

Codice A1413B

D.D. 27 settembre 2019, n. 672

**Adozione dei moduli di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI), di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e delle Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo nell'ambito Cure Domiciliari Riabilitative in attuazione della D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019.**

Nell'Accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano di indirizzo per la riabilitazione" (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011), all'Allegato A, punto 4, lettera b "Percorso riabilitativo unico" si legge che "Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi".

Con D.G.R. n. 17-4167 del 7 novembre 2016 sono state approvate le disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie, a modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015.

L'Allegato A della deliberazione suddetta dispone, in particolare, che "[...] Nell'ottica della semplificazione amministrativa, si rende necessario ricondurre i PPRI e PRI alla loro valenza di strumenti di comunicazione fra i professionisti coinvolti nel percorso di cura e riabilitazione del paziente finalizzati alla definizione e scelta del regime e del trattamento riabilitativo appropriati, [...]."

La recente D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019 "D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.", ha definito in modo specifico i percorsi di attivazione ed erogazione delle Cure Riabilitative Domiciliari per adulti e per minori, demandando a successivo provvedimento del Direttore della Direzione Sanità, l'aggiornamento della Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) e del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), nonché l'individuazione delle Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo in Cure Domiciliari Riabilitative.

La succitata deliberazione ha definito formalmente le Cure Riabilitative Domiciliari, per adulti e per minori, con l'istituzione della tipologia "Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori; pertanto, si rende necessario procedere all'aggiornamento dei moduli di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) e di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) per adulti con specifico riferimento alle Cure Domiciliari Riabilitative.

Per le stesse motivazioni è, altresì, necessario adottare moduli specifici di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) per minori e di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) per minori, nonché le Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo in Cure Domiciliari Riabilitative per adulti e minori.

Inoltre, si rende necessario adottare le Schede di fine trattamento riabilitativo, integrate dalla Goal Attainment Scaling (GAS), in modo tale che terminate le prestazioni definite dal PRI ogni operatore

della riabilitazione coinvolto segnali al medico del Servizio RRF o al Medico del Servizio NPI l'opportunità di concludere o proseguire la riabilitazione domiciliare.

Per tutto quanto sopra, è stata predisposta la modulistica di seguito elencata. I seguenti Allegati da A a I sono parti integranti e sostanziali della presente determinazione:

- Allegato A: Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) - adulti - Cure Domiciliari
- Allegato B: Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) - adulti - Cure Domiciliari
- Allegato C: Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) - minori - Cure Domiciliari
- Allegato D: Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) - minori - Cure Domiciliari
- Allegato E: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Rieducazione motoria adulti e Goal Attainment Scaling (GAS)
- Allegato F: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Logopedia adulti e Goal Attainment Scaling (GAS)
- Allegato G: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Rieducazione motoria minori e Goal Attainment Scaling (GAS)
- Allegato H: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Logopedia minori e Goal Attainment Scaling (GAS)
- Allegato I: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Terapia occupazionale adulti e Goal Attainment Scaling (GAS)

Il presente provvedimento non comporta un incremento della spesa sanitaria regionale e di conseguenza non comporta oneri aggiuntivi al bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. 17 ottobre 2016, n. 1-4046.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Visti gli artt. 17 e 18 della L.R. 28 luglio 2008 n. 22 e 23;

Vista la D.G.R. n. 17-4167 del 7 novembre 2016;

Vista la D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019

- di adottare, per le motivazioni espresse in premessa, i seguenti moduli PPRI, PRI e Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo in Cure Domiciliari Riabilitative, di cui agli Allegati da A ad I, parti integranti e sostanziali della presente determinazione:
  - Allegato A: Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) - adulti - Cure Domiciliari
  - Allegato B: Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) - adulti - Cure Domiciliari
  - Allegato C: Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) - minori - Cure Domiciliari
  - Allegato D: Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) - minori - Cure Domiciliari
  - Allegato E: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Rieducazione motoria adulti e Goal Attainment Scaling (GAS)
  - Allegato F: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Logopedia adulti e Goal Attainment Scaling (GAS)
  - Allegato G: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Rieducazione motoria minori e Goal Attainment Scaling (GAS)

- Allegato H: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Logopedia minori e Goal Attainment Scaling (GAS)
  - Allegato I: Scheda di Valutazione di fine trattamento riabilitativo - Terapia occupazionale adulti e Goal Attainment Scaling (GAS)
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta un incremento della spesa sanitaria regionale e di conseguenza non comporta oneri aggiuntivi al bilancio regionale

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza.

Il Direttore della Direzione Sanità  
Dott. Danilo Bono

Il Dirigente del Settore  
Programmazione dei Servizi  
Sanitari e Socio Sanitari  
Dott. Franco Ripa

La Dirigente del Settore  
Regole del SSR nei rapporti  
con i Soggetti Erogatori  
Dott.ssa Franca Dall'Occo

Il funzionari estensori  
Dott.ssa Franca Lovaldi  
Dott.ssa Raffaella Ferraris

Allegato

Struttura e reparto proponente/i: \_\_\_\_\_ NDCC destinatario \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

**Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) - adulti - Cure Domiciliari**

Cognome e Nome Indirizzo	Data e Luogo di nascita tel. C.F.
Care giver e telefono	ASL di residenza

