

ALLEGATO A

CENTRO DI RIABILITAZIONE MONTESSORI

Il Centro Montessori svolge attività sanitaria di riabilitazione, prevalentemente per soggetti in età evolutiva, attraverso due servizi:

- **Centro Ambulatoriale di Riabilitazione (C.A.R.);**
- **Presidio di Riabilitazione Funzionale a ciclo diurno (P.R.F.).**

L'attività di riabilitazione viene svolta secondo quanto previsto dalla specifica normativa vigente.

CENTRO AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (C.A.R.): CRITERI RELATIVI ALLA MODALITA' DI PRESA IN CARICO RIABILITATIVA IN ETA' EVOLUTIVA

L'intervento riabilitativo in età evolutiva avviene secondo un modello di presa in carico globale del bambino e della sua famiglia che presuppone l'intervento di una équipe multidisciplinare.

CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO

L'attività è rivolta a bambini e ragazzi di età compresa tra 0 e 18 anni affetti da patologie neuropsichiatriche e fisiatriche, principalmente:

- patologie neurologiche (es. dismetaboliche, degenerative, malformative, da sofferenza anossico-ischemica, paralisi cerebrali infantili) e malattie neuromuscolari;
- malattie genetiche e cromosomiche coinvolgenti il SNC;
- deficit sensoriali gravi;
- ritardi mentali;
- disturbi generalizzati dello sviluppo;
- disturbi dell'apprendimento;
- disturbi del linguaggio;
- disturbi comportamentali (es. ADHD);
- disturbi emozionali, disturbi d'ansia e depressivi.

La richiesta di presa in carico multidisciplinare è generalmente eseguita dalla famiglia su indicazione del pediatra di libera scelta, di altre strutture sanitarie o degli insegnanti. In una minoranza di casi la richiesta è effettuata dai Servizi Sociali o dal Tribunale dei Minori.

La richiesta può essere posta telefonicamente o direttamente presso il Centro all'assistente sociale che compila la **Scheda di Prima Visita e Priorità**.

Successivamente il Centro (in genere l'assistente sociale) contatta la famiglia per comunicare la data del primo appuntamento per il colloquio con l'assistente sociale e la visita medica (con impegnativa del curante per "trattamento multidisciplinare").

Ogni 15 giorni i medici effettuano le prime visite e definiscono il grado di priorità nella lista d'attesa.

Mensilmente il direttore amministrativo, il direttore sanitario, i medici, l'assistente sociale e il referente-terapisti programmano i nuovi accessi alla struttura in relazione alle risorse del Centro.

PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

Al primo appuntamento l'assistente sociale accoglie la famiglia, presenta la modalità operativa del Centro, svolge una prima valutazione del contesto familiare e sociale del bambino. La prima visita medica viene eseguita dal Neuropsichiatra Infantile o dal Fisiatra il quale provvede alla raccolta anamnestica, alla valutazione iniziale del bambino e della sua famiglia in 1-3 incontri; inoltre stabilisce l'appropriatezza della richiesta e alcuni dei criteri che concorrono a definire il grado di priorità nella lista d'attesa quali *tipo di patologia e grado di modificabilità del quadro clinico*. Questi criteri, insieme a *età del soggetto, data della richiesta*, e quelli definiti dall'assistente sociale quali *situazione familiare e risorse del territorio* permettono di definire il **grado di priorità nella lista d'attesa** riportato nella **Scheda di Prima Visita e Priorità**.

Al termine della prima visita il medico comunica alla famiglia il grado di priorità e il tempo di attesa presunto.

Al momento della presa in carico l'assistente sociale contatta la famiglia per comunicare la data del nuovo appuntamento con il medico o altro professionista per la valutazione.

Il medico che ha effettuato la prima visita decide quali operatori completano la *valutazione clinico-funzionale multidisciplinare* iniziale, in relazione alla condizione patologica del bambino, mediante: valutazione psicologica, pedagogica, logopedia, neuropsicomotoria, fisioterapia.

Al termine della valutazione *l'equipe multidisciplinare* che si è costituita, coordinata dal *medico responsabile*, definisce la diagnosi clinica secondo i criteri dell'ICD 10, il *progetto riabilitativo* e il *programma riabilitativo*.

Il medico restituisce quanto emerso dalla valutazione alla famiglia e condivide con la stessa la proposta riabilitativa. Il medico rilascia alla famiglia un *certificato* riportante l'orientamento diagnostico e la proposta riabilitativa che il genitore sottoscrive per presa visione. Infine il medico consegna ai genitori il *modulo informativo* e richiede il consenso al trattamento dei dati sensibili raccolti nella cartella clinica attraverso la firma del *modulo sulla privacy*.

