di studio conseguito. Sezione B punto 7 del SIAR
	CONDIZIONI ABILITATIVE	Indicare una delle voci individuate nella Sezione C punto 16 del SIAR
	CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE	Indicare una delle voci individuate nella Sezione B punto 8 del SIAR
	INSEGNANTE DI SOSTEGNO	Indicare SÌ o NO
3	PROVENIENZA	Indicare una delle voci individuate nella Sezione C punto 15 del SIAR
6	DISABILITÀ COMPLESSIVA	Indicare preferibilmente solo 3 Codici ICIDH 2. (Sezione D punto 24 del SIAR)
	DISABILITÀ OGGETTO INTERVENTO	Indicare preferibilmente solo 5 Codici ICIDH 2. (Sezione D punto 25 del SIAR). Escludendo i codici eventualmente previsti alla Scheda Infermieristica. (Pagina 7 della Cartella Riabilitativa)
8	AREA DI INTERVENTO	Indicare se possibile voci riconducibili alle tipologie di prestazioni previste alla Sezione D punto 29 del SIAR
11	PROCEDURE	Indicare le voci previste alla Sezione D punto 29 del SIAR
	MODALITÀ	Indicare il tipo ed il numero di accessi previsti (es. 5 seduta PKT, 2 colloqui, 1 G.U. ecc.)
	TEMPI D'ESECUZIONE	Indicare il numero di ore previste
12	EQUIPE RIABILITATIVA	Indicare le voci previste alla Sezione E punto 38 del SIAR
13	DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO	Indicare il numero dei giorni di calendario di validità del progetto
14	VERIFICA	Utilizzare le stesse voci utilizzate a pagina 8 della cartella riabilitativa
16	AGGIORNAMENTO	Utilizzare solo in caso di variazioni che non alterano l'assetto complessivo del progetto riabilitativo. In caso contrario chiudere il progetto e predisporre un altro più consoni
19	DIARIA	Data, breve relazione dell'intervento, nome/i operatore/i
20	CONSULENZE	Utilizzare per consulenze integrative non previste dal progetto e quindi non esposte a pagina 19 (DIARIA) della cartella riabilitativa
21	VALUTAZIONE FINALE - AREA INTERVENTO	Utilizzare assolutamente le voci già previste a pagina 8 della cartella riabilitativa
	INTERVENTI PROPOSTI	Eventuali prescrizioni di self training, controlli periodici ecc.
23	RELAZIONE DI DIMISSIONE	Utilizzare gli stessi codici individuati in apertura con i qualificatori rilevati in dimissione
	TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EFFETTUATE	Indicare le voci previste alla Sezione E punto 33 del SIAR

**N.B. :** lo schema della cartella è estensibile in relazione alla specificità della singola struttura ed alla complessità dei casi ; possono essere quindi inserite più schede.  
 Gli spazi a disposizione di ogni singola voce non sono rigidi.



*[Handwritten signature]*

583  
DEL 10 MAG. 2002

Allegato 2

### **Equipe riabilitativa**

L'Equipe riabilitativa è costituita dagli operatori sanitari, che operano nel servizio di riabilitazione, coordinati dal medico responsabile della struttura.

Essa ha il compito di:

- elaborare il progetto riabilitativo individuale,
- definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutarli i risultati ottenuti.

L'Equipe riabilitativa è l'espressione di diverse professionalità, ognuna delle quali assume un ruolo importante nell'organizzazione del percorso integrato socio-sanitario, favorendo la connessione tra programmi di intervento sanitario e interventi sociali che, orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, amplificano e rinforzano l'intervento riabilitativo, consentendo l'inserimento e il reinscrimento del disabile nei diversi cicli di vita sociale e il miglioramento della sua qualità della vita (Linee Guida per le Attività di Riabilitazione G.U. 30.05.98).

Il confronto tra professionalità diverse rappresenta, inoltre, per gli operatori un'importante opportunità per mettere in discussione il proprio operato e per arricchire, nello scambio con gli altri, il proprio bagaglio culturale.

### **Composizione equipe riabilitativa**

Si ritiene di estrema importanza individuare le figure professionali che intervengono direttamente nella formazione dell'equipe riabilitativa, nell'assistenza di tipo estensivo, operando una distinzione sostanziale, in relazione alle aree di intervento: età evolutiva ed età adulta.

Si evidenzia anche che ogni struttura erogatrice deve correlare la presenza della tipologia del personale specialistico dell'equipe alle caratteristiche della disabilità

I componenti dell'equipe riabilitativa, per la modalità estensiva di tipo residenziale o semiresidenziale per l'età evolutiva, sono stati individuati in:

- Neuropsichiatra infantile;
- Fisiatra
- Psicologo
- Professionisti sanitari della riabilitazione (terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, fisioterapisti, TdR, logopedisti, Terapisti Occupazionali, Educatore professionale, etc.)
- Assistente Sociale
- Responsabile personale infermieristico
- Consulenti eventualmente necessari (Medici specialisti, altre professioni sanitarie, Tecnico ortopedico).



*[Handwritten signature]*

Per l'età adulta, nel settore estensivo residenziale o semiresidenziale, il team riabilitativo sarà così composto:

- Fisiatra
- Psicologo
- Professionisti sanitari della riabilitazione (Fisioterapisti e TdR, logopedisti, Terapisti Occupazionali, etc.)
- Assistente Sociale
- Responsabile personale infermieristico
- Consulenti eventualmente necessari (Medici specialisti, altre professioni sanitarie, Tecnico ortopedico).

I componenti dell'equipe per la formula non residenziale (ambulatorio e domicilio) sono:

- Fisiatra, Neurologo, Neuropsichiatra infantile (per le attività riabilitative rivolte all'età evolutiva) o medico Responsabile specialista previsto da normativa vigente
- Professionisti sanitari della riabilitazione ( Fisioterapisti, TdR, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, Terapisti Occupazionali, etc.)
- Psicologo
- Assistente sociale
- Consulenti (Medici specialisti, o altre professioni sanitarie, Tecnico ortopedico)



*Ar*

*R. C. di*

Assessment  
 DEL 10 MAG. 2002

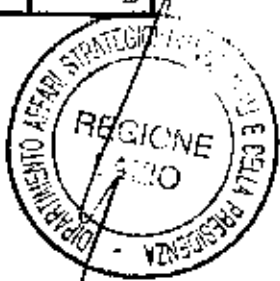
583

W

Allegato 3

STANDARD DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA COLLEGATA A LIVELLI DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

TIPOLOGIA	MODALITA'	IMP. ASS. LE	Minuti settimana per paziente			Accessi settimana per paziente
			ASSISTENZA (O.T.A)	PERSONALE Riabilitazione	MEDICI	
RESIDENZIALE	ESTENSIVA	UNICO	612	552	96	11
	MANTENIMENT	ELEVATO	612	468	96	9
SEMIRESIDENZIALE	ESTENSIVA	ELEVATO	648	40	66	2
		MEDIO	252	540	66	10
	MANTENIMENT	MEDIO	216	360	66	7
		LIEVE	252	288	66	6
NON RESIDENZIALE	MANTENIMENT	ELEVATO	216	324	66	7
		MEDIO	216	234	60	5
		LIEVE	180	198	60	4
NON RESIDENZIALE	ESTENSIVA	ELEVATO		468	126	10
		MEDIO		270	60	6
		LIEVE		126	18	2
NON RESIDENZIALE	MANTENIMENT	ELEVATO		270	60	6
		MEDIO		225	60	5
NON RESIDENZIALE	MANTENIMENT	LIEVE		81	30	2



**N.B.**

Per accesso si intendono tutte le attività con finalità riabilitative-assistenziali dedicate al disabile previste dal progetto e riguardanti tutti gli interventi in presenza e/o assenza del disabile.  
 L'unità di misura per ogni accesso è quantificabile in 60 min.

