



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. Richiesta Prestazione di Riabilitazione per i centri ex. art. 26

Da compilare a cura del Medico Specialista di struttura pubblica o convenzionata

Al Responsabile U.O.S. Medicina Riabilitativa

Distretto di: _____

Il/la sottoscritto/a _____

tel. n. _____ Indirizzo mail (obbligatorio) _____

Medico di Medicina Generale ☐ _____ Nr. di Iscr.ne Ordine _____
Pediatra di libera scelta ☐ _____ Nr. di Iscr.ne Ordine _____

Medico Specialista _____ Convenzionato ☐ SI NO ☐ Numero di Iscrizione Ordine _____
in _____ ☐ _____

PROPONE per Il/la Signor /a

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____ Residente in _____

Via _____ CF _____

N. Telefono _____ mail assistito/delegato _____

1. L'INSERIMENTO NEI CENTRI EX. ART. 26 PER TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN REGIME DI:

☐ Internato ☐ Internato Grave ☐ Seminternato ☐ Seminternato Grave ☐ Ambulatoriale ☐ Domiciliare

PER PRESTAZIONE DI:

☐ Fisiokinesiterapia ☐ Logoterapia ☐ Psicomotricità ☐ Altro _____

2. SCHEDA INFORMATIVA PERCORSO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE:

- () **DIAGNOSI FUNZIONALE;**.....
.....
() **OBIETTIVI;**.....
.....
() **PROGRAMMA RIABILITATIVO;**.....
.....
.....

NB: Il Medico Specialista deve segnalare nell'apposito rigo gli elementi essenziali del PRI

Condizioni clinico-assistenziali per l' erogazione di prestazioni riabilitative:

☐ Breve ☐ Urgente ☐ Differibile ☐ Programmabile

Timbro e firma Medico proponente

Data _____



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:

Data _____

Timbro e firma Medico proponente