PROGETTO RIABILITATIVO E SUE VERIFICHE

Il **progetto riabilitativo**, che in età evolutiva prevede la presa in carico globale del bambino con disabilità e della sua famiglia, viene elaborato dall'equipe multidisciplinare coordinata dal medico responsabile dopo la valutazione iniziale e definisce:

- il **medico specialista responsabile del progetto** stesso che condivide con la famiglia quanto emerso dalla valutazione iniziale e la proposta riabilitativa. Inoltre svolge, direttamente o indirettamente attraverso la delega e la definizione di un **referente di progetto** scelto tra i componenti dell'equipe (psicologo o pedagista), le seguenti funzioni: mantiene aggiornata la famiglia rispetto alle modifiche di progetto, provvede ai contatti con il pediatra di libera scelta e con le strutture coinvolte nel progetto riabilitativo. Infine il medico partecipa almeno 1-2 volte all'anno alle verifiche di progetto;
- gli **obiettivi** del trattamento a breve, medio e lungo termine, i **tempi** previsti (es. durata dei cicli di trattamento), le **azioni** e le **condizioni** necessarie al raggiungimento degli stessi;
- i **componenti dell'equipe riabilitativa** stabilendo il loro ruolo rispetto alle azioni da intraprendere;
- la periodicità delle **valutazioni** (eseguite sec. la Guida alla valutazione, Allegato B) e delle **verifiche** di progetto (trimestrali, semestrali o annuali);
- nell'ambito dell'equipe il **referente per le funzioni di integrazione scolastica** e i partecipanti ai Gruppi di lavoro (es. medico o psicologo o pedagista e un terapeuta o l'assistente sociale).

L'equipe compila ad ogni verifica di progetto l'apposito modulo, mantiene aggiornata la cartella clinica (secondo quanto previsto nell'Allegato A) e la documentazione prevista.

L'assistente sociale programma le valutazioni specialistiche concordate dall'equipe, le riunioni d'equipe per la verifica di progetto, il successivo colloquio del medico o del referente con la famiglia per la restituzione/condivisione. Ciò secondo i tempi definiti dall'equipe multiprofessionale.

Il Centro prevede un intervento terapeutico a cicli e la definizione di **percorsi riabilitativi differenziati per patologia** secondo linee guida nazionali o prassi riabilitative ampiamente condivise.

Il Centro si propone di realizzare un intervento riabilitativo secondo un percorso integrato socio-sanitario che preveda una connessione tra le **attività sanitarie di riabilitazione** sopra esposte, finalizzate a sviluppare le risorse potenziali dell'individuo con disabilità, e le **attività di riabilitazione sociale**, l'insieme degli interventi orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali allo scopo di garantire alla persona disabile e alla sua famiglia la massima partecipazione possibile alla vita sociale, con la minore restrizione possibile delle loro scelte operative, indipendentemente dalla gravità

della disabilità al fine di migliorare la qualità di vita e contenere la condizione di handicap, secondo quanto previsto dal modello bio-psico-sociale condiviso dalla comunità scientifica

SOSPENSIONE DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Il trattamento riabilitativo viene *sospeso* quando:

- in base alle valutazioni periodiche non si rilevano più cambiamenti significativi;
- gli obiettivi sono stati raggiunti ma si ritiene necessaria una supervisione periodica attraverso visite specialistiche e valutazioni, anche in relazione all'età del soggetto (necessaria impegnativa per "trattamento multidisciplinare");
- si prefigura la necessità di un passaggio ad un trattamento educativo e/o semplicemente assistenziale.

In tali situazioni spesso permane la funzione di integrazione scolastica (necessaria comunque impegnativa per "trattamento multidisciplinare").

DIMISSIONE

La *dimissione* dal Servizio viene ampiamente anticipata alla famiglia e si formalizza con la consegna alla famiglia della **Lettera di dimissione**.

La dimissione ordinaria avviene per raggiungimento degli obiettivi riabilitativi o al compimento del 18° anno di età o al termine del ciclo scolastico della scuola dell'obbligo e viene formalizzata dalla firma del genitore nell'apposito modulo.

Si procede alla dimissione anche nel caso di assenze ingiustificate dal trattamento terapeutico per almeno il 50% delle sedute in quanto ciò compromettere l'efficacia del trattamento stesso.