*[Handwritten signature]*

ALLEGATO 4  
DEL 10 MAGGIO 2002

583

*W*

Allegato 4

ORGANICO DEGLI OPERATORI A DIRETTO CONTATTO CON I PAZIENTI PER MODULI DI 60 PAZIENTI

REGIME ASS.LE	Modalità	Imp. Assistite	Medico Resp	Med. Spec. sili	Tec. Laureati	D.A. l o sim.	Inf. profes. Il	Terap/Educo	T.A. o sim
Residenziale	Estensivo	Unico	36 h/sett	60 h/sett	36 h/sett	1 a 36h/s	5 a 36/h	10 a 36/h	17 a 36/h
	Mantenime	Elevato	36 h/sett	60 h/sett	36 h/sett	0	6 a 36/h	6 a 36/h	17 a 36/h
Semiresidenziale	Estensivo	Medio	36 h/sett	30 h/sett	0	0	6 a 36/h	4 a 36/h	18 a 36/h
		Elevato	36 h/sett	30 h/sett	36 h/sett	1 a 36h/s	3 a 36/h	10 a 36/h	7 a 36/h
	Mantenime	Medio	36 h/sett	30 h/sett	36 h/sett	0	2 a 36/h	7 a 36/h	6 a 36/h
		Elevato	36 h/sett	30 h/sett	36 h/sett	0	2 a 36/h	5 a 36/h	7 a 36/h
Non Residenziale	Estensivo	Medio	36 h/sett	30 h/sett	36 h/sett	0	2 a 36/h	4 a 36/h	6 a 36/h
		Elevato	36 h/sett	30 h/sett	36 h/sett	0	2 a 36/h	6 a 36/h	6 a 36/h
	Mantenime	Medio	30 h/sett	30 h/sett	18 h/sett	0	2 a 36/h	3 a 36/h	5 a 36/h
		Elevato	30 h/sett	60 h/sett	36 h/sett	0	0	12 a 36/h	0
	Mantenime	Medio	30 h/sett	30 h/sett	18 h/sett	0	0	7 a 36/h	0
		Elevato	30 h/sett	30 h/sett	18 h/sett	0	0	3 a 36/h	0
Mantenime	Medio	30 h/sett	30 h/sett	18 h/sett	0	0	7 a 36/h	0	
	Elevato	30 h/sett	30 h/sett	18 h/sett	0	0	6 a 36/h	0	
Mantenime	Medio	30 h/sett	30 h/sett	9 h/sett	0	0	2 a 36/h	0	
	Elevato	30 h/sett	0	9 h/sett	0	0	2 a 36/h	0	

Nota Bene:  
I dirigenti di Area infermieristica, gli infermieri professionali, i terapeuti della riabilitazione e gli educatori possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il numero complessivo del monte ore previsto sia rigidamente rispettato



*Handwritten mark*

*Handwritten signature*

583  
ALL. ....  
DEL 1 MAG. 2002 W

Il presente allegato 5  
consta di n. 42 pagine

Allegato 5

Il Direttore  
*[Signature]*

L'Assessore  
*[Signature]*

S.I.A.R.

“Sistema Informativo per l’Assistenza Riabilitativa”



*[Faint handwritten marks]*



Agenzia di  
Sanità Pubblica



Regione Lazio



**S.I.A.R.**

**"Sistema Informativo  
per l'Assistenza Riabilitativa"**

marzo 2002



## INDICE

<b>Descrizione del Sistema Informativo</b>	<b>pag. 2</b>
<b>Guida alla compilazione della scheda utente</b>	<b>pag. 9</b>
<b>Scheda utente</b>	<b>pag. 24</b>
<b>Scheda valutazione capacità funzionali di base</b> <i>[Indice di Barthel]</i>	<b>pag. 32</b>
<b>Scheda valutazione aspetto cognitivo</b> <i>[Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.)]</i>	<b>pag. 35</b>
<b>Scheda valutazione aspetti sensoriali e di comunicazione</b> <i>[modificata da S.VA.M.A.]</i>	<b>pag. 36</b>
<b>Scheda rilevazione "Persone in Lista d' Attesa"</b>	<b>pag. 37</b>
<b>Scheda rilevazione "Personale"</b>	<b>pag. 38</b>
<b>Scheda rilevazione "Dati di Struttura"</b>	<b>pag. 39</b>

## Descrizione del Sistema Informativo

### 1. Premessa

L'offerta riabilitativa è rappresentata da un insieme di interventi assistenziali notevolmente differenziati in funzione del diverso grado e natura della disabilità. Essa varia da interventi riabilitativi intensivi ad elevata complessità organizzativa e tecnologica, a quelli estensivi, ad altri definiti di "mantenimento" nei quali può essere rilevante la componente di riabilitazione sociale. I percorsi di cura quindi possono coprire aree differenti, molto spesso non integrate fra loro: reparti di riabilitazione post-acuzie, reparti di lungodegenza, strutture riabilitative accreditate residenziali, semi-residenziali e non residenziali, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), servizi per l'assistenza domiciliare nonché servizi territoriali specificatamente dedicati all'età evolutiva. Non esiste attualmente nel Lazio alcun sistema in grado di valutare in modo organico l'insieme di questa offerta riabilitativa e che sia impostato sulla conoscenza dei bisogni di salute della popolazione con disabilità. L'obiettivo quindi da porsi, a medio termine, nei prossimi anni è di realizzare un sistema informativo per tutta l'area dell'offerta riabilitativa che produca informazioni utili alla programmazione di una rete funzionalmente collegata di strutture con caratteristiche e competenze differenti.

Se questo è il traguardo finale, risulta però necessario acquisire, in tempi più brevi, informazioni epidemiologiche su settori assistenziali specifici riguardo l'offerta riabilitativa. Le strutture di riabilitazione sperimentalmente accreditate appaiono, attualmente, quelle più idonee per organizzare una attività sistematica di raccolta dati.

Relativamente alle attività riabilitative estensive e di mantenimento la DGR n. 398/2000 definisce i contenuti informativi necessari al loro monitoraggio e demanda all'Agazia di Sanità Pubblica (ASP) la progettazione e gestione del relativo Sistema Informativo (SI).

In relazione a quanto sopra, nel presente documento vengono presentati i contenuti e la struttura del Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (S.I.A.R.) specificatamente rivolto a questa tipologia di servizi e strutture.

Si fa presente che la proposta in oggetto scaturisce dall'attività del gruppo di lavoro appositamente costituito presso l'ASP i cui componenti partecipano anche ai lavori della Commissione Regionale sulla Riabilitazione.

Tutti i dati sensibili del SIAR saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

## 2. Obiettivi

Il Sistema Informativo mira alla condivisione delle informazioni tra Dipartimento del Servizio Sanitario Regionale, Agenzia di Sanità Pubblica, Aziende Sanitarie Locali e soggetti erogatori.

Il sistema dovrà rispondere alle seguenti funzioni:

- monitoraggio dell'attività erogata nei vari regimi assistenziali,
- analisi del volume delle prestazioni,
- valutazioni di tipo epidemiologico sulle caratteristiche dell'utenza e sui modelli di trattamento,
- valutazione longitudinale dell'utenza nella sua storia assistenziale riabilitativa,
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito,
- supporto alla attività di remunerazione delle prestazioni riabilitative (valorizzazione degli oneri dei singoli progetti riabilitativi),
- monitoraggio dell'appropriatezza, della qualità e dell'efficacia degli interventi attuati dai vari soggetti assistenziali.

Per le ASL di residenza dell'utente il sistema informativo consente anche lo svolgimento delle funzioni:

- di valutazione del progetto riabilitativo individuale;
- di presa in carico delle esigenze dei cittadini disabili per garantire la continuità dei percorsi assistenziali e la promozione e/o il coordinamento della rete dei servizi socio sanitari territoriali.

Il SIAR, inoltre, si propone come strumento ad uso delle Aziende Sanitarie Locali, sia di residenza dell'utente che di competenza territoriale della struttura erogatrice, per la programmazione, gestione e valutazione delle attività rivolte alla popolazione disabile (analisi dei bisogni, della domanda/offerta,..).

## 3. Area di interesse

Sono oggetto di rilevazione da parte del SIAR le attività erogate agli utenti già in carico alle strutture di riabilitazione accreditate sperimentalmente nei diversi regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare). La definizione di *presa in carico globale* prevede l'insieme delle attività, svolte in modo multidisciplinare-integrato, riferite alle varie fasi del progetto riabilitativo: valutazione iniziale dell'utente, definizione-realizzazione del progetto riabilitativo, valutazione conclusiva. Pertanto, sono escluse dalla rilevazione le attività di assistenza specialistica di cui al D.M. 22.07.1996 e successive modifiche e integrazioni (attività erogate in regime ambulatoriale per la riabilitazione di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie).

## 4. Metodologia

Il SIAR si basa sulla rilevazione di un insieme minimo di informazioni per ogni soggetto in carico alla struttura erogatrice mediante la compilazione di una scheda-utente (v. pag. 24) composta di 6 sezioni:

- sezione A - Anagrafica del soggetto e del progetto:* rileva informazioni generali sul soggetto e sul progetto;
- sezione B - Caratteristiche individuali:* copre informazioni relative alle caratteristiche individuali dell'utente;
- sezione C - Modalità di accesso, storia riabilitativa:* fornisce informazioni relative alle modalità di accesso alla struttura ed alla storia riabilitativa dell'utente;
- sezione D - Valutazione iniziale:* copre informazioni relative alla valutazione iniziale dell'utente;
- sezione E - Progetto riabilitativo:* fornisce informazioni sulla realizzazione del progetto riabilitativo individualizzato;
- sezione F - Conclusione del progetto:* dà informazioni sulla conclusione del progetto riabilitativo realizzato.

