



www.ausl.pe.it

13/12
25/12
Originale

**AZIENDA U.S.L.
PESCARA**

21 DIC. 2017

Il giorno _____ nella sede dell'Unità Sanitaria Locale di Pescara

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Armando Mancini, nominato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 119 del 29.02.2016, acquisiti i pareri allegati del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, su proposta del Direttore Medico dell'U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa del P.O. Popoli, ha adottato il seguente provvedimento:

N. 1152

OGGETTO:

“Medicina Fisica e Riabilitativa – Provvedimenti”

IL DIRETTORE GENERALE

Letti e condivisi, rispettivamente, la relazione allegata al presente provvedimento sub Allegato Lettera "A" nonché i Documenti sub Allegati "1", "2", "3", "4", "5", "6" e "7". parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

Acquisiti il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo Aziendali;

DELIBERA

- di approvare i seguenti modelli e schede uniformi, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
 1. Cartella ospedaliera con scheda riabilitativa ospedaliera (All. 1);
 2. Scheda di valutazione fisiatrica ospedaliera (All. 2);
 3. Scheda di valutazione fisiatrica ambulatoriale (All. 3);
 4. Scheda ambulatoriale fisioterapica (All. 4);
 5. Scheda riabilitativa logopedica (All. 5);
 6. Scheda riabilitativa terapia occupazionale (All. 6);
 7. Modello di consenso informato (All.7);
- di trasmettere il presente provvedimento al Coordinatore delle Direzioni Mediche dei Presidi e al Coordinatore delle Direzioni Mediche dei Distretti al fine di garantire l'omogenea e capillare adozione di detti modelli e schede da parte di tutte le figure professionali aziendali coinvolte ;
- di demandare alla U.O.S. *Qualità, URP, CUP e Comunicazione istituzionale aziendale* il compito di conferire a detto provvedimento la massima visibilità sul sito internet istituzionale in modo da garantirne la fruizione in termini accessibili e diretti da parte di tutte le predette figure professionali;
- di disporre che il presente provvedimento venga pubblicato nella sezione "*Albo Pretorio on line*" del sito web ufficiale dell'Azienda USL di Pescara;
- di conferire al medesimo provvedimento carattere di immediata esecutività.

Il Direttore Medico U.O.C. MEDICINA FISICA e RIABILITATIVA P.O. POPOLI

Premesso che la Medicina Fisica e Riabilitativa è la specialità medica che, basandosi sulla valutazione dello stato funzionale, sulla diagnosi e sul trattamento delle correlate patologie, effettua e coordina interventi medici e tecnici con l'obiettivo di rendere ottimale lo stato funzionale dei soggetti in condizioni di disabilità;

Dato atto che, come già stabilito dalle *Linee Guida del Ministro della Sanità per le Attività di Riabilitazione* del 7 maggio 1998 e dal *Piano di Indirizzo per la Riabilitazione* del 10.02.2011, è necessaria, per l'accesso alle cure riabilitative, la redazione di un progetto riabilitativo individuale (di seguito: P.R.I.), di cui è responsabile il Medico Specialista in Riabilitazione/Fisiatra;

Richiamato, nel merito, il D.P.C.M. del 12/01/2017 di definizione e aggiornamento dei L.E.A., recepito con D.G.R. n°521 del 26.09.2017, e – per quanto di peculiare interesse delle presente – l'art. 44 comma 2 del secondo cui: *«L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del Medico Specialista in Riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione»;*

Richiamata altresì la Deliberazione G.R. n°611 del 25.10.2017 che, nell'avvalorare quanto già disposto nelle citate norme nazionali, ribadisce – in merito ai criteri appropriatezza per l'accesso alle prestazioni di riabilitazione che: *«[...] l'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che, in assenza di condizioni cliniche ostative al trattamento, predispone il progetto riabilitativo [...]»;*

Considerato che detto P.R.I. rappresenta lo strumento – specifico, sintetico e personalizzato – di guida del percorso di riabilitazione in quanto, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF, in esso vengono definite la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente nonché – mediante condivisione con il paziente e, quando possibile, con la famiglia e i *caregiver* – le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi e la conclusione della presa in carico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti;