Infine la dimissione può essere richiesta dalla famiglia in qualunque momento o dall'equipe multidisciplinare per il venir meno dei requisiti necessari (es. alleanza terapeutica o mancata accettazione del progetto riabilitativo proposto alla famiglia).

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI EROGATI

Il Cento ambulatoriale attraverso l'attività dell'equipe multiprofessionale è in grado di erogare le seguenti prestazioni: attività sanitarie e attività favorevoli l'integrazione scolastica secondo quanto previsto dalla legge.

ATTIVITA' SANITARIE

- Valutazioni specialistiche (neuropsichiatrica, fisiatrice, psicologica, pedagogica, logopedica, neuro- psicomotorica, fisioterapia),
- Fisiocinesiterapia individuale o di gruppo,
- Fisioterapia respiratoria,
- Logopedia individuale o di gruppo,
- Neuropsicomotricità individuale o di gruppo,
- Terapia psicoeducativa,

- Riabilitazione cognitiva e dei disturbi dell'apprendimento,
- Intervento psicologico di supporto alla genitorialità,
- Psicoterapia individuale, di gruppo o familiare,
- Valutazione e prescrizione ausili/ortesi,
- Valutazione e trattamento disfagia e disturbi dell'alimentazione.

INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Una presa in carico globale prevede che l'equipe multidisciplinare accompagni la famiglia nei suoi contatti con la scuola affinché sia garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona con disabilità nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado.

L'equipe multidisciplinare realizza quanto sopra espresso attraverso lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- il medico individua la presenza dello stato di "alunno in situazione di handicap";
- il medico o il referente (psicologo o pedagista) redige la diagnosi funzionale (DF) concordata con l'equipe riabilitativa e con la famiglia;
- l'equipe che si riunisce per la verifica di progetto in prossimità del Gruppo di lavoro stabilisce gli operatori che parteciperanno allo stesso, in numero massimo di due;
- generalmente due rappresentanti dell'equipe partecipano a due Gruppi di lavoro (GL) annuali (medico o psicologo o pedagista e un terapeuta o l'assistente sociale) durante i quali si condivide possibilmente il PEI e quando necessario il PDF.

Si provvederà alla stipula di un protocollo d'intesa tra strutture sanitarie e istituzioni scolastiche affinché annualmente si svolga un Gruppo di lavoro presso la sede del Centro di riabilitazione e l'altro presso la struttura scolastica.

OPERATORI COINVOLTI NEL PROGETTO RIABILITATIVO

Si elencano i diversi professionisti coinvolti nello svolgimento del progetto riabilitativo e le relative funzioni presso il Centro.

MEDICO

Raccoglie l'anamnesi con i genitori, consulta la documentazione medica, visita il paziente, esegue una valutazione generica delle risorse emotive dei genitori, compila la cartella clinica, fa firmare il modulo relativo alla privacy, stila un primo progetto.

Successivamente richiede una o più consulenze necessarie alla definizione diagnostica e prognostica.

Il medico responsabile del progetto riabilitativo delega alcune funzioni al referente del progetto in accordo con l'equipe riabilitativa. L'equipe può decidere il passaggio di referenza ad altro operatore in relazione alla problematica prevalente.

Condivide con la famiglia il progetto iniziale.

Svolge insieme all'equipe la funzione di integrazione scolastica.

Il neuropsichiatra infantile effettua, in caso di particolare necessità, psicoterapia individuale o familiare.

Il fisiatra esegue anche valutazione ausili/ortesi e valutazione disfagia.

PSICOLOGO

Svolge il ruolo di referente del progetto secondo quanto concordato dall'equipe riabilitativa.

Effettua valutazioni cognitive, affettivo-relazionali e del comportamento.

Effettua, secondo necessità, intervento psicologico di supporto alla genitorialità con cadenza quindicinale o mensile, della durata di 3, 6, 12 mesi, prorogabile dopo la verifica di progetto.

Effettua, in caso di particolare necessità, psicoterapia individuale o familiare.

Svolge insieme all'equipe la funzione di integrazione scolastica.

Compila un diario dell'attività terapeutica svolta riportante gli elementi essenziali.

PEDAGOGISTA

Svolge il ruolo di referente del progetto secondo quanto concordato dall'equipe riabilitativa.

Effettua valutazioni cognitive e neuropsicologiche.

Effettua trattamento dei disturbi cognitivi e dell'apprendimento

Svolge un ruolo di riferimento per terapeuti ed educatori relativamente al trattamento di CAA, riabilitazione cognitiva, ausili tecnologici e software.