Le diagnosi di malattia e gli altri problemi di salute devono essere indicati con i codici della versione italiana della *International Classification of Diseases -9th revision- Clinical Modification - ICD9-CM* (Ministero della Sanità - 1997) mentre le disabilità vanno codificate utilizzando l'*ICIDH-2 - Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità - Organizzazione Mondiale della Sanità - versione integrale Bozza Beta-2, Erickson 2000*, fino al recepimento della versione italiana dell'*ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health, Organizzazione Mondiale della Sanità*.

La valutazione del profilo di autonomia dell'utente in carico deve essere effettuata facendo ricorso agli stessi strumenti standardizzati di valutazione. In considerazione della numerosità e diversità degli stessi, il gruppo di lavoro ha effettuato un rapido esame della letteratura sull'argomento, ha preso visione degli strumenti utilizzati presso alcune strutture riabilitative nonché delle direttive emanate da altre Amministrazioni regionali circa l'utilizzo di detti strumenti presso le strutture di competenza.

Pertanto, per consentire la comparazione dei dati in sede di elaborazione ed analisi, si ritiene opportuno che tutte le strutture erogatrici esplorino i diversi ambiti utilizzando gli strumenti di seguito indicati:

- 1) *l'Indice di Barthel per la valutazione delle capacità funzionali di base;*
- 2) *lo Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.) per la valutazione dell'aspetto cognitivo;*
- 3) *la scheda modificata da S.V.A.M.A. Regione Veneto per la valutazione degli aspetti sensoriali e di comunicazione.*

In riferimento a quest'ultima si ritiene opportuno, in prospettiva, cercare di individuare uno strumento più completo e validato di quello temporaneamente adottato per la valutazione di questo aspetto, non tanto in una disabilità specifica ma in quegli utenti in cui tali menomazioni possono aggiungersi, aggravandola, alla patologia di base.

Consapevoli della non esaustività delle informazioni derivanti dall'applicazione dei suddetti strumenti, il gruppo di lavoro ritiene altresì utile che le strutture erogatrici adottino anche uno strumento di valutazione in relazione alle specifiche disabilità trattate ed alle esperienze maturate dagli operatori.

Si precisa che le stesse devono, comunque, indicare la Scala di valutazione utilizzata, onde consentire il monitoraggio del fenomeno nel corso del primo anno di attivazione del SI finalizzato alla promozione/partecipazione al dibattito scientifico sull'uso degli strumenti di valutazione multidimensionale in ambito regionale.

Ogni struttura erogatrice attiva con proprie risorse il sistema di rilevazione e invia (v. *flusso pag. 8*):

- all'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'utente, all'atto dell'elaborazione del singolo progetto riabilitativo, le informazioni di cui alle **Sezioni A, B, C, D** della scheda-utente;
- all'Agenzia di Sanità Pubblica, trimestralmente, le informazioni relative alle seguenti tipologie di utenti:
  - utente che nel trimestre di riferimento ha avviato e non concluso il progetto riabilitativo (**Sezioni A, B, C, D**);
  - utente che nel trimestre di riferimento ha avviato e concluso il progetto riabilitativo (**Sezioni A, B, C, D, E, F**);
  - utente che nel trimestre di riferimento ha concluso il progetto riabilitativo avviato nel trimestre precedente (**Sezioni A, E, F**).

Successivamente, previo controllo della qualità dei dati trasmessi dai soggetti erogatori, l'ASP invia alle ASL (Sistema Informativo Aziendale), semestralmente, i *file* contenenti:

- i record degli utenti **residenti** (indipendentemente da dove viene effettuato il trattamento);
- i record degli utenti **in carico** presso le strutture erogatrici che insistono nell'ambito territoriale della ASL (indipendentemente dalla residenza dell'utente).

L'attivazione del SI è preceduta da una fase sperimentale nella quale saranno valutate la rispondenza e fattibilità del sistema proposto. Questa fase potrebbe essere organizzata secondo la seguente modalità:

- al tempo 0 (data di attivazione del SI) sono inviati i dati individuali delle persone in carico alle strutture riabilitative.

L'insieme di informazioni richieste potrà essere suscettibile di integrazioni e/o ampliamenti conseguenti alla qualità dei dati raccolti ed aggiornamenti e/o revisioni negli strumenti standardizzati di classificazione e valutazione.

#### Alcune indicazioni operative per la compilazione della scheda utente

Ciascun utente dovrà avere una scheda aperta fintanto che non sarà concluso il progetto riabilitativo.

**Si procede a chiusura e riapertura** del progetto riabilitativo, e quindi della scheda-utente, nel caso di:

- *cambiamento di residenza dell'utente* nel corso dell'erogazione delle attività previste dal progetto,

- *passaggio ad altro regime assistenziale e/o impegno riabilitativo-assistenziale* (nell'ambito della stessa struttura erogatrice) a seguito di nuova valutazione.

**Costituisce causa di chiusura** del progetto riabilitativo (e della relativa scheda-utente):

- l'effettiva conclusione del progetto,
- il trasferimento in altra struttura/servizio,
- l'abbandono del progetto,
- la chiusura non programmata del progetto,
- il decesso.

I periodi di assenza degli utenti dalla struttura erogatrice sono disciplinati in relazione al nuovo sistema di remunerazione delle attività riabilitative di cui alla DGR n. 934/2001 e, pertanto, ai fini della rilevazione si procederà così come di seguito indicato:

- 1) per i pazienti in trattamento *residenziale nella tipologia riabilitazione estensiva* il ricovero ospedaliero in acuzie comporta la sospensione del progetto riabilitativo e quindi la chiusura della scheda-utente;
- 2) per i pazienti in trattamento *residenziale nella tipologia riabilitazione estensiva* il ricovero ospedaliero programmato, per procedure non altrimenti eseguibili e previste nel progetto riabilitativo, comporta la decurtazione del 20% della remunerazione giornaliera per i primi due gg. e del 40% per gli eventuali giorni successivi: il progetto riabilitativo rimane attivo (scheda-utente aperta);
- 3) per i pazienti in trattamento *residenziale nella tipologia riabilitazione di mantenimento* il ricovero in ospedale per acuti comporta una decurtazione del 20% della remunerazione giornaliera: il progetto riabilitativo rimane attivo (scheda-utente aperta);
- 4) per i pazienti in trattamento *residenziale nella tipologia riabilitazione di mantenimento* il rientro in famiglia per brevi periodi non superiori complessivamente nell'anno a 30 giorni non comporta né variazioni nella durata del progetto né decurtazioni alla remunerazione: il progetto rimane attivo (scheda-utente aperta);
- 5) per i pazienti in trattamento *semiresidenziale e non residenziale (ambulatoriale, domiciliare ed extramurale)* l'assenza superiore a 7 giorni continuativi comporta la sospensione del progetto riabilitativo e quindi la chiusura dello stesso. Le assenze, invece, che non incidono sul progetto sono remunerate con la riduzione del 20% della tariffa giornaliera prevista: il progetto rimane attivo (scheda-utente aperta).

In relazione a quanto sopra le assenze per ricovero in Ospedale per acuti e le assenze temporanee dalla struttura vanno registrate nella sezione E della scheda-utente.

## **5. "Lista d'attesa"**

Il gruppo di lavoro prendendo in esame la problematica delle "liste di attesa" ha ritenuto utile proporre l'adozione di una scheda di rilevazione da integrare nel SIAR (v. scheda *Personale in Lista d'Attesa* – pag.37).

La scheda, finalizzata all'acquisizione di alcune informazioni elementari sulla patologia riferita dall'utente e sulla tipologia dell'intervento richiesto, deve essere compilata dalla struttura erogatrice ed inviata all'ASP trimestralmente onde consentire la valutazione del fenomeno, ferma restando la gestione della stessa alle singole strutture erogatrici.

## **6. Dati di struttura e personale**

Per completezza delle informazioni il gruppo di lavoro ritiene di dover acquisire, nella fase di sperimentazione, dati minimi relativamente alle strutture ed al personale ivi operante per cui sono state predisposte due apposite schede di rilevazione (v. schede: *Personale e Dati di Struttura* – pagg.38-39).

Successivamente i dati di cui sopra afferiranno ad altro flusso informativo.

**SOGGETTO  
EROGATORE**

Sezioni A+B+C+D



Invio a inizio trattamento

A.S.L. di residenza dell' utente

\*  
Sezioni A+B+C+D



Invio trimestrale

\*\*  
Sezioni A+B+C+D+E+F



A.S.P.

Invio semestrale



A.S.L. competenza  
territoriale struttura



D.S.R.R.