<b>Attuale collocazione paziente</b> (specificare e barrare a lato)	In trattamento riabilitativo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Reparto per acuti <input type="checkbox"/> Lungodegenza <input type="checkbox"/> Cod 75 <input type="checkbox"/> Cod 28 <input type="checkbox"/> Cod 56 II livello <input type="checkbox"/> Cod 56 I livello <input type="checkbox"/> DH Riab. <input type="checkbox"/> Ambul. RRF <input type="checkbox"/> CAVS <input type="checkbox"/> Residenze socio-sanitarie
Sede (cod) <input type="checkbox"/> ..... / Reparto (cod) <input type="checkbox"/> ..... dal.....		
Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)		

Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> v.mec Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC Catetere vesc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Gessi, valve, FEA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz. <input type="checkbox"/> Totale Dialisi <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Altro (compresi i farmaci):	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><b>Sì</b></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><b>Parz.</b></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>Cura di sé</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Controllo sfinterico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Controllo del tronco</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mobilità a letto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mobilità nei trasferimenti</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cammino</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Comunicazione</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Collabor./partecipaz.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toll. Tratt. Riab.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Altro:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>Sì</b>	<b>Parz.</b>	<b>NO</b>	Cura di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collabor./partecipaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toll. Tratt. Riab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro:			
	<b>Sì</b>	<b>Parz.</b>	<b>NO</b>																																										
Cura di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Mobilità a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Collabor./partecipaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Toll. Tratt. Riab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Altro:																																													
Ausili (in uso): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare)	<input type="checkbox"/> Barthel Index attuale = ...../100																																												
Problematiche sociali : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare)																																													

**Diagnosi Principale e Secondarie**

(influenzanti la disabilità e obbligatorie)		
ICD9CM <input type="checkbox"/> ..... (princip.) ICD9CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) ICD9CM <input type="checkbox"/> ..... (second.)	Bisogni clinico-internistici: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni assistenziali: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni riabilitativi: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Nessuna indicazione al trattamento riabilitativo

**Proposta di PRI**

Obiettivi per funzioni: da raggiungere a breve termine - da raggiungere a medio termine - Professionisti coinvolti, numero e frequenza dei trattamenti: - - Tempi previsti per la realizzazione (senza complicanze): .....	<b>Metodologie e metodiche riabilitative</b> <input type="checkbox"/> Recupero funzione motoria (compreso recupero della tolleranza allo sforzo) <input type="checkbox"/> Recupero funzione cardio/respiratoria <input type="checkbox"/> Recupero funzione cognitiva <input type="checkbox"/> Recupero funzione comunicativa <input type="checkbox"/> Recupero funzione sensoriale <input type="checkbox"/> Recupero funzione alimentazione <input type="checkbox"/> Ausili <input type="checkbox"/> Altro (specificare):	<b>Setting appropriato</b> <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Riabilitative  <b>Data prevista per un eventuale cambio di setting e relative indicazioni:</b> __ / __ / __
Gradiente di modificabilità della disabilità ( <u>Prognosi funzionale</u> ): <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Da rivalutare	Note:	

Data: __ / __ / __	<b>Medico Proponente il PPRI</b>	nome:	cognome:
	Telefono:	e-mail:	

Timbro e firma leggibile

Data di invio al NDCC: \_\_ / \_\_ / \_\_

**A CURA DEL NDCC DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PPRI da parte del NDCC: \_\_/\_\_/\_\_\_\_Data di invio al Servizio Cure Domiciliari: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**A CURA DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PPRI da parte del Servizio Cure Domiciliari: \_\_/\_\_/\_\_\_\_Proposta di Cure Domiciliari Riabilitative: **Non attivabile (specificare motivazione):** \_\_\_\_\_ **Attivabile**

- **Tipologia di cura domiciliare concordata con MMG:** \_\_\_\_\_

Data di invio al Servizio RRF: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**A CURA DEL SERVIZIO RRF DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PPRI da parte del Servizio RRF: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Medico del Servizio RRF a cui è assegnata la Presa in Carico (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Valutazione del PPRI: **Validato** (PPRI diventa PRI)

- validazione senza visita dell'assistito, senza modifica del PPRI
- validazione senza visita dell'assistito (perché assistito già in carico al Servizio RRF), senza modifica del PPRI
- validazione previa visita dell'assistito, senza modifica del PPRI

Data di attivazione delle prestazioni riabilitative: \_\_/\_\_/\_\_\_\_:

- con risorse del Servizio RRF dell'ASL
- con risorse del Servizio RRF dell'ASL e attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_
- attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_

 **Non validato** (compilare PRI e ivi indicare data di attivazione delle prestazioni – Allegato B)

- redazione del PRI (diverso dal PPRI) senza visita dell'assistito
- redazione del PRI (diverso dal PPRI) senza visita dell'assistito (perché già in carico al Servizio RRF)
- redazione del PRI (diverso dal PPRI) in seguito a visita dell'assistito

Esito trattamenti riabilitativi:Proposta di continuazione dei trattamenti riabilitativi:  No  Sì

se presente:  **Accettata** (specificare data della "Scheda di valutazione di fine trattamento riabilitativo" \_\_/\_\_/\_\_\_\_,  
nonché numero e frequenza dei trattamenti \_\_\_\_\_)

 **Non accettata** (indicare motivazione \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Data di conclusione dei trattamenti riabilitativi: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data di comunicazione della conclusione al MMG: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: __/__/____	<b>Medico che chiude la Presa in carico</b>	nome:	cognome:
------------------	---	-------	----------

**Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) - adulti - Cure Domiciliari**

Cognome e Nome Indirizzo	Data e Luogo di nascita tel. C.F.
Care giver e telefono	ASL di residenza