Svolge insieme all'equipe la funzione di integrazione scolastica.

Compila un diario dell'attività terapeutica svolta riportante gli elementi essenziali.

TERAPISTA: NEUROPSICOMOTRICISTA, FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA, TERAPISTA PSICOEDUCATIVA

Instaura un rapporto di fiducia con il bambino e con la famiglia preservando un ruolo professionale.

Adegua il setting terapeutico a: patologia, età, preferenze del singolo bambino.

Il terapeuta oltre alla funzione terapeutica esegue periodicamente valutazione strutturata del bambino.

Il terapeuta inoltre osserva, rileva, sperimenta, propone, misura e condivide con l'equipe.

Svolge insieme all'equipe la funzione di integrazione scolastica.

Il terapeuta compila un diario dell'attività terapeutica svolta in cui riporta il quadro clinico iniziale, i cambiamenti rilevanti dello stesso, il programma riabilitativo (es. uso di particolari esercizi, strumenti, setting, computer, software).

ASSISTENTE SOCIALE

Fornisce informazioni alle famiglie dei soggetti in carico relative alla legislazione riguardante lo stato di handicap, l'invalidità civile, le procedure da seguire per conseguire agevolazioni, ecc.

Fornisce informazioni alle famiglie per la compilazione di pratiche per ortesi ed ausili.

Cura l'invio ai servizi sociali del territorio di appartenenza e mantiene i contatti con gli stessi.

Si occupa delle pratiche nel caso di particolare disagio familiare.

Programma valutazioni, riunioni e colloqui secondo i tempi definiti dalle equipe, organizza l'orario delle terapie con la collaborazione del terapeuta-coordinatore.

Mantiene i rapporti con le istituzioni scolastiche, con le quali collabora per l'organizzazione dei gruppi di lavoro.

Compila relazioni atte ad ottenere agevolazioni, trasporti, educativa domiciliare, ecc.

Mantiene i rapporti con il Tribunale dei minori.

Cura il passaggio all'UMEA.

REFERENTE – TERAPISTI

Insieme all'assistente sociale mantiene aggiornata la situazione relativa alle terapie riabilitative in corso, agli spazi di terapia a breve termine e la situazione "frequenza assenze non motivate da terapia" in modo da agevolare l'intervento riabilitativo a cicli nei casi previsti.

TECNICO ORTOPEDICO

Il Centro prende contatti con una Sanitaria secondo le preferenze della famiglia e secondo le competenze tecniche della stessa nella realizzazione e nella fornitura di ausili/ortesi.

Pur non essendo una figura professionale assunta dal Centro il tecnico ortopedico della Sanitaria prescelta collabora con il medico competente e/o con il terapeuta dedicato nella valutazione e nella scelta di ausili e ortesi.

Effettua la personalizzazione degli stessi quando necessario, ne valuta l'adeguatezza, il corretto funzionamento anche longitudinalmente.

Istruisce il paziente e la famiglia all'uso e alla manutenzione dell'ausilio e/o dell'ortesi.

Il tecnico ortopedico deve rispettare il progetto riabilitativo proponendo soluzioni compatibili.

ALTRE ATTIVITA' SVOLTE PRESSO IL CENTRO AMBULATORIALE

Anche attraverso rapporti con strutture riabilitative di rilievo in Italia il Centro si prefigge la definizione di *percorsi riabilitativi differenziati per patologia* secondo linee guida nazionali o prassi riabilitative ampiamente condivise.

Ogni due mesi il direttore sanitario indice una riunione con tutti gli operatori delle equipe riabilitative per condividere dei casi clinici rilevanti allo scopo di migliorare e aggiornare la pratica clinica presso la Struttura e per discutere eventuali questioni organizzative.

ALLEGATI:

- Scheda di Prima Visita e Priorità
- Certificato medico
- Modulo informativo
- Modulo sulla privacy
- Lettera di dimissione
- LA CARTELLA CLINICA (subAllegato A)
- GUIDA ALLA VALUTAZIONE (subAllegato B)
- RIFERIMENTI NORMATIVI (subAllegato C)

RICHIESTA DI PRIMA VISITA

Data _____

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

SEDE ABITATIVA _____

TEL. _____

INVIANTE _____

MOTIVO DI INVIO

TRATTAMENTI RIABILITATIVI PRECEDENTI O IN CORSO

Dove _____

Operatore di riferimento _____

VALUTAZIONE DEL CENTRO

☐ Urgente ☐ Non Urgente

☐ Neuropsichiatra Infantile ☐ Fisiatra

Definizione della PRIORITA' di inserimento nella LISTA D'ATTESA per presa in carico riabilitativa
in età evolutiva

I criteri che definiscono *la priorità* di inserimento nella Lista d'attesa sono:

1. età del soggetto []
2. data della richiesta []
3. tipo di patologia []
4. grado di modificabilità del quadro clinico []
5. situazione familiare []
6. risorse del territorio [].