\*\*\*  
Sezioni A+E+F



**"FLUSSO INFORMATIVO"**

\* Utente che ha avviato, e non concluso, il progetto riabilitativo nel trimestre di riferimento

\*\* Utente che ha avviato e concluso il progetto riabilitativo nel trimestre di riferimento

\*\*\* Utente che ha concluso nel trimestre di riferimento il progetto riabilitativo avviato nel trimestre precedente



# Guida alla compilazione della scheda-utente

## 1. Parte generale

La guida si propone di agevolare e rendere omogenea la compilazione della scheda di rilevazione delle informazioni relative agli utenti in carico alle strutture di riabilitazione sperimentalmente accreditate.

La scheda non sostituisce la cartella clinica ma ne rappresenta un riepilogo sintetico.

Essa, per ogni utente in carico, raccoglie informazioni minime sulle caratteristiche personali, cliniche nonché relativamente al contesto sociale e si articola in 6 sezioni, di seguito descritte dettagliatamente:

**SEZIONE A.** Anagrafica del soggetto e del progetto

**SEZIONE B.** Caratteristiche individuali

**SEZIONE C.** Modalità di accesso, storia riabilitativa

**SEZIONE D.** Valutazione iniziale

**SEZIONE E.** Progetto riabilitativo

**SEZIONE F.** Conclusione del progetto

## 2. Criteri generali di rilevazione e codifica

Alcune modalità di codifica si ripetono in modo trasversale in più sezioni perciò sono state considerate in modo complessivo.

⚡ Le date devono sempre essere riportate nel formato gg/mm/aaaa

Ad esempio: 12.03.2002 deve essere riportato come: 1|2| 10|3| 2|0|0|2|

⚡ In alcune variabili compare la dizione "altro, specificare". In caso di compilazione di questa voce, occorre sempre specificare (campo aperto).

### 3. Descrizione analitica delle Sezioni

#### Sezione A. Anagrafica del Soggetto e del Progetto

◀ La sezione raccoglie informazioni generali sul soggetto e sul progetto riabilitativo individualizzato:

- 1) **Codice Fiscale** - indicare il codice fiscale dell'utente, 16 caratteri.
- 2) **Codice Struttura** - indicare il codice numerico attribuito alla struttura dalla Regione, 6 caratteri.
- 3) **Cartella Utente** - indicare il numero progressivo attribuito alla cartella clinica dell'utente, con precisazione dell'anno di riferimento. Per l'anno utilizzare 4 caratteri.
- 4) **Data inizio progetto riabilitativo** - indicare la data completa di inizio del progetto riabilitativo.
- 5) **Regime assistenziale** - indicare il regime assistenziale per il quale l'utente è preso in carico: Residenziale, Semiresidenziale, Non residenziale individuale, Non residenziale di gruppo, Non residenziale domiciliare.
- 6) **Modalità di intervento** - indicare le modalità di attuazione del progetto riabilitativo. Si riportano di seguito le definizioni che la D.G.R. n. 390 del 15.02.2000 dà delle due modalità di intervento:  
**Riabilitazione Estensiva** = "attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito".  
**Riabilitazione di Mantenimento** = "attività di assistenza rivolta a pazienti affetti da esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenerne il deterioramento".
- 7) **Impegno riabilitativo-assistenziale: elevato, medio, lieve** - Indicare l'impegno riabilitativo-assistenziale che la realizzazione del progetto richiede.  
Al momento il DSSR non ha quantificato i contenuti delle voci su citate.

## **Sezione B. Caratteristiche individuali**

◀ La sezione raccoglie informazioni relative alle caratteristiche personali dell'utente:

### **8) Cognome e Nome**

- indicare il cognome e nome dell'utente, per esteso.

### **9) Sesso**

- indicare il sesso dell'utente.

### **10) Stato Civile**

- indicare lo stato civile dell'utente.

### **11) Data di nascita**

- indicare la data di nascita completa.

### **12) Luogo di nascita**

- per i nati in Italia utilizzare il codice ISTAT del Comune di nascita, 6 caratteri.  
- per i nati all'estero utilizzare il codice ISTAT dello stato di nascita seguito da 999 (6 caratteri). Es.: se utente nato in Francia 215999. Questo sistema di codifica è il medesimo del Sistema Informativo Ospedaliero.

### **13) Comune di residenza**

- utilizzare i codici ISTAT dei comuni italiani (per Roma indicare il Municipio).

### **14) Titolo di studio**

- indicare il titolo di studio conseguito.

#### **14-a solo per bambini in età prescolare**

- indicare se il bambino frequenta comunità infantili: asilo nido o scuola dell'infanzia.

### **15) Occupazione**

- indicare l'occupazione/non occupazione dell'utente, relativamente alla sua appartenenza a categorie protette.

Per **appartenente a categorie protette** si intende utente tutelato da norme giuridiche specifiche: invalido civile, di guerra e per servizio, privo della vista e sordomuto.

**16) Tutela legale**

- indicare se l'utente è sottoposto a tutela legale o se è responsabile per sé.

**17) Invalidità civile**

- indicare, utilizzando il codice corrispondente, se l'invalidità civile è:

**riconosciuta** = invalidità documentata da specifica certificazione rilasciata all'utente da apposita Commissione medica;

**richiesta** = invalidità per la quale l'utente ha presentato formale richiesta di riconoscimento ad apposita Commissione medica.

**18) Modalità di trasporto**

- indicare il mezzo di locomozione con cui l'utente raggiunge la struttura di Riabilitazione. Da rilevarsi soltanto per utenti in regime assistenziale semiresidenziale.

**19) Usufruisce dell'insegnante di sostegno**

- variabile da compilare solo per utenti in età evolutiva.

**20) Usufruisce di servizio assistenziale erogato da Ente Locale**

- indicare se l'utente usufruisce di servizio assistenziale erogato dall'Ente Locale.

### **Sezione C.    Modalità di accesso, storia riabilitativa**

4 La sezione raccoglie informazioni relative alla modalità di accesso alla struttura riabilitativa ed alla storia riabilitativa dell'utente:

#### **21) Inviante**

- indicare il soggetto che ha prescritto il trattamento riabilitativo all'utente.

#### **22) Provenienza**

- indicare il luogo da cui proviene l'utente.

#### **23) Condizioni di vita**

- compilare soltanto se alla variabile n. 22 è stato attribuito il codice 9 (domicilio) o 10 (altro). La descrizione delle condizioni di vita è riferita al periodo precedente il ricovero nella struttura e/o precedente l'inizio del progetto riabilitativo.

#### **24) Ricovero/i in struttura riabilitativa (ospedaliera e non) negli ultimi 12 mesi**

- indicare se l'utente negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato in struttura riabilitativa, sia ospedaliera che non.

#### **25) Progetti riabilitativi attuati in regime non residenziale negli ultimi 12 mesi**

- indicare se per l'utente negli ultimi 12 mesi sono stati attivati progetti riabilitativi nei regimi: semiresidenziale, non residenziale ambulatoriale individuale, di gruppo, domiciliare.

## Sezione D. Valutazione iniziale

◀ La sezione raccoglie informazioni relativamente alla valutazione iniziale dell'utente:

### **26) Data valutazione iniziale**

- indicare la data completa del momento in cui viene effettuata la valutazione iniziale dell'utente.

### **27) Figure professionali dell'équipe coinvolte nella valutazione**

- indicare le figure professionali dell'équipe che sono coinvolte nella valutazione dell'utente, utilizzando i codici corrispondenti.

Per quanto riguarda alcuni profili professionali, si forniscono le seguenti precisazioni:

#### **Infermiere**

Si intende: personale di assistenza infermieristica (include infermiere professionale, infermiere con diploma universitario di infermiere, infermiere abilitato alle funzioni direttive, infermiere dirigente).

[Esclude: infermiere generico (in quanto ruolo ad esaurimento) e assistente sanitaria (in quanto personale non infermieristico). Questo personale va indicato nella voce *altro*].

#### **Altro**

Occorre specificare la tipologia delle figure professionali rilevate.

