



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 | | PMOB | ATTIVITA DI BASE | | 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-spatiale 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 _____