Ad ognuno di questi parametri viene attribuito un **punteggio da 0 a 3**. Il medico calcola il **punteggio totale** che permette di definire il **grado di priorità**.

Punteggio Totale: _____

Grado di priorità: _____

Per l'età del soggetto la scala di punteggio è la seguente:

- 0 – 3 anni, punteggio 3
- 4 – 7 anni, punteggio 2
- 8 – 12 anni, punteggio 1
- >12 anni, punteggio 0

Attribuito ad ogni parametro il valore appropriato, il medico calcola il **punteggio totale** che permette di definire il **grado di priorità** in quanto rientrante in uno dei seguenti intervalli:

- < 5, **bassa priorità**, presa in carico entro un anno dalla visita
- 6 – 10, **media priorità**, presa in carico entro sei mesi dalla visita
- > 11, **alta priorità**, presa in carico entro tre mesi dalla visita.

In base al valore di priorità, attribuito dal medico e comunicato ai genitori al momento della visita, l'assistente sociale provvede ad **aggiornare la Lista d'attesa**.

Data

Firma medico

**CENTRO
MONTESSORI**



**SERVIZIO DI
RIABILITAZIONE***

Neuropsichiatria Infantile –
Fisiatria
Psicologia – Pedagogia
Psicoterapia infantile
Fisioterapia – Psicomotricità
Logopedia – Ter.
Psicoeducativa
Servizio riabilitativo a ciclo
diurno
Servizio sociale

63023 FERMO
Via Visconti d'Oleggio,
60
Tel. 0734.622521
Fax 0734.624003
montessori@fermo.net

Fermo,

Il/la minore..... nato/a a.....
il..... ha effettuato in data..... le seguenti indagini cliniche:

- ☐ Visita Neuropsichiatria Infantile
- ☐ Visita Fisiatrica
- ☐ Valutazione Psicologica
- ☐ Valutazione Pedagogica
- ☐ Valutazione Logopedica
- ☐ Valutazione Neuropsicomotoria
- ☐ Consulenza Sociale

Dalla valutazione è emerso quanto segue:

.....

.....

.....

.....

.....

Si ritiene opportuno

.....

.....

.....

Si informa che il Progetto Riabilitativo verrà comunicato al Pediatra di libera scelta e al Distretto Sanitario di riferimento del minore.

Firma e timbro del medico

Per presa visione dei genitori
per consenso informato

**CENTRO
MONTESSORI**



**SERVIZIO DI
RIABILITAZIONE***

63023 FERMO
Via Visconti d'Oleggio,
60
Tel. 0734.622521
Fax 0734.624003
montessori@fermo.net

MODULO INFORMATIVO

Il Centro Montessori svolge attività sanitaria di riabilitazione, prevalentemente per soggetti in età evolutiva, attraverso due servizi:

- Centro Ambulatoriale di Riabilitazione (C.A.R.);
- Presidio di Riabilitazione Funzionale a ciclo diurno (P.R.F.).

L'attività di riabilitazione viene svolta secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Centro Ambulatoriale di Riabilitazione (C.A.R.)

L'intervento riabilitativo in età evolutiva avviene secondo un modello di presa in carico globale del bambino e della sua famiglia che presuppone l'intervento di una équipe multidisciplinare coordinata dal medico responsabile (Neuropsichiatria Infantile o Fisiatra).

L'équipe elabora il progetto riabilitativo che specifica: l'intervento terapeutico e i suoi obiettivi, le verifiche periodiche del progetto, l'eventuale funzione di integrazione scolastica.

Il medico responsabile o il referente di progetto condivide con la famiglia il progetto riabilitativo proposto e le sue verifiche attraverso colloqui clinici periodici.

Il Centro invia copia del progetto riabilitativo iniziale al Pediatra di libera scelta e all'ASUR.

Durante il trattamento riabilitativo del bambino si richiede alla famiglia di attendere in sala d'attesa ad eccezione di particolari accordi con il terapeuta/terapeuta.

L'intervento terapeutico richiede una continuità nel periodo concordato affinché risulti efficace.