Per quanto riguarda le professioni sanitarie riabilitative, si ricorda che il D.M. 29 marzo 2001, n. 182 include tra le suddette professioni le seguenti figure professionali:

**Fisioterapista**, operatore preposto alla rieducazione funzionale delle disabilità motorie, neuromotorie e al recupero delle funzioni cardio-respiratorie (D.M. 14.9.94 n. 741);

**Logopedista**, operatore preposto al trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica (D.M. 14.9.94 n. 742);

**Ortottista - assistente di oftalmologia**, operatore preposto ad interventi volti al miglioramento del gioco dei muscoli oculomotori ai fini della visione binoculare (D.M. 14.09.94 n. 743);

**Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**, operatore preposto ad interventi di riabilitazione nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo (D.M. 17.01.97 n. 56);

**Educatore professionale**, operatore preposto ad interventi riabilitativi finalizzati allo sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura l'inserimento o il reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà (D.M. 8.10.98 n. 520);

**Podologo**, operatore preposto ad interventi volti al miglioramento della funzionalità della deambulazione (D.M. 14.09.94 n. 666);

**Terapista occupazionale**, operatore preposto ad interventi su soggetti appartenenti a tutte le fasce di età, che utilizza attività espressive, artigianali, di gioco e della vita quotidiana allo scopo di aiutare l'individuo ad adattarsi alle richieste di partecipazione dell'ambiente di vita (domestico, lavorativo e sociale) (D.M. 17.01.1997 n.136 - D.M. 27.07.2000);

**Terapista della riabilitazione psichiatrica**, operatore preposto ad interventi finalizzati alla abilitazione e riabilitazione di soggetti con disagio psichico alla cura di sé e alla relazione interpersonale e, ove possibile, all'attività lavorativa; attua interventi con le famiglie e sul contesto sociale allo scopo di favorire il reinserimento del soggetto nella comunità (D.M. 17.01.1997 n. 57- D.M. 27.07.2000).

**28) Patologia oggetto di intervento riabilitativo:**

- indicare la patologia che motiva/giustifica la presa in carico globale dell'utente per la realizzazione del progetto riabilitativo individualizzato integrato. Essa deve essere codificata secondo la seguente modalità:

- le diagnosi di malattia devono essere indicate con i codici della versione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification (Ministero della Sanità -1997) - *ICD9-CM*

**Esempio di "patologia oggetto di intervento":**

1. *ritardo mentale grave* [3|1|8|.1|]

**29) Altre patologie rilevanti:**

- indicare la/e altra/e patologia/e rilevanti dell'utente, associate e no alla patologia oggetto di intervento. In uno dei campi va indicata anche la patologia di base.  
Es.: per un bambino affetto da Sindrome di Down con cardiomegalia e che viene preso in carico per ritardo mentale grave, alla voce "altre patologie rilevanti" va riportata la cardiomegalia e la Sindrome di Down.

**Esempio di "altra patologia rilevante":**

1.1. *cardiomegalia* [4|2|9|.3|]

1.2. *sindrome di Down* [7|5|8|.0|]

### 30) Protesi/Ortesi/Ausili

- indicare se l'utente utilizza protesi, ortesi o ausili.

#### 30-a) Codice identificativo riportato nel nomenclatore

- indicare il codice identificativo di protesi/ortesi/ausili riportato negli elenchi n. 1,2,3 allegati al Decreto del Ministero della Sanità del 27 agosto 1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" (nomenclatore tariffario).  
Si precisa che è obbligatoria la compilazione dei campi relativi alle "famiglie" di protesi/ortesi/ausili (2 caratteri).

### 31) Profilo complessivo della disabilità

- indicare la disabilità complessiva dell'utente utilizzando i codici del ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. Quest'ultimo strumento elaborato dall' O.M.S per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione, e presentato il 21 maggio 2001, sostituirà l' ICIDH-2. La nuova classificazione tiene conto di fattori ambientali, ovvero prende in considerazione gli aspetti sociali della disabilità che rappresenta la correlazione tra stato di salute e ambiente.

### 32) Profilo della/e disabilità oggetto di intervento

- indicare la/e disabilità per cui si attua l'intervento riabilitativo, utilizzando i codici di cui alla variabile n. 31

### 33) Scheda valutazione capacità funzionali di base: Indice di Barthel

- indicare il punteggio rilevato dall'applicazione dell' Indice di Barthel.

L'indice di Barthel è una scala di dipendenza che considera 10 attività di base della vita quotidiana. Nella forma originale ogni area è suddivisa in maniera dicotomica (indipendenza/dipendenza).

La versione di S. Shah (1989) dettaglia più specificatamente le voci originarie. Ogni area è suddivisa in 5 items: i primi due identificano la dipendenza del soggetto (completa o con ausilio/adattamento) e gli ultimi 3 definiscono quadri crescenti di dipendenza (supervisione, aiuto, incapacità totale) - v. **Indice di Barthel allegato.**

Sul punteggio totale possono essere identificate delle classi di dipendenza:

La Shah ne identifica 5:

- 100 - 91 (quasi autosufficiente)
- 90 - 75 (dipendenza lieve)
- 74 - 50 (dipendenza moderata)
- 49 - 25 (dipendenza grave)
- < 25 (dipendenza completa)

N.B = L'indice di Barthel deve essere utilizzato come registrazione di quello che il soggetto effettivamente è capace di fare e non di quello che potrebbe fare.



### **34) Scheda valutazione aspetto cognitivo (S.P.M.S.Q.)**

- indicare il punteggio rilevato dall'applicazione dello Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.) - Pfeiffer E., Journal of the American Geriatrics Society, oct. 1975, vol. 23, n. 10, 433-441 (vedi S.P.M.S.Q. allegato).

### **35) Scheda valutazione aspetti sensoriali e di comunicazione**

- indicare il punteggio rilevato dall'applicazione della scheda, distinto per le singole aree esplorate.

La scheda consente la valutazione degli aspetti relativi alla comprensione del linguaggio (Lc), alla produzione del linguaggio (Lp), all'udito (U) ed alla vista (V). Nella valutazione dell'udito e della vista, l'attribuzione del punteggio va effettuata indifferentemente dal fatto che il soggetto utilizzi protesi acustica e/o occhiali/lenti a contatto (v.scheda allegata).

Questa scheda è modificata da: Scheda di Valutazione Multidimensionale Adulto e Anziano (S.V.A.M.A.), già adottata dalla Regione Veneto.

### **36) Altra scala di valutazione**

- indicare la Scala di valutazione utilizzata in relazione alla specifica disabilità trattata ed il relativo punteggio

### **37) Tipologia delle prestazioni/interventi riabilitativi previsti**

- indicare la tipologia di prestazioni ed il relativo numero di accessi/contatti che si prevede di attivare per l'utente in sua presenza, nonché il numero delle ore previste per le attività da effettuarsi in sua assenza.

Si ribadisce che tutte le prestazioni/interventi riabilitativi di seguito riportati sono proposti in accordo con l'utente.

Il significato da attribuirsi alle singole voci è il seguente:

#### *Prestazioni/interventi in presenza dell'utente:*

##### **Valutazione e osservazione**

Si intende: attività erogata in presenza del paziente finalizzata alla definizione della diagnosi, del profilo di disabilità complessivo, della disabilità oggetto di intervento e del livello di gravità.

Include: Prima visita medica specialistica, visita medica specialistica di controllo, esame neuropsicologico, somministrazione di test di sviluppo intellettivo, di test di memoria, di test delle funzioni esecutive, di test delle abilità visuo-spaziali, di test proiettivi e della personalità, esame psicodiagnostico (compresa l'osservazione di gioco e comportamentale), valutazione ortottica, valutazione protesica.

##### **Riabilitazione logopedica**

Si intende: intervento sulle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatria.

**Riabilitazione cardiologica**

Si intende: somma degli interventi che ha lo scopo di mantenere o sviluppare la funzione cardiaca, di recuperarla o di migliorarla. La riabilitazione cardiologica è un processo che tende al miglioramento della qualità della vita della persona attraverso la riduzione delle menomazioni riportate e lo sviluppo delle attività residue, secondarie a un evento patologico cardiaco, le sue conseguenze, complicanze, recidive.

**Riabilitazione respiratoria**

Si intende: intervento che ha lo scopo di mantenere o sviluppare la funzione respiratoria, di recuperarla o di migliorarla. Secondo la European Respiratory Society, la riabilitazione respiratoria ha lo scopo di recuperare i pazienti ad uno stile di vita indipendente, produttivo e soddisfacente e di impedire l'ulteriore deterioramento clinico compatibilmente con lo stato di malattia.

**Riabilitazione neuro-motoria**

Si intende: processo che tende al miglioramento delle performance neuromotorie mirando al massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali potenziando le abilità residue e contenendo la disabilità.

**Riabilitazione psico-motoria**

Si intende: intervento sulla motricità intesa come strumento di conoscenza e di relazione (per conoscersi, conoscere e farsi conoscere). Il movimento è visto come azione connessa ad intenzioni, scopi e regole sociali: quindi ha sempre un aspetto intersoggettivo e, per avere significato, necessita di qualcuno che lo riconosca come tale.

**Riabilitazione cognitiva/neuropsicologica**

Si intende: intervento su attenzione, percezione, memoria, gnosi, prassi, lettura, scrittura, calcolo, ideazione, logica, processi di pensiero a diversi livelli di sviluppo, ecc. svolto anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici ed altre tecnologie avanzate.

**Terapia psicologica**

Si intende: intervento di sostegno psicologico, individuale o di gruppo, a soggetti in età evolutiva, adulta e geriatrica e/o alla famiglia durante il percorso riabilitativo.

