

**Modello unico per attivazione ADI - RSA – Riabilitazione Territoriale (ex art. 26 833/78)**  
(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Cognome _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Nome _____                         |  |
| Luogo di nascita _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Data di nascita _____              |  |
| Indirizzo di residenza : Via _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | n. civico                          |  |
| Codice Fiscale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Telefono _____                     |  |
| Comune di residenza _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Municipio      <br>(solo per Roma) |  |
| Domicilio (se diverso da residenza) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                    |  |
| Persona di riferimento) _____ - _____ - _____<br>(specificare relazione se familiare o altro)      Cognome                      Nome                      Recapito telefonico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                    |  |
| Diagnosi e descrizione problema principale _____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                    |  |
| Esito di recente evento acuto (ultimi 90 gg)? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      Paziente trasportabile con i comuni mezzi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |
| <b>Altre condizioni cliniche :</b> <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> malattie vascolari<br><input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche <input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche <input type="checkbox"/> esiti frattura femore<br><input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari <input type="checkbox"/> esiti di ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre mal.<br>Neurologiche <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale<br>infantile <input type="checkbox"/> disturbo gen. dello sviluppo <input type="checkbox"/> neoplasie ( <input type="checkbox"/> locoregionale <input type="checkbox"/> metastatica <input type="checkbox"/> (stato di cachessia )<br><input type="checkbox"/> altro _____ |  |                                    |  |
| Principali terapie mediche in atto: _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                    |  |
| <b>CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                    |  |
| <b>Stabilità clinica</b> <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                    |  |
| <b>Stato di coscienza</b> <input type="checkbox"/> Orientato nello spazio <input type="checkbox"/> Orientato nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso<br><input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Soporoso / Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                    |  |
| <b>Disturbi cognitivi</b> <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |
| <b>Disturbi comportamentali</b> (su base psichica o psicorganica) <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                    |  |
| <b>Dolore</b> 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10    (0= assenza di dolore; 10= massimo dolore immaginabile)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                    |  |
| <b>Mobilità</b> <input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona<br><input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                    |  |
| <b>Alimentazione</b> <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Mangia e beve assistito <input type="checkbox"/> Rifiuta alimentazione <input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                    |  |
| <b>Supporto sociale; Vive:</b> <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> altri<br><b>Assistito da:</b> <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante,...)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                    |  |

**Necessità assistenziali particolari in atto o da assicurare**

- ☐ Chemio/radioterapia in atto    ☐ Ossigenoterapia (OLT)    ☐ Ventilazione meccanica assistita  
☐ Tracheostomia    ☐ Broncoaspirazione    ☐ Drenaggio posturale    ☐ Dialisi    ☐ Trasfusioni periodiche  
☐ Nutrizione Parenterale    ☐ Nutrizione enterale (☐ SNG ☐ PEG)    ☐ Catetere vescicale (☐ a permanenza ☐ a intermittenza)    ☐ Catetere sovrapubico    ☐ Uretronefrostomia    ☐ Catetere Venoso Centrale o Periferico (CVC o PICC)    ☐ Catetere epidurale    ☐ Drenaggi    ☐ Enterostomia    ☐ Ulcere cutanee da qualsiasi causa  
☐ Terapia infusionale    ☐ ECG periodici    ☐ prelievi ematici periodici  
☐ Accessi MMG/PLS (ADP) con periodicità: ☐ settimanale    ☐ quindicinale    ☐ mensile  
☐ Visite specialistiche periodiche (specificare) \_\_\_\_\_  
☐ Altro \_\_\_\_\_

**PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO**

- ☐ Riabilitazione Territoriale (ex art.26 833/78) in regime:  
☐ Residenziale    ☐ Semiresidenziale    ☐ Domiciliare  
☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)    ☐ RSA (Assistenza Residenziale a lungo termine)

**Finalità e obiettivi del percorso assistenziale richiesto:**

- ☐ Stabilizzazione e prevenzione progressione dei sintomi    ☐ Monitoraggio stato clinico/assistenziale  
☐ Recupero funzioni perse o ridotte    ☐ Prevenzione anchilosi/ipomobilità    ☐ Sviluppo strategie compensatorie  
☐ Educazione utilizzo protesi/ausili    ☐ Altro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Il compilatore**

- ☐ **MMG/PLS**    ☐ **Medico ospedaliero**    ☐ **Specialista ambulatoriale**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Recapito tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Se medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:**

Ospedale/Servizio \_\_\_\_\_

Reparto/Unità Operativa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_ \* c.r.

inviare a

\* codice regionale