Nel caso di assenze ingiustificate dal trattamento terapeutico per almeno il 50% delle sedute si convoca la famiglia e si procede alla sospensione dal trattamento o alla dimissione dal Centro.

Firma del genitore per presa visione

Firma del medico

**CENTRO
MONTESSORI**



**SERVIZIO DI
RIABILITAZIONE***

63023 FERMO
Via Visconti d'Oleggio,
60
Tel. 0734.622521
Fax 0734.624003
montessori@fermo.net

MODULO PRIVACY

Il Servizio di Riabilitazione del Centro Montessori di Fermo, ai sensi ed in conformità con l'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03 e, in specie, allo scopo di consentire l'espressione del consenso degli interessati

INFORMA CHE:

- I dati raccolti con la presente scheda sono destinati ad essere archiviati elettronicamente e manualmente nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;
- I dati raccolti verranno trattati ai fini della gestione dei rapporti con gli Enti e competenze pubbliche e private, nonché per la conoscenza degli elementi necessari ai fini dei trattamenti sociali, sanitari e riabilitativi e per documentare l'esito dei trattamenti stessi;
- Il trattamento di tali dati verrà effettuato ad opera di soggetti appositamente incaricati, appartenenti alle seguenti categorie: personale degli uffici della segreteria medico-amministrativa, personale sanitario (medici, tecnici della riabilitazione);
- Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria e in caso di rifiuto non potrà essere attivata la prestazione sanitaria/assistenziale;
- Lei può far valere i Suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. N. 196/03, rivolgendosi al responsabile

Il titolare del trattamento è MARCO MARCHETTI, elettivamente domiciliato, per le disposizioni di cui al D. Lgs. N. 196/03, presso la sede di questo Centro.

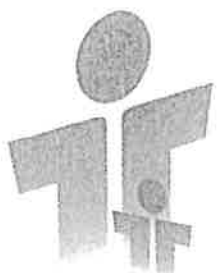
In fede.

Il sottoscritto Nome _____ Cognome _____	
esprime libero consenso al trattamento dei dati personali proprio/del paziente come sopra indicato. (la riga sottostante è da compilare se il dichiarante è soggetto diverso dal paziente)	
In qualità di _____	del paziente _____
Data _____	Firma leggibile _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI REGIME SEMI-RESIDENZIALE

Il sottoscritto ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE ☐	
A che vengano fornite notizie cliniche relative allo stato di salute <i>proprio / del paziente sopraindicato</i>	
In caso di consenso positivo specificare se del caso i nominativi delle persone che possono ottenere tali notizie _____	
Inoltre _____	ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE ☐ a _____
A che venga notificato dalla struttura il proprio ricovero a chi ne facesse richiesta	
Data _____	Firma _____

**CENTRO
MONTESSORI**



**SERVIZIO DI
RIABILITAZIONE***

63023 FERMO
Via Visconti d'Oleggio,
60
Tel. 0734.622521
Fax 0734.624003
montessori@fermo.net

Fermo,

LETTERA DI DIMISSIONE

Gentile Collega,

il/la suo/a assistito/a _____, nato/a a _____
il _____ in carico presso questo Centro dal _____ per la messa in atto di un
progetto di riabilitazione globale di tipo multidisciplinare in merito a _____

viene dimesso/a in data odierna per:

- ☐ il raggiungimento degli obiettivi terapeutici previsti dal progetto riabilitativo;
- ☐ il raggiungimento della maggiore età o il termine del ciclo scolastico;
- ☐ ripetute assenze dal trattamento ingiustificate;
- ☐ non accettazione del progetto riabilitativo da parte della famiglia;
- ☐ richiesta della famiglia di interrompere l'intervento riabilitativo presso il Centro.

Osservazioni: _____

Indicazioni: _____

Firma e timbro del medico

LA CARTELLA CLINICA

La cartella clinica è un *documento sanitario con valenza giuridica*, composito ed al tempo stesso unitario in cui vengono registrate, dal *personale sanitario*, le informazioni sanitarie, anagrafiche, sociali, giuridiche, relative al paziente in carico presso il Centro di riabilitazione, con *scopi primariamente diagnostici ed assistenziali* e secondariamente scientifici, statistici, medico-legali e didattici.

La cartella clinica rivesta un ruolo essenziale, come pure la documentazione sanitaria in genere, tra i *requisiti per l'accreditamento* di strutture pubbliche e private.

Il Codice di Deontologia Medica precisa che *“la cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere oltre a, ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate. La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.”*

COMPOSIZIONE

Per ogni utente in carico presso il Centro ambulatoriale di riabilitazione viene compilata una *Cartella clinica* composta da diverse parti come di seguito indicato.