<b>Attuale collocazione paziente</b> (barrare a lato e, se non a domicilio o in resid.socio-san. indicare sede e reparto) Sede (cod) <input type="checkbox"/> ..... / Reparto (cod) <input type="checkbox"/> ..... dal..... Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)	In trattamento riabilitativo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Reparto per acuti <input type="checkbox"/> Lungodegenza <input type="checkbox"/> Cod 75 <input type="checkbox"/> Cod 28 <input type="checkbox"/> Cod 56 II livello <input type="checkbox"/> Cod 56 I livello <input type="checkbox"/> DH Riab. <input type="checkbox"/> Ambul. RRF <input type="checkbox"/> CAVS <input type="checkbox"/> Residenze socio-sanitarie <input type="checkbox"/> Domicilio
--	---	---

Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> v.mec Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC Catetere vesc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Gessi, valve, FEA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz. <input type="checkbox"/> Totale Dialisi <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Disfagia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Altro (compresi i farmaci):	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><b>Sì</b></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><b>Parz.</b></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>Cura di sé</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Controllo sfinterico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Controllo del tronco</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mobilità a letto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mobilità nei trasferimenti</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cammino</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Comunicazione</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Collabor./partecipaz.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toll. Tratt. Riab.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Altro:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> Barthel Index attuale = ...../100                 </td> </tr> </table>		<b>Sì</b>	<b>Parz.</b>	<b>NO</b>	Cura di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collabor./partecipaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toll. Tratt. Riab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro:				<input type="checkbox"/> Barthel Index attuale = ...../100			
	<b>Sì</b>	<b>Parz.</b>	<b>NO</b>																																														
Cura di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Mobilità a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Collabor./partecipaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Toll. Tratt. Riab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Altro:																																																	
<input type="checkbox"/> Barthel Index attuale = ...../100																																																	

Ausili (in uso):  No  Sì (specificare)

Problematiche sociali :  No  Sì (specificare)

**Diagnosi Principale e Secondarie**

(influenzanti la disabilità e obbligatorie)

ICD9CM <input type="checkbox"/> ..... (princip.) ICD9CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) ICD9CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) Cod Dis 1 - 6 : <input type="checkbox"/>	Bisogni clinico-internistici: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni assistenziali: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni riabilitativi: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Nessuna indicazione al trattamento riabilitativo
--	--	---

**PRI**

<b>Obiettivi per funzioni:</b> da raggiungere a breve termine - da raggiungere a medio termine - <b>Professionisti coinvolti, numero e frequenza dei trattamenti:</b> - - - Tempi previsti per la realizzazione (senza complicanze): .....  Gradiente di modificabilità della disabilità ( <u>Prognosi funzionale</u> ): <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Da rivalutare	<b>Metodologie e metodiche riabilitative</b> <input type="checkbox"/> Recupero funzione motoria (compreso recupero della tolleranza allo sforzo) <input type="checkbox"/> Recupero funzione cardio/respiratoria <input type="checkbox"/> Recupero funzione cognitiva <input type="checkbox"/> Recupero funzione comunicativa <input type="checkbox"/> Recupero funzione sensoriale <input type="checkbox"/> Recupero funzione alimentazione <input type="checkbox"/> Ausili <input type="checkbox"/> Altro (specificare):	<b>Setting appropriato</b> <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Riabilitative  <b>Data prevista per un eventuale cambio di setting e relative indicazioni:</b> __ / __ / ____
Note:		

Data: __/__/____	Medico redattore del PRI	nome:	cognome:
	Telefono:	e-mail:	

Timbro e firma leggibile

**A CURA DEL NDCC DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PRI da parte del NDCC: \_\_/\_\_/\_\_\_\_Data di invio al Servizio Cure Domiciliari: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**A CURA DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PRI da parte del Servizio Cure Domiciliari: \_\_/\_\_/\_\_\_\_Proposta di Cure Domiciliari Riabilitative: **Non attivabile (specificare motivazione):** \_\_\_\_\_ **Attivabile**

- **Tipologia di cura domiciliare concordata con MMG:** \_\_\_\_\_

Data di invio al Servizio RRF: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**A CURA DEL SERVIZIO RRF DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PRI da parte del Servizio RRF: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Medico del Servizio RRF a cui è assegnata la Presa in Carico (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Data di attivazione delle prestazioni riabilitative: \_\_/\_\_/\_\_\_\_:

- con risorse del Servizio RRF dell'ASL
- con risorse del Servizio RRF dell'ASL e attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_
- attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_

Esito trattamenti riabilitativi:Proposta di continuazione dei trattamenti riabilitativi:  No  Sì

se presente:  **Accettata** (specificare data della "Scheda di valutazione di fine trattamento riabilitativo" \_\_/\_\_/\_\_\_\_, nonché numero e frequenza dei trattamenti \_\_\_\_\_)

**Non accettata** (indicare motivazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Data di conclusione dei trattamenti riabilitativi: \_\_/\_\_/\_\_\_\_Data di comunicazione della conclusione al MMG: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: __/__/____	Medico che chiude la Presa in carico	nome:	cognome:
------------------	--------------------------------------	-------	----------



Struttura e reparto proponente/i: \_\_\_\_\_ NDCC destinatario \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

**Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI) – Minori – Cure domiciliari**

Cognome e Nome Indirizzo	Data e Luogo di nascita tel. C.F.
Care giver e telefono	ASL di residenza