Rilevato che lo stesso P.R.I. deve prevedere, al suo interno, il *programma riabilitativo*, il quale;

- definisce le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;
- definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di alcuni giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di qualche settimana) e li aggiorna nel tempo;
- definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce l'impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Considerata la necessità che gli interventi riabilitativi posti in essere vengano inseriti in un modello "a rete", in grado di seguire il paziente dalla fase di insorgenza della menomazione/disabilità, fino al reinserimento sociale e lavorativo, ove possibile;

Rilevato che, a tal fine, la *cartella riabilitativa* costituisce lo strumento indispensabile atto ad assicurare la corretta presa in carico del paziente, l'equità e uniformità nei percorsi e nei trattamenti poiché, attraverso le scale di valutazione contenute al suo interno, essa consente di valutare l'efficacia dei trattamenti e il raggiungimento degli obiettivi, presupposti – questi – fondamentali per stabilire i criteri di priorità nell'erogazione degli interventi, la ripetibilità dei cicli, nonché il corretto setting riabilitativo;

Ritenuto che nel P.R.I. sia di primaria importanza la corretta e congrua valutazione del percorso riabilitativo del paziente sin dalla degenza ospedaliera per acuzie, necessaria per assicurare il subitaneo inizio della riabilitazione, atto a prevenire le complicanze e contestualmente ridurre i tempi di degenza nei reparti per acuti;

Considerata di conseguenza necessaria, per il precoce orientamento al trattamento del paziente, la tempestiva *valutazione di carattere fisiatrico*, redatta su apposita scheda e sentiti i diversi componenti del team (infermiere, fisioterapista, caregiver/s, ecc.);

Considerato altresì che gli altri professionisti della riabilitazione eventualmente coinvolti nel P.R.I. (logopedista e/o terapeuta occupazionale), debbano – per quanto di loro precipua competenza – provvedere analogamente alla corretta e congrua compilazione delle relative schede di programma, contribuendo in tal modo all'individuazione del miglior percorso assistenziale individualizzato;

Ritenuto opportuno, al fine di garantire l'omogenea e rigorosa realizzazione del modello "a rete" nell'intero assetto aziendale, ospedaliero e territoriale, far in modo che il processo di valutazione del P.R.I. si attui mediante la compilazione dei seguenti modelli e schede uniformi, che con la presente proposta deliberativa si intende approvare:

1. Cartella ospedaliera con scheda riabilitativa ospedaliera (All. 1);
2. Scheda di valutazione fisiatrica ospedaliera (All. 2);
3. Scheda di valutazione fisiatrica ambulatoriale (All. 3);
4. Scheda ambulatoriale fisioterapica (All. 4);
5. Scheda riabilitativa logopedica (All. 5);
6. Scheda riabilitativa terapia occupazionale (All. 6);
7. Modello di consenso informato (All.7);

Ritenuto altresì opportuno garantire la massima e capillare diffusione degli stessi modelli e schede per la loro tempestiva adozione da parte di tutte le figure professionali aziendali coinvolte;

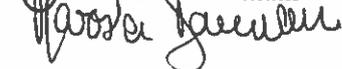
tutto ciò premesso e considerato, si propone:

- di approvare i seguenti modelli e schede uniformi, parte integrante e sostanziale della presente proposta provvedimentoale:
 1. Cartella ospedaliera con scheda riabilitativa ospedaliera (All. 1);
 2. Scheda di valutazione fisiatrica ospedaliera (All. 2);
 3. Scheda di valutazione fisiatrica ambulatoriale (All. 3);
 4. Scheda ambulatoriale fisioterapica (All. 4);
 5. Scheda riabilitativa logopedica (All. 5);
 6. Scheda riabilitativa terapia occupazionale (All. 6);
 7. Modello di consenso informato (All.7);
- di trasmettere la deliberazione oggetto della presente proposta provvedimentoale al Coordinatore delle Direzioni Mediche dei Presidi e al Coordinatore delle Direzioni Mediche dei Distretti al fine di garantire l'omogenea e capillare adozione di detti modelli e schede da parte di tutte le figure professionali aziendali coinvolte;
- di demandare alla U.O.S. *Qualità, URP, CUP e Comunicazione istituzionale aziendale* il compito di conferire al provvedimento di cui alla suddetta proposta provvedimentoale la massima visibilità sul sito internet istituzionale in modo da garantirne la fruizione in termini accessibili e diretti da parte di tutte le predette figure professionali;
- di disporre che il suddetto provvedimento venga pubblicato nella sezione "Albo Pretorio on line" del sito web ufficiale dell'Azienda USL di Pescara;
- di conferire al medesimo provvedimento carattere di immediata esecutività.