**Terapia occupazionale**

Si intende: intervento messo in atto su soggetti appartenenti a tutte le fasce di età, utilizzando attività espressive, artigianali, di gioco e della vita quotidiana. Tali attività, sia individuali che di gruppo, sono finalizzate alla promozione del recupero e uso ottimale di funzioni con lo scopo di aiutare l'individuo ad adattarsi alle richieste di partecipazione dell'ambiente di vita (domestico, lavorativo e sociale).

**Intervento ortottico**

Si intende: intervento riabilitativo rivolto a patologie funzionali di natura oculistica (es. difetti di divergenza e convergenza). E' in fase di sperimentazione l'applicazione di tale intervento ai difetti di postura.

**Intervento educativo**

Si intende: attività educativa nell'ambito dell'autonomia personale e/o del gioco o attività finalizzata alla formazione degli utenti in ambienti lavorativi; risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale. Intervento volto allo sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo-relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana.

*Interventi/prestazioni in assenza dell'utente***Elaborazione/revisione progetto**

Si intende: l'elaborazione iniziale del progetto e la sua revisione periodica

**Counseling**

Si intende: l'attività di supporto alla famiglia, alla scuola (esclusi gli adempimenti previsti dalla L. n. 104/92, già rilevati con specifico item alle variabili n. 37 e n. 41) e per eventuali attività socio-ludico-ricreative, nonché all'orientamento professionale alla conclusione dell'obbligo scolastico (per utenti in età evolutiva).

**Riunione d'équipe**

Si intende: la riunione di presentazione del caso, di verifica periodica e di programmazione sul singolo utente sia con operatori della propria équipe e/o struttura che con operatori di altri servizi e/o strutture.

**Adempimenti di cui alla L. n. 104/92 per l'integrazione scolastica**

Si intende: l'attività effettuata relativamente agli adempimenti per l'integrazione scolastica definiti dalla Legge n. 104/1992

**38) Risultato atteso**

- indicare il risultato atteso dal trattamento riabilitativo proposto.

**39) Durata prevista del progetto**

- indicare la durata prevista del progetto, esprimendola in giorni di presa in carico previsti.

## **Sezione E. Progetto riabilitativo**

† La sezione raccoglie informazioni sulla realizzazione del progetto riabilitativo individualizzato:

### **40) Data di inizio del progetto**

- indicare la data completa di inizio del progetto

### **41) Tipologia delle prestazioni/interventi effettuati**

- indicare la tipologia di prestazioni/interventi ed il relativo numero di accessi/contatti, nonché il numero di ore effettuate nell'esecuzione del progetto riabilitativo individualizzato, sia in presenza che in assenza dell'utente.

Il significato da attribuirsi alle singole voci è il medesimo della variabile n. 37.

### **42) Sospensione per ricovero in ospedale per acuti**

- indicare il numero complessivo dei giorni di assenza dell'utente a causa di ricovero in ospedale per acuti, specificando di seguito:

- il numero dei giorni per i quali la tariffa è pari al 100%
- il numero dei giorni per i quali la tariffa è pari al 80%
- il numero dei giorni per i quali la tariffa è pari al 60%

[Include: ricovero in regime di degenza ordinaria, ricovero in regime di day hospital].

### **43) Sospensione per "assenza temporanea"**

- indicare il numero complessivo dei giorni di assenza temporanea dell'utente per brevi vacanze, rientri in famiglia, ecc., specificando di seguito:

- il numero dei giorni per i quali la tariffa è pari al 100%
- il numero dei giorni per i quali la tariffa è pari al 80%

### **44) Soggiorno estivo**

- indicare se l'utente usufruisce di soggiorno estivo.

#### **44-a) Se sì, organizzato da**

- codificare il soggetto organizzatore del soggiorno estivo

#### **44-b) Durata del soggiorno**

- indicare la durata del soggiorno espressa in giorni

## Sezione F. Conclusione del progetto

◀ La sezione raccoglie informazioni sul progetto riabilitativo realizzato:

### **45) Data conclusione del progetto**

- indicare la data completa di conclusione del progetto.

### **46) Figure professionali dell'équipe coinvolte nella valutazione conclusiva**

- indicare le figure professionali dell'équipe che sono coinvolte nella valutazione conclusiva dell'utente, utilizzando i codici corrispondenti.

Il significato da attribuirsi alle singole voci è il medesimo della variabile n. 27

### **47) Risultato raggiunto**

- indicare il risultato raggiunto in termini di riduzione della disabilità trattata utilizzando le schede di valutazione già adottate nella fase di valutazione iniziale:

#### **47-a) Scheda valutazione capacità funzionali di base: Indice di Barthel**

- indicare il punteggio rilevato dall'applicazione dell'Indice di Barthel.  
Il significato da attribuirsi alla voce è il medesimo della variabile n. 33

#### **47-b) Scheda valutazione aspetto cognitivo: S.P.M.S.Q.**

- indicare il punteggio rilevato dall'applicazione del S.P.M.S.Q.  
Il significato da attribuirsi alla voce è il medesimo della variabile n. 34

#### **47-c) Scheda valutazione aspetti sensoriali e di comunicazione**

- indicare il punteggio rilevato dall'applicazione della scheda.  
Il significato da attribuirsi alla voce è il medesimo della variabile n. 35

#### **47-d) Altra Scala di valutazione**

- indicare il punteggio della scala utilizzata nella fase di valutazione iniziale relativamente alla specifica disabilità trattata.

### **48) Protesi/Ortesi/Ausili**

- indicare se l'utente ha modificato, rispetto all'inizio del progetto riabilitativo, la sua condizione in relazione all'uso di protesi/ortesi/ausili

#### 49) Motivo della conclusione

- indicare il motivo per cui il progetto riabilitativo è concluso.

Si forniscono indicazioni per la compilazione di alcuni items:

- *progetto riabilitativo concluso, non si prevede l'attivazione di ulteriori progetti* = progetto concluso a termine, senza previsione di attivazione di ulteriori progetti;
- *progetto riabilitativo concluso, si prevede l'attivazione di ulteriori progetti* = progetto concluso a termine, con previsione di attivazione di ulteriori progetti. In questa voce va riportata anche la "conclusione amministrativa", ovvero la conclusione del progetto per scadenza del termine stabilito dalla normativa regionale vigente circa la durata dello stesso;
- *abbandono progetto riabilitativo* = progetto non condotto a termine per volontà dell'utente;
- *chiusura non programmata del progetto riabilitativo* = progetto non condotto a termine e chiuso dall'équipe riabilitativa.







## SEZIONE B. CARATTERISTICHE INDIVIDUALI

- 14) Titolo di studio**  **0.** nessuno  
*(conseguito)* **1.** scuola elementare  
**2.** scuola media inferiore  
**3.** scuola media superiore/istituto professionale  
**4.** laurea

**14-a) Solo per bambini in età prescolare :**

- 1.** frequenta asilo nido/scuola dell'infanzia  
**2.** non frequenta asilo nido/scuola dell'infanzia

- 15) Occupazione**  **1.** occupato, non appartenente a categorie protette  
**2.** occupato, appartenente a categorie protette  
**3.** non occupato, non appartenente a categorie protette  
**4.** non occupato, appartenente a categorie protette  
**5.** inabile al lavoro  
**6.** casalinga  
**7.** ritirato dal lavoro  
**8.** studente

- 16) Tutela legale**  **1.** soggetto sottoposto a tutela  
**2.** soggetto responsabile per sé

- 17) Invalidità civile**  **1.** richiesta  
**2.** riconosciuta

*Solo per il regime assistenziale semiresidenziale:*

- 18) Modalità di trasporto**  **1.** con mezzo proprio  
**2.** con mezzo della struttura erogatrice  
**3.** con mezzo della ASL  
**4.** con mezzo dell'Ente Locale  
**5.** altro specificare \_\_\_\_\_

*Solo per età evolutiva:*

- 19) Usufruisce dell'insegnante di sostegno**  **1.** sì  
**2.** no

- 20) Usufruisce di servizio assistenziale erogato da Ente Locale**  **1.** sì  
**2.** no

## SEZIONE C. MODALITA' DI ACCESSO, STORIA RIABILITATIVA

**21) Inviante**

1. medico medicina generale/pediatra libera scelta
2. specialista privato
3. specialista ambulatoriale/ospedaliero
4. dipartimento di salute mentale
5. servizio tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva (TSMREE)
6. altri servizi distrettuali
7. altro specificare \_\_\_\_\_

**22) Provenienza**

1. residenza sanitaria assistenziale
2. residenza assistenziale non sanitaria
3. lungo degenza
4. reparto di riabilitazione, ospedale per acuti
5. altro reparto ospedaliero
6. questa struttura per modificazione regime assistenziale a seguito di rivalutazione
7. servizio ASL con assistenza domiciliare specificare servizio \_\_\_\_\_
8. servizio ASL senza assistenza domiciliare specificare servizio \_\_\_\_\_
9. domicilio
10. altro specificare \_\_\_\_\_