<b>Attuale collocazione paziente</b> (specificare e barrare a lato)	In trattamento riabilitativo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Residenze socio-sanitarie <input type="checkbox"/> Domicilio
Sede (cod) <input type="checkbox"/> ..... / Reparto (cod) <input type="checkbox"/> ..... dal.....		
Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)		

Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> tracheo <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> v.mec Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC Pannolino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Altro (specificare) ..... Gessi, tutori <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare)..... Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz <input type="checkbox"/> Totale Disfagia <input type="checkbox"/> discinestesia <input type="checkbox"/> Altro (compresi i farmaci):	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">Sì</th> <th style="width:10%; text-align: center;">Parz.</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Controllo sfinterico</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Controllo del capo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Controllo del tronco</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Statica eretta</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mobilità nei trasferimenti</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cammino autonomo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Comunicazione verbale</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C.A.A.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Compliance famiglia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro:</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding-top: 20px;">Vineland</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Sì	Parz.	NO	Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statica eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cammino autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicazione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.A.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compliance famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro:				Vineland	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
	Sì	Parz.	NO																																														
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Controllo del capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Statica eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Cammino autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Comunicazione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
C.A.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Compliance famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Altro:																																																	
Vineland	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì																																															

Ausili (in uso):  No  Sì (specificare)  
 Problematiche sociali : No  Sì  (specificare)

**Diagnosi Principale e Secondarie**

ICD10CM <input type="checkbox"/> ..... (princip.) ICD10CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) ICD10CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) Cod Dis 1 – 6 : <input type="checkbox"/>	Bisogni clinico-internistici: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni assistenziali: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni riabilitativi: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Nessuna indicazione al trattamento riabilitativo
---	--	---

**Proposta di PRI**

Obiettivi per funzioni: da raggiungere a breve termine - da raggiungere a medio termine - Professionisti coinvolti, numero e frequenza dei trattamenti: -- - Tempi previsti per la realizzazione (senza complicanze): ..... Gradiente di modificabilità della disabilità (Prognosi funzionale): <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Da rivalutare	<b>Metodologie e metodiche riabilitative</b> <input type="checkbox"/> Riabilitazione funzione motoria <input type="checkbox"/> Riabilitazione funzione cardio/respiratoria <input type="checkbox"/> Riabilitazione funzione cognitiva <input type="checkbox"/> Riabilitazione comunicazione <input type="checkbox"/> Recupero funzione deglutitoria <input type="checkbox"/> Riabilitazione competenze relazionali <input type="checkbox"/> Valutazione ausili <input type="checkbox"/> Altro	<b>Setting appropriato:</b> <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Riabilitative Data prevista per un eventuale cambio di setting e relative indicazioni: __ / __ / __
Note:		

Data: __ / __ / __	<b>Medico Proponente il PPRI</b>	nome:	cognome:
	Telefono:	e-mail:	

Timbro e firma leggibile

**Data di invio al NDCC:** \_\_ / \_\_ / \_\_

**A CURA DEL NDCC DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PPRI da parte del NDCC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_Data di invio al Servizio Cure Domiciliari: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**A CURA DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PPRI da parte del Servizio Cure Domiciliari: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_Proposta di Cure Domiciliari Riabilitative: **Non attivabile (specificare motivazione):** \_\_\_\_\_ **Attivabile**

- **Tipologia di cura domiciliare concordata con MMG:** \_\_\_\_\_

Data di invio al Servizio NPI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**A CURA DEL SERVIZIO NPI DELL'ASL \_\_\_\_\_**Data di ricevimento del PPRI da parte del Servizio NPI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Medico del Servizio NPI a cui è assegnata la Presa in Carico (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Valutazione del PPRI: **Validato** (PPRI diventa PRI)

- validazione senza visita dell'assistito, senza modifica del PPRI
- validazione senza visita dell'assistito (perché assistito già in carico al Servizio RRF), senza modifica del PPRI
- validazione previa visita dell'assistito, senza modifica del PPRI

Data di attivazione delle prestazioni riabilitative: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_:

- con risorse del Servizio RRF dell'ASL
- con risorse del Servizio RRF dell'ASL e attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_
- attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_

 **Non validato** (compilare PRI e ivi indicare data di attivazione delle prestazioni – Allegato B)

- redazione del PRI (diverso dal PPRI) senza visita dell'assistito
- redazione del PRI (diverso dal PPRI) senza visita dell'assistito (perché già in carico al Servizio RRF)
- redazione del PRI (diverso dal PPRI) in seguito a visita dell'assistito

Esito trattamenti riabilitativi:Proposta di continuazione dei trattamenti riabilitativi:  No  Sìse presente:  **Accettata** (specificare data della "Scheda di valutazione di fine trattamento riabilitativo" \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,

nonché numero e frequenza dei trattamenti \_\_\_\_\_)

 **Non accettata** (indicare motivazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Data di conclusione dei trattamenti riabilitativi: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data di comunicazione della conclusione al PLS: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: __/__/____	<b>Medico che chiude la Presa in carico</b>	nome:	cognome:
------------------	---	-------	----------

## Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) – minori – Cure Domiciliari

Cognome e Nome Indirizzo	Data e Luogo di nascita tel. C.F.
Care giver e telefono	ASL di residenza

**Attuale collocazione paziente** (specificare e barrare a lato)

 Sede (cod)  ..... / Reparto (cod)  ..... dal .....

Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)

 In trattamento  
riabilitativo  
 sì  no

 Ospedale  
 Residenze  
socio-sanitarie  
 Domicilio

Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> tracheo <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> v.mec Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC Pannolino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Altro (specificare) ..... Gessi, tutori <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare)..... Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz <input type="checkbox"/> Totale Disfagia <input type="checkbox"/> discinestesia <input type="checkbox"/> Altro (compresi i farmaci):	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sì</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Parz.</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Controllo sfinterico</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Controllo del capo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Controllo del tronco</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Statica eretta</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mobilità nei trasferimenti</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cammino autonomo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Comunicazione verbale</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C.A.A.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Compliance famiglia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro:</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding-top: 10px;">Vineland</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Sì	Parz.	NO	Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statica eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cammino autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicazione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.A.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compliance famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro:				Vineland	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
	Sì	Parz.	NO																																														
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Controllo del capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Statica eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Cammino autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Comunicazione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
C.A.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Compliance famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Altro:																																																	
Vineland	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì																																															

 Ausili (in uso):  No  Sì (specificare)

 Problematiche sociali : No  Sì  (specificare)

**Diagnosi Principale e Secondarie**

ICD10CM <input type="checkbox"/> ..... (princip.) ICD10CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) ICD10CM <input type="checkbox"/> ..... (second.) Cod Dis 1 – 6 : <input type="checkbox"/>	Bisogni clinico-internistici: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni assistenziali: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti Bisogni riabilitativi: <input type="checkbox"/> Elevati <input type="checkbox"/> Medi <input type="checkbox"/> Bassi <input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Nessuna indicazione al trattamento riabilitativo
---	--	---

**PRI**

<b>Obiettivi per funzioni:</b> da raggiungere a breve termine - da raggiungere a medio termine - <b>Professionisti coinvolti, numero e frequenza dei trattamenti:</b> -- - Tempi previsti per la realizzazione (senza complicanze): .....  Gradiente di modificabilità della disabilità ( <u>Prognosi funzionale</u> ): <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Da rivalutare	<b>Metodologie e metodiche riabilitative</b> <input type="checkbox"/> Riabilitazione funzione motoria <input type="checkbox"/> Riabilitazione funzione cardio/respiratoria <input type="checkbox"/> Riabilitazione funzione cognitiva <input type="checkbox"/> Riabilitazione comunicazione <input type="checkbox"/> Recupero funzione deglutitoria <input type="checkbox"/> Riabilitazione competenze relazionali <input type="checkbox"/> Valutazione ausili <input type="checkbox"/> Altro	<b>Setting appropriato</b> <input type="checkbox"/> <b>Cure Domiciliari Riabilitative</b>  <b>Data prevista per un eventuale cambio di setting e relative indicazioni:</b> _/_/_
Note:		

Data: _/_/____	<b>Medico redattore del PRI</b>	nome:	cognome:
	Telefono:	e-mail:	

Timbro e firma leggibile

Data di invio al NDCC: \_/\_/\_\_\_\_

**A CURA DEL NDCC DELL'ASL \_\_\_\_\_**

Data di ricevimento del PRI da parte del NDCC: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data di invio al Servizio Cure Domiciliari: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**A CURA DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI DELL'ASL \_\_\_\_\_**

Data di ricevimento del PRI da parte del Servizio Cure Domiciliari: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Proposta di Cure Domiciliari Riabilitative: **Non attivabile (specificare motivazione):** \_\_\_\_\_ **Attivabile**

- **Tipologia di cura domiciliare concordata con MMG:** \_\_\_\_\_

Data di invio al Servizio NPI: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**A CURA DEL SERVIZIO NPI DELL'ASL \_\_\_\_\_**

Data di ricevimento del PRI da parte del Servizio NPI: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Medico del Servizio NPI a cui è assegnata la Presa in Carico (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Data di attivazione delle prestazioni riabilitative: \_\_/\_\_/\_\_\_\_:

- con risorse del Servizio RRF dell'ASL
- con risorse del Servizio RRF dell'ASL e attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_
- attivazione del Contratto vigente per le Cure Domiciliari Riabilitative con la Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_

Esito trattamenti riabilitativi:Proposta di continuazione dei trattamenti riabilitativi:  No  Si

se presente:  **Accettata** (specificare data della "Scheda di valutazione di fine trattamento riabilitativo" \_\_/\_\_/\_\_\_\_, nonché numero e frequenza dei trattamenti \_\_\_\_\_)

**Non accettata** (indicare motivazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Data di conclusione dei trattamenti riabilitativi: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data di comunicazione della conclusione al PLS: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data: __/__/____	<b>Medico che chiude la Presa in carico</b>	nome:	cognome:
------------------	---	-------	----------

## SCHEMA DI VALUTAZIONE DI FINE TRATTAMENTO RIABILITATIVO

### RIEDUCAZIONE MOTORIA ADULTI

COGNOME	NOME
Data e luogo di nascita	
Indirizzo	ASL di residenza ..... ASL di domicilio .....

#### DIAGNOSI PRINCIPALE (riportare quella del PRI)

---

Data inizio trattamento .. / .. /20..

Data fine trattamento .. / .. /20..

Barthel Index (0-100) iniziale ..... (come da PRI)

Barthel Index (0-100) finale .....