- Copri-cartella (bianca), con nome, cognome, data di nascita utente, numero progressivo cartella;
- CARTELLA CLINICA (Cartella gialla unica).

La cartella clinica è costituita sempre dalle seguenti parti:

- **FRONTESPIZIO** (nella busta con Diario clinico): nella prima pagina sono riportati i dati anagrafici, i principali dati relativi alla situazione familiare, la data di ammissione e la data di dimissione. Nelle pagine seguenti sono riportati il medico responsabile del progetto riabilitativo, l'inquadramento diagnostico, le terapie riabilitative previste con la data d'inizio, il terapeuta/psicoterapeuta/pedagogista e la data di fine ciclo;
- busta con **DIARIO CLINICO** costituito da fogli con numero progressivo dove gli operatori sanitari quali medici, psicologi, pedagogista, riportano le date e gli elementi essenziali di visite, valutazioni, colloqui di restituzione con i genitori, colloqui con insegnanti o educatori, date dei GL, date delle riunioni di equipe, con la firma dell'operatore al termine. Per quanto riguarda la forma, le annotazioni devono essere leggibili, può essere usata la penna nera o blu, non è possibile lasciare più di una riga tra una annotazione e l'altra, le correzioni possono essere apportate lasciando però

leggibili le annotazioni errate;

- *Scheda di Prima Visita* (nella busta RELAZIONI MONTESSORI);
- Fotocopia *Certificato medico* (nella busta RELAZIONI MONTESSORI);
- *Modulo PRIVACY* (nella busta RELAZIONI MONTESSORI);
- Fotocopia *Modulo informativo* (nella busta RELAZIONI MONTESSORI);
- *Busta per DOCUMENTAZIONE ESTERNA*;
- *Busta per RELAZIONI MONTESSORI*;
- *Busta per PROGETTO RIABILITATIVO e sue VERIFICHE*;
- *Busta per VALUTAZIONI OPERATORI*;
- Fotocopia *LETTERA DI DIMISSIONE* (nella busta RELAZIONI MONTESSORI);
- *Busta per ASSISTENTE SOCIALE* contenente i dati principali relativi alla situazione familiare, alle risorse territoriali, ai riferimenti normativi dati alla famiglia ed eventualmente anche il diario relativo ad un intervento sociale di particolare rilevanza nell'ambito del progetto riabilitativo.

Possono inoltre essere presenti le seguenti parti:

- *Busta per INTEGRAZIONE SCOLASTICA con DF, PDF, PEI, verbali GL*;
- *Busta per PRESCRIZIONE AUSILI*;
- *Modulo di autorizzazione a riprese video, foto, ecc* (nella busta RELAZIONI MONTESSORI).

Oltre alla cartella clinica, per ogni utente in carico, gli operatori interessati sono tenuti a compilare:

- *DIARIO TERAPISTA* che riporta gli elementi essenziali del trattamento;
- *DIARIO PSICOTERAPEUTA* che riporta gli elementi più importanti relativi a psicoterapie o interventi psicologici di supporto alla genitorialità;
- *DIARIO PEDAGOGISTA* che riporta gli elementi essenziali del trattamento.

subAllegato B

GUIDA ALLA VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

La valutazione clinico-funzionale si avvale di una *osservazione clinica (libera e guidata)* e di una *valutazione strumentale*, cioè attraverso l'uso di test e questionari.

Di seguito sono indicati i test in uso presso il Centro e gli operatori che generalmente eseguono la valutazione di aree specifiche.

VALUTAZIONE SVILUPPO PSICOMOTORIO

Eseguita da Neuropsichiatra Infantile mediante:

- Scala di sviluppo psicomotorio della Prima Infanzia. Brunet Lezine. Ed. Giunti O.S.
- LEITER-R. Leiter International Performance Scale Revised. G.H. Rod, L.J. Miller. Ed. Giunti O.S. 2002.
- Osservazione libera.