*Se la provenienza è Domicilio o Altro:*

**23) Condizioni di vita** *prima dell'ingresso nella struttura/all'inizio del progetto riabilitativo*

1. vive solo
2. vive solo, con assistente personale
3. solo con il coniuge
4. con altri familiari
5. con genitori
6. in struttura abitativa comunitaria (casa famiglia, comunità alloggio,...)
7. altro specificare \_\_\_\_\_

**24) Ricovero/i in strutture riabilitative (ospedaliere e non) negli ultimi 12 mesi**

1. nessuno
2. sì, in struttura riabilitativa ospedaliera
3. sì, in altra struttura riabilitativa extraospedaliera
4. sì, in questa struttura riabilitativa

**25) Progetti riabilitativi attuati in regime non residenziale negli ultimi 12 mesi**

1. Nessuno
2. Sì, in regime semiresidenziale
3. Sì, in regime ambulatoriale individuale
4. Sì, in regime ambulatoriale di gruppo
5. Sì, in regime domiciliare

**SEZIONE D.**

**VALUTAZIONE INIZIALE**

**26) Data valutazione iniziale**

gg		mm		anno	

**27) Figure professionali dell'équipe coinvolte nella valutazione**

- 1. medico fisiatra
- 2. neuropsichiatra infantile
- 3. medico, altra specialità
- 4. psicologo
- 5. assistente sociale
- 6. infermiere
- 7. fisioterapista
- 8. terapeuta occupazionale
- 9. terapeuta della neuro e psicomotricità età evolutiva
- 10. logopedista
- 11. educatore professionale
- 12. ortottista-assistente di oftalmologia
- 13. podologo
- 14. terapeuta della riabilitazione psichiatrica
- 15. altro specificare \_\_\_\_\_

**28) Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo** Codice ICD9-CM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**29) Altre patologie rilevanti** Codice ICD9-CM


**30) Protesi/Ortesi/Ausili**  1. sì  
 2. no

**30-a) Codice identificativo riportato nel nomenclatore**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**31) Profilo complessivo di disabilità** (comprensivo del livello di gravità) Codice ICIDH-2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**32) Profilo della/e disabilità oggetto di intervento** (comprensivo del livello di gravità)


*Handwritten signature*

## SEZIONE D. VALUTAZIONE INIZIALE

punteggio

**33) Scheda valutazione capacità funzionali di base (Indice di Barthel)** |\_\_|\_\_|\_\_|

**34) Scheda valutazione aspetto cognitivo (S.P.M.S.Q.)** |\_\_|\_\_|\_\_|

**35) Scheda valutazione aspetti sensoriali e di comunicazione (da SVAMA)**

Lc|\_| Lp|\_| U|\_| V|\_|

**36) Altra scala di valutazione** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|\_\_|

nome

**37) Tipologia delle prestazioni/interventi riabilitativi PREVISTI**

*in presenza dell'utente:*

n.accessi/contatti complessivi

1. valutazione e osservazione |\_\_|\_\_|\_\_|

2. riabilitazione logopedica |\_\_|\_\_|\_\_|

3. riabilitazione cardiologica |\_\_|\_\_|\_\_|

4. riabilitazione respiratoria |\_\_|\_\_|\_\_|

5. riabilitazione neuro-motoria |\_\_|\_\_|\_\_|

6. riabilitazione psicomotoria |\_\_|\_\_|\_\_|

7. riabilitazione cognitiva/neuropsicologica |\_\_|\_\_|\_\_|

8. terapia psicologica |\_\_|\_\_|\_\_|

9. terapia occupazionale |\_\_|\_\_|\_\_|

10. intervento ortottico |\_\_|\_\_|\_\_|

11. intervento educativo |\_\_|\_\_|\_\_|

*in assenza dell'utente:*

n.ore

12. elaborazione/revisione progetto |\_\_|\_\_|\_\_|

13. counseling |\_\_|\_\_|\_\_|

14. riunioni d'équipe |\_\_|\_\_|\_\_|

15. adempimenti di cui alla L. n. 104/92 per

l'integrazione scolastica |\_\_|\_\_|\_\_|

**38) Risultato atteso** |\_\_|

1. pieno recupero
2. recupero parziale
3. miglioramento, con recupero incerto
4. mantenimento, ovvero prevenzione del deterioramento

**39) Durata prevista del progetto espressa in gg. di presa in carico** |\_\_|\_\_|\_\_|

**SEZIONE E. PROGETTO RIABILITATIVO**

**40) Data inizio progetto:**                       
   gg                      mm                      anno

**41) Tipologia delle prestazioni/interventi EFFETTUATI:**

<i>in presenza dell'utente:</i>	n.accessi/contatti complessivi	Totale ore
1. valutazione e osservazione	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. riabilitazione logopedica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. riabilitazione cardiologica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. riabilitazione respiratoria	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. riabilitazione neuro-motoria	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. riabilitazione psicomotoria	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. riabilitazione cognitiva/neuropsicologica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. terapia psicologica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. terapia occupazionale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. intervento ortottico	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11. intervento educativo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

*effettuate in assenza dell'utente:*

12. elaborazione/revisione progetto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. counseling	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. riunioni d'équipe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15. adempimenti di cui alla L.n.104/92 per l'integrazione scolastica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**42) Sospensione per ricovero in Ospedale per acuti:**n. giorni di assenza   di cui: al 100% n. gg.       al 80% n. gg.         al 60% n. gg.   **43) Sospensione per "assenza temporanea":**n. giorni di assenza   di cui: al 100% n. gg.       al 80% n. gg.     **44) Soggiorno estivo**                1.Sì  
  2.No**44-a) Se sì, organizzato da:**

1. questa struttura riabilitativa
2. altra struttura riabilitativa
3. Azienda Sanitaria Locale
4. Ente Locale
5. altro specificare \_\_\_\_\_

**44-b) Durata soggiorno:**giorni   

507

## SEZIONE F. CONCLUSIONE DEL PROGETTO RIABILITATIVO

45) Data conclusione del progetto

gg	mm	aa
----	----	----

46) Figure professionali dell'equipe coinvolte nella valutazione conclusiva

- 1. medico fisiatra
- 2. neuropsichiatra infantile
- 3. medico, altra specialità
- 4. psicologo
- 5. assistente sociale
- 6. infermiere
- 7. fisioterapista
- 8. terapeuta occupazionale
- 9. terapeuta della neuro e psicomotricità età evolutiva
- 10. logopedista
- 11. educatore professionale
- 12. ortottista-assistente di oftalmologia
- 13. podologo
- 14. terapeuta della riabilitazione psichiatrica
- 15. altro specificare \_\_\_\_\_

47) Risultato raggiunto (riduzione della disabilità trattata):

Punteggio

47-a) Scheda valutazione capacità funzionali di base (Indice di Barthel) [ ][ ][ ][ ]

47-b) Scheda valutazione aspetto cognitivo (S.P.M.S.Q.) [ ][ ][ ][ ][ ]

47-c) Scheda valutazione aspetti sensoriali e di comunicazione (da SVAMA)

Lc [ ][ ] Lp [ ][ ] U [ ][ ] V [ ][ ]

47-d) Altra scala di valutazione \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ]  
nome

48) Protesi/ Ortesi/Ausili

[ ][ ]

- 1. nessuno/a
- 2. si, dall' inizio trattamento
- 3. si, con modifica di quello/a iniziale
- 4. si, acquisito/a in corso di trattamento

49) Motivo della conclusione

[ ][ ]

- 1. progetto riabilitativo concluso, non si prevede l'attivazione di ulteriori progetti
- 2. progetto riabilitativo concluso, si prevede l'attivazione di ulteriori progetti
- 3. trasferimento ad altra struttura; specificare \_\_\_\_\_
- 4. passaggio ad altro regime assistenziale/impegno riabilitativo assistenziale presso la stessa struttura
- 5. trasferimento in ospedale per acuti
- 6. abbandono progetto riabilitativo
- 7. chiusura non programmata del progetto riabilitativo
- 8. cambiamento di residenza dell'utente
- 9. decesso

*[Handwritten signature]*

## Indice di Barthel

(Shah S., Vancloy F., Cooper B.: *Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*. J.Clin.Epidemiol 1989; 8,703)

### Alimentazione

- Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.
- Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.
- Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel thé, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.
- Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
- Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.

### Bagno/Doccia (lavarsi)

- Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.
- Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).
- Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.
- Necessità di aiuto per tutte le operazioni.
- Totale dipendenza nel lavarsi.

### Igiene personale

- Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).
- In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.
- Necessità di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.
- Necessità di aiuto per tutte le operazioni.
- Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.