#### Obiettivi: come individuato dal PRI (max 3)

- Riduzione del dolore
- Riduzione della spasticità
- Aumento dell'arco di movimento
- Aumento della forza muscolare
- Aumento della tolleranza allo sforzo
- Controllo del tronco in posizione seduta
- Controllo della statica eretta
- Autonomia nei passaggi posturali
- Deambulazione con ausili
- Variazione/abbandono degli ausili nella marcia
- Superamento di dislivelli/scale
- Aumento sicurezza nelle ADL
- Aumento autonomia nelle ADL
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....

#### Sintesi

- Trattamento terminato
- Proposta di prosecuzione

Obiettivi di una eventuale prosecuzione

---



---

#### Sintesi del periodo di trattamento

##### Progressione del recupero

- Assente
- Lenta
- Interrotta
- Scarsa
- Regolare
- Rapida

##### Criticità

- Assenti
- Contenute
- Significative
- Gravi

(se presenti specificare) \_\_\_\_\_

---



---

#### Valutazione fisioterapica finale

Attraverso compilazione scheda GAS sul retro

#### Ausili (possibile barrare più di una voce)

- Assenti
- Presenti e idonei
- Presenti ma non utilizzati
- Presenti ma non idonei

(Valutazione relativa a protesi/ortesi/ausili) \_\_\_\_\_

---



---

Data compilazione

Fisioterapista (nome, cognome, firma leggibile)



## SCHEDA DI VALUTAZIONE DI FINE TRATTAMENTO RIABILITATIVO

### LOGOPEDIA ADULTI

COGNOME	NOME
Data e luogo di nascita	
Indirizzo	ASL di residenza ..... ASL di domicilio .....

#### DIAGNOSI PRINCIPALE (riportare quella del PRI)

Valutazione delle competenze fasiche e/o articolatorie/prassiche e/o deglutorie:

Test: \_\_\_\_\_ iniziale \_\_\_\_\_ finale \_\_\_\_\_

#### Obiettivi: come individuato dal PRI (max 3)

- Miglioramento della comunicazione mimica
- Miglioramento della comunicazione gestuale
- Miglioramento della comunicazione pragmatica
- Miglioramento della comunicazione verbale
- Miglioramento della comunicazione scritta
- Apprendimento della comunicazione aumentativa/alternativa
- Miglioramento dell'articolazione del linguaggio
- Miglioramento delle prassie bucco-linguo-facciali
- Miglioramento delle prassie del linguaggio
- Miglioramento dell'autonomia comunicativa con persone note
- Miglioramento dell'autonomia comunicativa con sconosciuti
- Miglioramento dell'autonomia comunicativa al telefono
- Apprendimento delle corrette posture deglutorie
- Apprendimento delle misure di protezione per la deglutizione
- Miglioramento delle funzioni corticali superiori diverse dal linguaggio
- Altro (specificare).....

#### Esito:

- Trattamento terminato
- Proposta di prosecuzione

Obiettivi "SMART" (*Specific Measurable Achievable Relevant Time-based*) di una eventuale prosecuzione

#### Sintesi del periodo di trattamento:

##### Progressione del recupero

- Assente
- Lenta
- Interrotta
- Scarsa
- Regolare
- Rapida

##### Criticità

- Assenti
- Contenute
- Significative
- Gravi

(se presenti specificare) \_\_\_\_\_

#### Valutazione Logopedica dell'outcome

Attraverso compilazione scheda GAS sul retro

#### Ausili (possibile barrare più di una voce)

- Assenti
- Presenti e idonei
- Presenti ma non utilizzati
- Presenti ma non idonei

(Valutazione relativa a protesi/ausili) \_\_\_\_\_

Data compilazione

Logopedista (nome, cognome, firma leggibile)





## SCHEMA DI VALUTAZIONE DI FINE TRATTAMENTO RIABILITATIVO

### RIEDUCAZIONE MOTORIA MINORI (FKT/TPNEE)

COGNOME	NOME
Data e luogo di nascita	ASL di residenza .....
Indirizzo	ASL di domicilio .....

#### DIAGNOSI PRINCIPALE (riportare quella del PRI)

---

Data inizio trattamento .. / .. /20..

Data fine trattamento .. /.. /20..

Vineland iniziale ved. allegato

Vineland finale ved. allegato

#### Obiettivi: come individuato dal PRI ( max 3)

#### Sintesi del periodo di trattamento

- Riduzione del dolore
- Riduzione della spasticità
- Aumento dell'arco di movimento
- Aumento della forza muscolare
- Aumento della tolleranza allo sforzo
- Miglioramento funzione del/degli a.sup
- Miglioramento funzione del/degli a. inf.
- Controllo del capo
- Controllo del tronco in posizione seduta
- Controllo della statica eretta
- Collaborazione nei passaggi posturali
- Deambulazione con ausili
- Superamento di dislivelli/scale
- Disturbi percettivi
- Iniziativa motoria
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....

#### Progressione del recupero

- Assente
- Lenta
- Interrotta
- Scarsa
- Regolare
- Rapida

#### Criticità

- Assenti
- Contenute
- Significative
- Gravi

(se presenti specificare) \_\_\_\_\_

---

#### Sintesi

- Trattamento terminato
- Proposta di prosecuzione

Obiettivi "SMART" (*Specific Measurable Achievable Relevant Time-based*) di una eventuale prosecuzione

---

#### Valutazione fisioterapica finale

Attraverso compilazione scheda GAS sul retro

#### Ausili (possibile barrare più di una voce)

- Assenti
- Presenti e idonei
- Presenti ma non utilizzati
- Presenti ma non idonei

(Valutazione relativa a protesi/ortesi/ausili) \_\_\_\_\_

---

Data compilazione

FKT/TPNEE (nome, cognome, firma leggibile)



## SCHEMA DI VALUTAZIONE DI FINE TRATTAMENTO RIABILITATIVO

### LOGOPEDIA MINORI

COGNOME Data e luogo di nascita Indirizzo	NOME  ASL di residenza ..... ASL di domicilio .....
---	---

#### DIAGNOSI PRINCIPALE (riportare quella del PRI)

---

Data inizio trattamento .. / .. /20..