Popoli, li _____

Il C.P.S. Fisioterapista
P.O. Area Riabilitazione

Dott.ssa Marzia Damiani



Direttore Medico

U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA P.O. POPOLI

Dr. Carlo Antonio D'Aurizio





www.ausl.pe.it

CARTELLA RIABILITATIVA OSPEDALIERA

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

UO _____

SDO _____

Stato di coscienza		Comportamento		Comunicazione		Coscienza di malattia		
<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Attento <input type="checkbox"/> Obnubilato <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Adeguato <input type="checkbox"/> Agitazione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Rallentamento <input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non valutabile		
Tono			Trofismo			Stenia		
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipertonia spastica <input type="checkbox"/> Ipotonia <input type="checkbox"/> Flaccidità			<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipotrofia lieve <input type="checkbox"/> Ipotrofia grave <input type="checkbox"/> Altro:			<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipostenia <input type="checkbox"/> Paresi <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Non valutabile		
Coordinazione			Movimenti involontari			Movimenti volontari		
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dismetria/frenage <input type="checkbox"/> Diadococinesia <input type="checkbox"/> Asinergia <input type="checkbox"/> Non valutabile			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tremore <input type="checkbox"/> Discinesie <input type="checkbox"/> Mioclonie <input type="checkbox"/> Movimenti coreiformi			<input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> Bradicinesia <input type="checkbox"/> A/Ipocinesia		
Postura								
Seduto				Stazione eretta				
<input type="checkbox"/> Normale senza supporti <input type="checkbox"/> Lateropulsione <input type="checkbox"/> Retropulsione <input type="checkbox"/> Solo con supporti <input type="checkbox"/> Non valutabile				<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con atteggiamento in flessione <input type="checkbox"/> Camptocormica <input type="checkbox"/> Lateropulsione <input type="checkbox"/> Retropulsione <input type="checkbox"/> A base allargata <input type="checkbox"/> Non valutabile				
Deambulazione								
<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Con assistenza <input type="checkbox"/> Con ausili			<input type="checkbox"/> Carico completo <input type="checkbox"/> Carico parziale (Kg 0%) _____			<input type="checkbox"/> Non carico		
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Claudicante <input type="checkbox"/> Anserina <input type="checkbox"/> Emiparetica			<input type="checkbox"/> Paraparetica <input type="checkbox"/> Aprassica <input type="checkbox"/> Atassica <input type="checkbox"/> Pseudobulbare			<input type="checkbox"/> Parkinsoniana <input type="checkbox"/> Steppante <input type="checkbox"/> Instabile <input type="checkbox"/> Non valutabile		
Passaggi posturali e trasferimenti								
<input type="checkbox"/> Decubito supino - Decubito laterale <input type="checkbox"/> Decubito supino - Seduto <input type="checkbox"/> Seduto - Decubito supino <input type="checkbox"/> Seduto - Stazione eretta <input type="checkbox"/> Stazione eretta seduto				<input type="checkbox"/> Da letto a sedia <input type="checkbox"/> Da sedia a carrozzina <input type="checkbox"/> Da letto a carrozzina e viceversa				
Scale: salita / discesa				<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Con ausili				



www.ausl.pe.it

SCHEDA RIABILITATIVA OSPEDALIERA

Unità Operativa _____

Fisioterapista _____

PAZIENTE: _____

Diagnosi

VALUTAZIONE FUNZIONALE (allegato)

SCALE DI VALUTAZIONE	DATA	DATA	DATA	DATA
FIM				
BORG				
FAC				
RANKIN				
ASHWORTH				
VAS				
MRC				
TINETTI				
NIH				
GLASGOW COMA SCALE				

Programma riabilitativo:

Data	Firma
-------------	--------------

DATA	TRATTAMENTO	OPERATORE



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa – Direttore Dott. C. D'Aurizio

Scheda di Valutazione e Percorso Riabilitativo

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____ DATA VISITA _____

REPARTO _____ SDO N. _____ DATA RICOVERO _____

PATOLOGIA ATTUALE _____

COMORBILITÀ _____

Performance premorbosa:

-RANKIN: 0: nessun sintomo 1: non disabilità significativa 2: disabilità lieve
 3: disabilità moderata 4: disabilità moderatamente grave 5: disabilità grave

-DEAMBULAZIONE: senza ausili con 1 ausilio con 2 ausili con walker incapace
 per esercizio domestico: con limitazioni no limitazioni sociale: limitazioni no limitazioni

Esame Funzionale _____

FIM _____ Barthel _____ Rankin _____ GCS _____ LCF _____ ASIA _____

TERAPIA FARMACOLOGICA _____

CRITERI DI COMPLESSITA'

Riduzione della vigilanza: NO SI Delirium: NO SI Infezioni acute in atto: NO SI

Depressione: NO SI Dolore: NO SI Disfagia: NO SI Malnutrizione: NO SI

Sondino NG/ PEG: NO SI Ulcera da pressione: NO SI

Catetere Venoso Centrale: NO SI Tracheostomia: NO SI

Instabilità clinica: NO SI (febbre > 37.8°C tachicardia > 100/min , tachipnea > 24apm
 ipotensione < 90mmhg SaO2 < 90%)

INSUFFICIENZA D'ORGANO

Insufficienza cardiaca (classe NYHA): No Si (I II III IV)

Insufficienza Respiratoria (GOLD): No Si (I II III IV O2 NIMV)

Insufficienza epatica: No Si (Child class A Child class B Child class C)

Insufficienza renale: No SI (lieve moderata severa)

INDICATORI DI TRANSIZIONE: Infezione urinaria si no ; Infezione non urinaria si no ;

Caduta si no ; Contenzione Fisica/farmacologica si no ; Trattamento del dolore si no

DEMENTIA (MMSE): No Lieve Moderata Severa

MALATTIA ONCOLOGICA ATTIVA: No Si

BISOGNI ASSISTENZIALI: Elevati Medi Bassi Assenti

C (carico assistenziale) cambiare la posizione corporea e trasferirsi, camminare e spostarsi, cura della persona: autonomo dipendenza parziale dipendenza totale

R (rischio di cadute, necessità di sorveglianza): assente moderato elevato

N (nursing): assistenza elevata media bassa

BISOGNI RIABILITATIVI: Elevati Medi Bassi Assenti

r.motoria r.neuromotoria t.occupazionale logopedia

r.respiratoria ausili/ortesi altri interventi

Intensità: meno di 1 volta/die o in gruppo 1 ora/die 3 ore/die

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE: Familiare di riferimento _____ Famiglia ristretta, famiglia allargata, persone che prestano assistenza, lavoro retribuito, abitazione, servizi previdenziali/assistenziali, servizi di sostegno sociale generale, servizi sanitari, ecc.

SINTESI DEL PROGETTO RIABILITATIVO

PROGRAMMA RIABILITATIVO

RIED.MOTORIA 93112 RIED.MOTORIA93114 R.RESPIRATORIA93181 TRAINING DEL PASSO9322
VALUT.FUNZIONALE93011 ELETTROTHERAPIA VALUT.PROTESICA9303 ALTRO _____
FISIOTERAPISTA _____

PERCORSO RIABILITATIVO :

L'EPISODIO ATTUALE HA DETERMINATO UNA RIDUZIONE DELLA PERFORMANCE ? : No Si

Divieto di carico: No Si Controlli Clinici/Diagnostici: No Si Demenza: No Si

Bisogni assistenziali: elevati medi bassi assenti

Bisogni riabilitativi: elevati medi bassi assenti FIM: _____ Barthel: _____

Complessita'/instabilita': elevata media bassa assente

Problematiche socio-familiari: assenti presenti transitorie

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA INTENSIVA COD.56 COD.75 COD.28

