



SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA

U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa

medprot.sr@asp.sr.it; tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta

medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medicinariab.lentini@asp.sr.it; tel. 095/909803/9812

U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto

medprot.noto@asp.sr.it; tel. 0931/890505/510/524

1. Richiesta Prestazione di Riabilitazione Domiciliare/Ambulatoriale per i centri ex. art. 26

Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta compila il seguente modulo e lo invia o consegna all'utente:

1. RICHIESTA INTERVENTO RIABILITATIVO CENTRI EX. ART. 26

Assistito _____

Nato _____ il _____

Cod. Fisc. _____ età _____ sesso _____ M ☐ F ☐

Residenza.....Comune.....

Via.....Tel.....

MMG _____ Dr Tel.

☐ Presa in carico per prima ammissione

☐ Rivalutazione per ciclo riabilitazione già effettuato con dimissione il _____

VALUTAZIONE CLINICA

Patologia prevalente (codice ICD9-CM) _____

Patologie concomitanti (codice ICD9-CM) _____

Diagnosi Funzionale _____

ANAMNESI CLINICO-FUNZIONALE

Breve relazione anamnestica

La presente richiesta deve essere corredata dalla valutazione "clinico-funzionale –profilo di autonomia –".

Il Medico di Medicina Generale potrà richiedere alle strutture (ADI, ADI cure palliative, etc) qualora in trattamento, di formulare la richiesta di prestazioni riabilitativa domiciliare

Medico Medicina Generale/ Dirigente Medico
(Timbro e Firma con Codice Regionale o Iscr. Ordine)



SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA

U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa

medprot.sr@asp.sr.it; tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta

medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medicinariab.lentini@asp.sr.it; tel. 095/909803/9812

U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto

medprot.noto@asp.sr.it; tel. 0931/890505/510/524



2. Valutazione Clinico-Funzionale "Profilo di Autonomia"

PROFILO DI AUTONOMIA

DISTURBI COGNITIVI E DEL COMPORTAMENTO (DISCO) *

PCOC	Descrizione	VCOM – DISCO-
A	Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	0
B	Almeno una delle seguenti condizioni:	1
	Orientamento spazio-temporale compromesso in modo significativo	
	Allucinazioni / delirio	
	Ripetuto abuso verbale (insolenza, minacce...)	
	Comportamento alimentare alterato	
C	Almeno una delle seguenti condizioni:	2
	Alterazione totale del ritmo sonno-veglia	
	Aggressione fisica perpetrata o minacciata ripetutamente	
	Attività motoria aberrante (wandering, tentativi di fuga...)	
	Idee suicidarie manifeste o tentativi di suicidio	

SITUAZIONE FUNZIONALE

MOBILITÀ

ATTIVITÀ DI BASE

	PMOB		PADL
si sposta da solo	1	autonomo o quasi	1
si sposta assistito	2	dipendente	2
non si sposta	3	totalmente dipendente	3

LIVELLI DI PROGNOSTICI

Livello prognostico	PLPR	Livello prognostico	PLPR
Non disabile	1	Disabilità stabilizzata	5
Possibilità di recupero	2	Possibilità di contenimento della regressione	6
Possibilità di miglioramento	3	Disabilità con deterioramento	7
Possibilità di miglioramento con affiancamento costante	4	Assenza di disabilità	8

(Indice Medico di Non Autosufficienza) D.M.I.*

PDMI Criteri Assoluti	PDMI Criteri Relativi
<input type="checkbox"/> Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti	<input type="checkbox"/> Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
<input type="checkbox"/> Doppia incontinenza	<input type="checkbox"/> Incontinenza saltuaria
<input type="checkbox"/> Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> Confusione temporo-spaziale episodica
<input type="checkbox"/> Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
<input type="checkbox"/> Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi	<input type="checkbox"/> Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
<input type="checkbox"/> Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)	<input type="checkbox"/> Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
<input type="checkbox"/> Necessità di terapie multiple e complesse	<input type="checkbox"/> Patologie croniche di rilievo in compenso labile
	<input type="checkbox"/> Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

PSOC		PSOC		PSOC	
1	ben assistito	2	parzialmente assistito	3	non sufficientemente assistito
Note:					

3. TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Setting	Tipologia di prestazione	Frequenza Settimanale	Durata
● Domiciliare ● Ambulatoriale			

Medico Medicina Generale/ Dirigente Medico
(Timbro e Firma con Codice Regionale o Iscr. Ordine)