Data fine trattamento .. /.. /20..

Vineland o sim. iniziale ..... (come da PRI)

Vineland o sim. finale .....

**Obiettivi:** come individuato dal PRI (max 3)

#### Sintesi del periodo di trattamento

- Rieducazione attenzione e responsabilità
- Rieducazione linguaggio verbale
- Valutazione ed impostazione C.A.A.
- Rieducazione prassie buccali
- Valutazione e trattamento disfagia
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....

#### Progressione del recupero

- Assente
- Lenta
- Interrotta
- Scarsa
- Regolare
- Rapida

#### Criticità

- Assenti
- Contenute
- Significative
- Gravi

(se presenti specificare) \_\_\_\_\_

---



---

#### Sintesi

- Trattamento terminato
- Proposta di prosecuzione

Obiettivi "SMART" (*Specific Measurable Achievable Relevant Time-based*) di una eventuale prosecuzione

---



---

#### Valutazione logopedica finale

Attraverso compilazione scheda GAS sul retro

**Ausili** (possibile barrare più di una voce)

- Assenti
- Presenti e idonei
- Presenti ma non utilizzati
- Presenti ma non idonei

(Valutazione relativa a protesi/ortesi/ausili ) \_\_\_\_\_

---

Data compilazione

Logopedista (nome, cognome, firma leggibile)

**Importanza per il paziente:** Importante, Molto Importante, Estremamente importante. **Difficoltà** nel raggiungimento (per il professionista): Facile, Difficoltà minima, Difficoltà moderata, Difficoltà estrema  
**Obiettivo raggiunto alla partenza:** di solito in parte o affatto, (nel peggiore dei casi) Punteggio di raggiungimento obiettivo: come previsto = raggiunge l'obiettivo impostato. parzialmente raggiunto = qualche miglioramento ma obiettivo non raggiunto, come all'inizio = nessun cambiamento, un po' meglio = raggiunto più dell'obiettivo, molto meglio - rispetto all'obiettivo impostato  
**SMART=** specific, measurable, achievable, relevant and time-based (**specifico, misurabile, raggiungibile, realistico, in un tempo definito**)

	Richiesta del pz/famiglia (se esplicitata)	Obiettivo "SMART" (dall'elenco)	Importanza	Difficoltà nel raggiungimento	Situazione iniziale	Raggiunto	Variazione (Descrivere il risultato se diverso dall'atteso)	
1		Data 1^seduta .. /.. /20..	<input type="checkbox"/> <b>Import.</b> <input type="checkbox"/> <b>Molto i</b> <input type="checkbox"/> <b>Estr. i</b>	<input type="checkbox"/> <b>Facile</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà minima</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà moderata</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà estrema</b>	<input type="checkbox"/> <b>In parte</b> <input type="checkbox"/> <b>Affatto</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Molto meglio <input type="checkbox"/> Un po' meglio <input type="checkbox"/> <b>Come previsto</b>  <input type="checkbox"/> Raggiunto in parte <input type="checkbox"/> Come all'inizio <input type="checkbox"/> Peggio	Ultima seduta: .. /.. /20..
			<i>Prestazione iniziale</i>					
2		Data 1^seduta .. /.. /20..	<input type="checkbox"/> <b>Import.</b> <input type="checkbox"/> <b>Molto i</b> <input type="checkbox"/> <b>Estr. i</b>	<input type="checkbox"/> <b>Facile</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà minima</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà moderata</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà estrema</b>	<input type="checkbox"/> <b>In parte</b> <input type="checkbox"/> <b>Affatto</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Molto meglio <input type="checkbox"/> Un po' meglio <input type="checkbox"/> <b>Come previsto</b>  <input type="checkbox"/> Raggiunto in parte <input type="checkbox"/> Come all'inizio <input type="checkbox"/> Peggio	Ultima seduta: .. /.. /20..
			<i>Prestazione iniziale</i>					
3		Data 1^seduta .. /.. /20..	<input type="checkbox"/> <b>Import.</b> <input type="checkbox"/> <b>Molto i</b> <input type="checkbox"/> <b>Estr. i</b>	<input type="checkbox"/> <b>Facile</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà minima</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà moderata</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà estrema</b>	<input type="checkbox"/> <b>In parte</b> <input type="checkbox"/> <b>Affatto</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Molto meglio <input type="checkbox"/> Un po' meglio <input type="checkbox"/> <b>Come previsto</b>  <input type="checkbox"/> Raggiunto in parte <input type="checkbox"/> Come all'inizio <input type="checkbox"/> Peggio	Ultima seduta: .. /.. /20..
			<i>Prestazione iniziale</i>					

## SCHEMA DI VALUTAZIONE DI FINE TRATTAMENTO RIABILITATIVO

### TERAPIA OCCUPAZIONALE ADULTI

COGNOME	NOME
Data e luogo di nascita	
Indirizzo	ASL di residenza ..... ASL di domicilio .....