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ESTENSIVA AMBULATORIO RRF AMBULATORIO COMPLESSO SDAC

DIMISSIONE PROTETTA ADI ATTIVAZIONE UVM PER _____

ESITO: PAZ. DIMESSO/TRASFERITO IN DATA _____ PRESSO _____

IL DIRIGENTE MEDICO FISIATRA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Scheda Ambulatoriale di Valutazione Fisiatrica e Programma Riabilitativo

Data _____

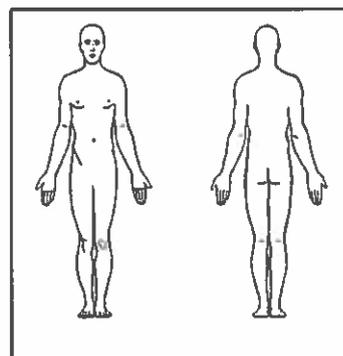
Utente _____ M-F Età _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Motivo della richiesta di valutazione _____

Dati anamnestici _____

Valutazione Fisiatrica



Valutazione biopsicosociale (ICF). Legenda:

0 problema assente o trascurabile;

1 problema lieve;

2 problema medio (25-49%);

3 problema grave (50-95%);

4 problema totale

8 non specificato; 9 non applicabile.

Per Attività e Partecipazione indicare performance e capacità.

Cod.	Descrizione	0	1	2	3	4	8	9
b130	Funzioni dell'energia e delle pulsioni							
b134	Funzioni del sonno							
b152	Funzioni emozionali							
b280	Sensazione di dolore							
b710	Funzioni della mobilità dell'articolazione							
b730	Funzioni della forza muscolare							
b735	Funzioni del tono muscolare							
s7	Strutture corporee							
d230	Eseguire la routine quotidiana							

d410	Cambiare la posizione corporea di base (sdraiarsi, sedersi)								
d415	Mantenere una posizione corporea								
d430	Sollevarre e trasportare oggetti								
d440	Uso fine della mano (raccogliere, afferrare, manipolare)								
d445	Uso della mano e del braccio								
d450	Camminare								
d455	Spostarsi (salire, saltare, correre)								
d540	Vestirsi								
d640	Fare i lavori di casa								
d850	Lavoro retribuito								
d920	Ricreazione e tempo libero (gioco,arte,sport,hobby)								
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale (cibo, farmaci)								
e115	Prodotti e tecnologie per l'uso personale nella vita quotidiana								
e310	Famiglia ristretta								

Scale di valutazione(VAS-SST-Barthel-Backill-WOMAC) _____

Prognosi Riabilitativa _____

PROGRAMMA RIABILITATIVO (breve differibile programmato)

Numero sedute _____ Frequenza _____

Obiettivi _____

Metodologia _____

Autotrattamento, educazione, consigli vari _____

Prescrizione(codici) _____

Prestazioni prescritte non a carico del SSN _____

Visita di controllo _____ :

Il Fisiatra _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Distretto Sanitario di _____

Scheda Ambulatoriale di Fisioterapia e Programma Riabilitativo

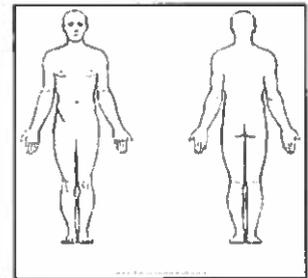
Utente: _____ M-F Età _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Diagnosi Clinica e Prescrizione Fisiatrica

Diagnosi clinica e Prescrizione del MMG Dr.

Osservazione e Valutazione Fisioterapica



Test e Scale di Valutazione

Problemi Riabilitativi Individuati ed Obbiettivi

Obiettivi:

Programma e Pianificazione del Trattamento Riabilitativo

Valutazione Finale ed Obiettivi Conseguiti

Data Inizio Trattamento: _____

Data Fine Trattamento: _____

Frequenza: _____

N.Totale Sedute: _____

Il Fisioterapista

SCHEDA DI PROGRAMMA RIABILITATIVO LOGOPEDICO

COGNOME: _____ NOME: _____ Data di nascita: _____
 Reparto: _____ Letto n. _____
 Data inizio trattamento: _____ Data fine trattamento: _____ Log. _____