### Abbigliamento

- Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.
- Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
- Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.
- Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.
- Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

### Continenza intestinale

- Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enterocisma se necessario.
- Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enterocisma, occasionali perdite.
- Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.
- Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.
- Incontinente.

### Continenza urinaria

- Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.
- Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.
- In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.
- Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.
- Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.

Se il soggetto ha un punteggio  $\leq 5$  e non è portatore di catetere vescicale a permanenza riportare il numero di pannoloni nelle 24 ore.

### Uso del gabinetto

- Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagalfo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.
- Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.
- Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.
- Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.
- Completamente dipendente.

*Handwritten signature*

### Trasferimento letto ↔ carrozzina

- Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi.
- Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
- Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.
- Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.

### Deambulazione

- Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, walker e deambulare per *almeno 50 mt.* senza aiuto o supervisione.
- Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 mt. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
- Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.
- Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.
- Non in grado di deambulare autonomamente.

### Scale

- In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.
- In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc).
- Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.
- Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).
- Incapace di salire e scendere le scale.

### Uso della carrozzina

- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere  $\geq 50$  mt.
- Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
- Necessita la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
- Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.
- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

Punteggio

#### Legenda

100 - 91 = quasi autosufficiente    74 - 50 = dipendenza moderata    90 - 75 = dipendenza lieve  
49 - 25 = dipendenza grave    > 25 = dipendenza completa

# Short Portable Mental Status Questionnaire

## (S.P.M.S.Q.)

(Pfeiffer E., *Journal of the American Geriatrics Society*, oct. 1975, vol.23, n.10, 433-441)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)                         | 1 | 0 |
| 2) Che giorno è della settimana?                                   | 1 | 0 |
| 3) Qual è il nome di questo posto?                                 | 1 | 0 |
| 4a) Qual è il vostro numero di telefono?                           | 1 | 0 |
| 4b) (Se non ha il telefono) Qual è il vostro indirizzo?            | 1 | 0 |
| 5) Quanti anni ha?   | 1 | 0 |
| 6) Qual è la sua data di nascita?                                  | 1 | 0 |
| 7) Qual è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica)          | 1 | 0 |
| 8) Qual era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica) | 1 | 0 |
| 9) Che cognome aveva sua madre prima di sposarsi?                  | 1 | 0 |
| 10) Faccia 20 - 3, ed ora di nuovo - 3, fino a 2.                  | 1 | 0 |

Legenda:  1 risposta corretta     0 risposta sbagliata    Totale

Formulare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte; formulare la domanda 4b) solo se l'anziano non ha il telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari, aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

0 - 2 errori: assenza di deterioramento	3 - 4 errori: deterioramento lieve
5 - 7 errori: deterioramento moderato	8 - 10 errori: deterioramento grave

- Nel caso il test non sia direttamente somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio = 10.

- Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica (eventualmente previa consulenza specialistica):

	Punteggio	
--	-----------	--

- Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, o aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

- Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici (ad esempio: psicosi dell'età adulta in evoluzione verso la demenza), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

*Handwritten signature*

## Scheda Valutazione aspetti Sensoriali e di Comunicazione

*Modificata da Scheda di Valutazione Multidimensionale Adulto e Anziano (S.V.A.M.A.)*

<b>(Lc) LINGUAGGIO (Comprensione)</b>			
	Normale		3
	Comprende solo frasi semplici		2
	Comprensione non valutabile		1
	Non comprende		0
<b>(Lp) LINGUAGGIO (Produzione)</b>			
	Parla normalmente		3
	Linguaggio menomato, esprime comunque il suo pensiero		2
	Si comprendono solo parole isolate		1
	Non si esprime		0
<hr/>			
<b>(U) UDITO (*)</b>	<b>uso di protesi acustica</b>	<b>Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	
	Normale		3
	Deficit, sente solo se gli si parla ad alta voce o ha qualche difficoltà in ambiente non rumoroso		2
	Grave deficit non correggibile		1
	Sordità completa		0
<hr/>			
<b>(V) VISTA (*)</b>	<b>uso di occhiali/lenti a contatto</b>	<b>Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	
	Normale		3
	Deficit, vede solo i caratteri grandi dei giornali, riconosce i volti solo a 4/5 metri di distanza		2
	Grave deficit non correggibile		1
	Cecità e bisogno di assistenza		0

**PUNTEGGIO: Lc  Lp  U  V**

(\*) = L'attribuzione del punteggio nella valutazione dell'udito e della vista va effettuata indifferentemente dal fatto che il soggetto utilizzi protesi acustica e/o occhiali/lenti a contatto.

Es.: Si attribuisce punteggio 3 a soggetto che ha udito o visione normale, anche se utilizza protesi acustica o occhiali/lenti a contatto.



### PERSONE IN LISTA D'ATTESA

Codice Struttura |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codice Fiscale utente |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
                            gg          mm          anno

**Patologia riferita:** \_\_\_\_\_

**Altra/e patologia/e rilevanti riferite** \_\_\_\_\_

---

**Modalità di intervento proposta:** |\_\_|

- 1. estensiva
- 2. di mantenimento

**Regime assistenziale proposto:** |\_\_|

- 1. residenziale
- 2. semiresidenziale
- 3. non residenziale individuale
- 4. non residenziale di gruppo
- 5. non residenziale domiciliare

**Tipologia prestazioni/interventi proposti:**

- |\_\_| 1. riabilitazione logopedica
- |\_\_| 2. riabilitazione cardiologica
- |\_\_| 3. riabilitazione respiratoria
- |\_\_| 4. riabilitazione neuro motoria
- |\_\_| 5. riabilitazione psicomotoria
- |\_\_| 6. riabilitazione cognitiva/neuropsicologica
- |\_\_| 7. terapia psicologica
- |\_\_| 8. terapia occupazionale
- |\_\_| 9. intervento ortottico
- |\_\_| 10. intervento educativo

**Data :** |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
                            gg          mm          anno

*Handwritten signature*

**PERSONALE**

<b>PERSONALE</b>	<b>DIPENDENTE DALLA STRUTTURA</b>	<b>A RAPPORTO CONVENZIONALE</b>	<b>ORE / SETTIMANA</b>
<b>Medico</b> (definire Specialità ) _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
<b>Psicologo</b>			
<b>Assistente sociale</b>			
<b>Infermiere</b>			
<b>Fisioterapista</b>			
<b>Terapista occupazionale</b>			
<b>Terapista della neuro e psicomotricità dell' età evolutiva</b>			
<b>Logopedista</b>			
<b>Educatore professionale</b>			
<b>Ortottista - assistente di oftalmologia</b>			
<b>Terapista della riabilitazione psichiatrica</b>			
<b>Podologo</b>			
<b>Personale Service esterni</b>			
<b>Personale addetto alla manutenzione</b>			
<b>OTA</b>			
<b>Ausiliario</b>			
<b>Altro</b> specificare _____			

Data : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
          gg          mm          anno



### DATI di STRUTTURA

ASL di ubicazione della struttura

Codice struttura

Denominazione struttura (acronimo e per esteso)

\_\_\_\_\_

Indirizzo Via/P.zza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### Riabilitazione Estensiva

N. posti residenziali accreditati

N. posti semiresidenziali accreditati

N. trattamenti non residenziali individuali accreditati

N. trattamenti non residenziali di gruppo accreditati

#### Riabilitazione di Mantenimento

N. posti residenziali accreditati

N. posti semiresidenziali accreditati

N. trattamenti non residenziali individuali accreditati

N. trattamenti non residenziali di gruppo accreditati


La struttura eroga anche attività ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996:

Sì  No

Strumenti standardizzati di valutazione utilizzati:

\_\_\_\_\_

Data:        
gg mm anno



583  
DEL 1. MAG. 2002

W

Allegato 6

### TARIFE ATTIVITA' RIABILITATIVE

RESIDENZIALE			
	Estensiva	Elevata	129,11
	Mantenimento	Elevata	118,79
	Mantenimento	Medio	98,13

SEMIRESIDENZIALE			
	Estensiva	Elevata	81,15
	Estensiva	Media	65,54
	Estensiva	Lieve	62,42
	Mantenimento	Elevata	62,42
	Mantenimento	Media	49,94
	Mantenimento	Lieve	43,69

NON RESIDENZIALI INDIVIDUALI			
	Estensiva	Elevata	56,81
	Estensiva	Media	36,15
	Estensiva	Lieve	15,49
	Mantenimento	Elevata	36,15
	Mantenimento	Media	25,82
	Mantenimento	Lieve	12,91

NON RESIDENZIALI DI GRUPPO			
	Estensiva	Elevata	18,94
	Estensiva	Media	14,63
	Estensiva	Lieve	5,16
	Mantenimento	Elevata	12,05
	Mantenimento	Media	8,61
	Mantenimento	Lieve	4,30



Handwritten signature or initials.

Small handwritten mark or signature.