#### DIAGNOSI PRINCIPALE (riportare quella del PRI)

---

Barthel Index (0-100) iniziale ..... ( come da PRI)      Barthel Index (0-100) finale .....

#### Obiettivi: come individuato dal PRI ( max 3)

- Autonomia nell'alimentazione
- Autonomia nella preparazione dei cibi
- Autonomia nella cura quotidiana della persona
- Autonomia nel fare bagno/doccia, lavare i capelli
- Autonomia negli spostamenti in ambiente protetto
- Autonomia negli spostamenti in ambiente esterno
- Organizzazione delle attività della giornata e gestione aiuti esterni
- Autonomia nelle attività di cura della casa
- Autonomia nelle attività di svago
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....
- Altro (specificare).....

#### Esito:

- Trattamento terminato
- Proposta di prosecuzione

Obiettivi "SMART" (*Specific Measurable Achievable Relevant Time-based*) di una eventuale prosecuzione

---



---

#### Sintesi del periodo di trattamento: Progressione del recupero

- Assente
- Lenta
- Interrotta
- Scarsa
- Regolare
- Rapida

#### Criticità

- Assenti
- Contenute
- Significative
- Gravi

(se presenti specificare) \_\_\_\_\_

---

#### Valutazione del T.O. dell'outcome

Attraverso compilazione scheda GAS sul retro

#### Ausili (possibile barrare più di una voce)

- Assenti
- Presenti e idonei
- Presenti ma non utilizzati
- Presenti ma non idonei

(Valutazione relativa ad protesi/ausili) \_\_\_\_\_

---

Data compilazione

Terapista occupazionale (nome, cognome, firma leggibile)

**Importanza per il paziente:** Importante, Molto Importante, Estremamente importante. **Difficoltà** nel raggiungimento (per il professionista): Facile, Difficoltà minima, Difficoltà moderata, Difficoltà estrema  
**Obiettivo raggiunto alla partenza:** di solito in parte o affatto, (nel peggiore dei casi) Punteggio di raggiungimento obiettivo: come previsto = raggiunge l'obiettivo impostato. parzialmente raggiunto = qualche miglioramento ma obiettivo non raggiunto, come all'inizio = nessun cambiamento, un po' meglio = raggiunto più dell'obiettivo, molto meglio - rispetto all'obiettivo impostato  
**SMART=** specific, measurable, achievable, relevant and time-based (**specifico, misurabile, raggiungibile, realistico, in un tempo definito**)

Richiesta del pz/famiglia (se esplicitata)	Obiettivo "SMART" (dall'elenco)	Importanza	Difficoltà nel raggiungimento	Situazione iniziale	Raggiunto	Variazione (Descrivere il risultato se diverso dall'atteso)	
1	Data 1^seduta .. /.. /20..	<input type="checkbox"/> <b>Import.</b> <input type="checkbox"/> <b>Molto i</b> <input type="checkbox"/> <b>Estr. i</b>	<input type="checkbox"/> <b>Facile</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà minima</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà moderata</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà estrema</b>	<input type="checkbox"/> <b>In parte</b> <input type="checkbox"/> <b>Affatto</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Molto meglio <input type="checkbox"/> Un po' meglio <input type="checkbox"/> <b>Come previsto</b>  <input type="checkbox"/> Raggiunto in parte <input type="checkbox"/> Come all'inizio <input type="checkbox"/> Peggio	Ultima seduta: .. /.. /20..
		<i>Prestazione iniziale</i>					
2	Data 1^seduta .. /.. /20..	<input type="checkbox"/> <b>Import.</b> <input type="checkbox"/> <b>Molto i</b> <input type="checkbox"/> <b>Estr. i</b>	<input type="checkbox"/> <b>Facile</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà minima</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà moderata</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà estrema</b>	<input type="checkbox"/> <b>In parte</b> <input type="checkbox"/> <b>Affatto</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Molto meglio <input type="checkbox"/> Un po' meglio <input type="checkbox"/> <b>Come previsto</b>  <input type="checkbox"/> Raggiunto in parte <input type="checkbox"/> Come all'inizio <input type="checkbox"/> Peggio	Ultima seduta: .. /.. /20..
		<i>Prestazione iniziale</i>					
3	Data 1^seduta .. /.. /20..	<input type="checkbox"/> <b>Import.</b> <input type="checkbox"/> <b>Molto i</b> <input type="checkbox"/> <b>Estr. i</b>	<input type="checkbox"/> <b>Facile</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà minima</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà moderata</b> <input type="checkbox"/> <b>Difficoltà estrema</b>	<input type="checkbox"/> <b>In parte</b> <input type="checkbox"/> <b>Affatto</b>	<input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Molto meglio <input type="checkbox"/> Un po' meglio <input type="checkbox"/> <b>Come previsto</b>  <input type="checkbox"/> Raggiunto in parte <input type="checkbox"/> Come all'inizio <input type="checkbox"/> Peggio	Ultima seduta: .. /.. /20..
		<i>Prestazione iniziale</i>					

**Punteggi di impegno e soddisfazione 0/10 (0 nessun impegno/molto insoddisfatto - 10 massimo impegno/completamente soddisfatto)**

Alla presa in carico				Al termine del trattamento			
Impegno del paziente	Impegno dei familiari/caregiver	Soddisfazione del paziente	Soddisfazione dei familiari/caregiver	Impegno del paziente	Impegno dei familiari/caregiver	Soddisfazione del paziente	Soddisfazione dei familiari/caregiver