Sintesi Menomazioni/Disabilita' – Attivita'/Partecipazione:

DISARTRIA (b320)	
AFASIA (b167)	
DISFAGIA (b5105)	
DEFICIT NEUROPSICOLOGICI (b140-b189)	
ALTRO	

OBIETTIVI:

METODOLOGIA OPERATIVA:

Valutazione iniziale:

Valutazione finale:

Data	Logopedista								
------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------



**SCHEDA DI PROGRAMMA RIABILITATIVO
TERAPIA OCCUPAZIONALE**

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Diagnosi: _____

Data inizio trattamento: _____ Data fine trattamento: _____ T.O. _____

Valutazione arto superiore:

	INGRESSO	DIMISSIONE
Nine Hole Peg Test		
Box and Block		
JHFT		
Fugl Meyer UL*		

*M: motricità; S: sensibilità; R: R.O.M; D: dolore

**Riepilogo del livello d'indipendenza e dei deficit neuro-comportamentali (A-ONE)
all'ingresso:**

Obiettivi:

Metodologia operativa:



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO-NOTA INFORMATIVA- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Gentile signore/a le è stato prescritto un ciclo di Fisioterapia, legga attentamente tutte le informazioni prima di firmare il Consenso Informato e il Trattamento dei Dati personali e Sensibili.

NOTA INFORMATIVA

NEL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA DA CUI È AFFETTO LE È STATO PRESCRITTO UN CICLO DI: (BARRARE LA VOCE INTERESSATA).

L'ELETTROTERAPIA ANTALGICA (T.E.N.S. DIADINAMICA): consiste nell'applicare degli elettrodi nella zona da trattare e erogare corrente elettrica a scopo antalgico.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): riduzione della sintomatologia dolorosa.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili: Possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione. Peggioramento della sintomatologia dolorosa, irritazione cutanea, possibili lesioni termiche.

Controindicazioni assolute: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea; portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per a funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto.

Indicazioni: sindromi dolorose acute dell'apparato osteo-artro-muscolare.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea.

Possibili alternative: assunzione di terapia farmacologica

ET ELETTROSTIMOLAZIONE: consiste nell'applicare degli elettrodi nella zona da trattare e erogare corrente elettrica con lo scopo di ottenere la contrazione muscolare.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): miglioramento della forza e il trofismo muscolare.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili: inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione. Irritazione cutanea, possibili lesioni termiche.

Indicazioni: necessità di potenziamento muscolare.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea; portatori di stimolatori cardiaci o altri dispositivi elettronici per a funzioni vitali e/o di gravi aritmie cardiache, trombosi venose in atto.

Possibili alternative: esercizi di rinforzo muscolare.

L'ULTRASUONOTERAPIA: consiste nell'applicare delle placche cosparse di gel sulla zona da trattare e/o testina mobile (in acqua) che veicola le onde ultrasonore.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): riduzione del dolore, dell'infiammazione.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili: possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione. Aumento del dolore, possibili lesioni termiche in corrispondenza di cicatrici, reazioni di intolleranza nei confronti delle sostanze gel / creme.

Indicazioni: sindromi dolorose acute o croniche dell'apparato osteo-artro-muscolare.

Controindicazioni: presenza di stimolatori cardiaci stato di gravidanza, grave osteoporosi, di lesioni flogistiche acute, di ematomi, di stati di alterata sensibilità con turbe della percezione termica; protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.

Possibili alternative: terapie farmacologica

LASER TERAPIA ANTALGICA (APPLICAZIONE DI RADIAZIONI NON IONIZZANTI): consiste nel proiettare il raggio Laser nella zona da trattare. Il paziente va protetto con idonei occhiali.

Risultati conseguibili (parziali e definitivi): una riduzione dell'infiammazione, del dolore, dell'edema.

Rischi connessi possibili e/o prevedibili: possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione, aumento del dolore.

Indicazioni: sindromi dolorose dell'apparato osteo-artro-muscolare.

Controindicazioni: presenza di stati di alterata sensibilità cutanea, gravidanza, da stati di fragilità capillare e di labilità pressoria, dalla presenza di trombosi venose in atto.

Possibili alternative: terapia farmacologica.

L'IRRADIAZIONE INFRAROSSA: consiste nel posizionare la lampada infrarossa sulla zona da trattare allo scopo di aumentare l'irrorazione sanguigna.
Risultati conseguibili (parziali e definitivi): dalla riduzione del dolore e degli spasmi muscolari.
Rischi connessi possibili e/o prevedibili: possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione, comparsa eritemi, da possibili lesioni termiche.
Controindicazioni: presenza di stati neoplastici, stati febbrili, stati infiammatori acuti, da soggetti con particolare fotosensibilità (che assumano antibiotici, sulfamidici e barbiturici) dalla presenza di emartri o idrarti.
Possibili alternative: terapia farmacologica.

MAGNETOTERAPIA: consiste nel posizionare la parte da trattare all'interno di solenoidi che emettono onde elettromagnetiche.
Risultati conseguibili (parziali e definitivi): regressione del processo infiammatorio, accelerazione del consolidamento osseo.
Rischi connessi possibili e/o prevedibili: possibile inefficacia terapeutica, pur in presenza di corretta prestazione, aumento del dolore.
Indicazioni: sindromi dolorose dell'apparato osteoartro-muscolare, fratture con ritardi di consolidazione.
Controindicazioni: presenza di trombosi venose in atto, di stati emorragici e di versamenti ematici presenza di stimolatori cardiaci, gravidanza, protesi articolari cementate e/o mezzi di sintesi metallici endotessutali.
Possibili alternative: terapie farmacologica.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti. Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune. L'informazione è parte integrante della nostra professione per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe. Grazie per la collaborazione.

Il Signor /Signora: _____

Ha personalmente ricevuto le note informative per l'esame dal Dottor:

Data ___/___/___/ Firma _____

Io sottoscritto/a dichiaro di avere ricevuto dal Dottor/Dott.ssa in Fisioterapia esaurienti spiegazioni in merito alla tipologia di trattamento fisioterapico a cui mi dovrò sottoporre, così come riassunto nei paragrafi di cui sopra.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti.

Dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di fisioterapia indicato nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento.

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute e di non avere in atto patologie come descritte nei "rischi assoluti".

DATA.....

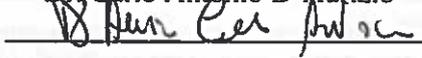
FIRMA (tutore o genitore nei casi richiesti)

Allegato B – Originale

Il Direttore proponente attesta la regolarità tecnica ed amministrativa, nonché la legittimità del presente provvedimento.

Il Direttore U.O.C.
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA P.O. POPOLI

Dr. Carlo Antonio D'Aurizio



Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono i seguenti pareri sul presente provvedimento:

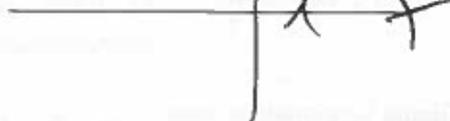
Favorevole

Non favorevole per le seguenti motivazioni:

II DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Paolo Zappalà)

Favorevole

Non favorevole per le seguenti motivazioni:



II DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

(Dr. Valterio Fortunato)



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Armando Mancini

Il presente provvedimento viene pubblicato all'albo on line dell'Azienda USL di Pescara in data 22 DIC, 2017 ove rimarrà affisso per un periodo non inferiore a n°15 giorni consecutivi.

Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo a seguito della pubblicazione all'albo on line dell'Azienda USL di Pescara.

Il presente provvedimento è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale.

Il presente provvedimento viene trasmesso:

per l'esecuzione a:

◦ UOS Qualità URP CUP

◦ PO Popoli DS DIR.MED. U.O.C MED. FIS. E RIAB.

per conoscenza a:

◦ COORD. DIR.MED.

◦ COORD. DIR. MED. DEI DISTRI.

◦ alla Giunta Regionale in data

con nota prot. n°

◦ al Presidente Conferenza dei Sindaci in data

con nota prot. n°

◦ al Collegio Sindacale in data

con nota prot. n°

U.O.C. Affari Generali e Legali

Il Funzionario incaricato

U.O.C. Affari Generali e Legali

Il Responsabile Affari Generali

(dott. Fabrizio Veri)