VALUTAZIONE LIVELLO COGNITIVO

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- LEITER-R. Leiter International Performance Scale Revised. G.H. Rod, L.J. Miller. Ed. Giunti O.S. 2002.
- CPM- Matrici Progressive di Raven. J.C. Raven. Ed. O.S. 1984.
- SPM-Matric Progressive di Raven. J.C. Raven. Ed. O.S. 1954.
- WPPSI – Scala d'intelligenza Wechsler a livello prescolare e di scuola elementare. D. Wechsler Ed. O.S. 1973.
- WISC – R. Scala d'intelligenza Wechsler per bambini revisionata. D. Wechsler Ed. O.S. 1986.
- WAIS – R. Scala d'intelligenza Wechsler per adulti. D. Wechsler Ed. O.S. 1992.
- NUOVA SCALA METRICA DELL'INTELLIGENZA (N.E.M.I.). R.Zazzo, M.Gilly, M.Verba-Rad. Ed. Giunti O.S. 1983.
- Test dei cubi di Kohs. S.C. Kohs. Ed. Giunti O.S. 1980.

VALUTAZIONE CAPACITA' ADATTIVE

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- Vineland Adaptive Behavior Scales. Intervista. Forma completa. S.S. Sparrow, D.A. Balla, D.V. Cicchetti, Ed. Giunti O.S. 2003.
- PEP 3 PROFILO PSICOEDUCATIVO. Valutazione psicoeducativa TEACCH per bambini con Disturbi dello Spettro Autistico. E. Schopler, M.D. Lansing, R.J. Reichler, L.M. Marcus 2005. Ed.

italiana a cura di Enrico Micheli e Susanna Villa, Vannini Ed. 2006.

- Test ABI - Valutazione del comportamento adattivo nell'handicappato. L. Brown, Ed Erikson.

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA BREVE

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile, Logopedista mediante:

- BVN 5-11 – Batteria di valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva. P.E. Tresoldi, C. Vio, et al. Ed. Erikson.

VALUTAZIONE CAPACITA' di ATTENZIONE

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- LEITER-R. Leiter International Performance Scale Revised. G.H. Rod, L.J. Miller. Ed. Giunti O.S. 2002.

VALUTAZIONE CAPACITA' di MEMORIA

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- Figura complessa di Rey. A. Rey, Ed O.S. 1979.
- BVS-Corsi - Batteria per la valutazione della memoria visiva e spaziale. C. Cornoldi et al. Ed Erikson.

VALUTAZIONE FUNZIONI ESECUTIVE

Eseguita da Pedagogista Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- CPM. Matrici progressive di Raven. J.C. Raven. Ed. Giunti O.S. 1984.

VALUTAZIONE PERCEZIONE VISIVA E INTEGRAZIONE VISUO-MOTORIA

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile, Logopedista mediante:

- VMI: Developmental Test of Visual-Motor Integration, Beery K.E., N.A. Buktenica, Ed. Giunti O.S. 2000. Il "Beery-Buktenica" con i test supplementari Percezione Visiva e Coordinazione Motoria.
- Test TPV - Percezione visiva e Integrazione visuo-motoria. Hammill D.D., Pearson N.A., Voress J.K., Ed Erikson 1994.
- Bender Visual Motor Gestalt Test. L. Bender. Ed. Giunti O.S. 1979.

VALUTAZIONE CAPACITA' PRASSICHE

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra infantile, Neuropsicomotricista mediante:

- Protocollo per la valutazione delle Abilità Prassiche e della Coordinazione Motoria APCM. L. Sabbadini, Y. Tsafir, E. Iurato, Ed. Springer 2005.

VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE MOTORIE GLOBALI

Eseguita da Fisiatra, Neuropsicomotricista, Fisioterapista mediante:

- Gross Motor Function Measure (GMFM).
- Prove a tempo, prove di resistenza, esame muscolare (MRC) e articolare (SFTR).

VALUTAZIONE CAPACITA' COMUNICATIVE PER CAA

Eseguita da Pedagogista, Logopedista mediante:

- VCAA – Valutazione della Comunicazione Aumentativa Alternativa. H. Goldman. Ed. Erikson.

VAUTAZIONE LINGUAGGIO VERBALE

Eseguita da Pedagogista, Logopedista mediante:

- Test TVL - Valutazione del linguaggio. Livello prescolare. G.S. Fancello, C. Cianchetti. Ed. Erikson 1997.
- TPL. Test del primo linguaggio. G. Axia. Ed. Giunti O.S. 1995.
- Test di valutazione dell'articolazione. F. Fanzago.
- TFL Test fonico-lessicale. Valutazione delle abilità lessicali in età prescolare. L. Marotta, A. Luci, A. Romano, S. Vicari. Ed. Erikson 2006.
- Test CMF. Valutazione delle competenze metafonologiche (scuola d'infanzia). L. Marotta, M. Trasciani, S. Vicari. Ed. Erikson.
- Peabody – Test di vocabolario recettivo. PPVT-Revised (Peabody Picture Vocabulary Test-Revised, 1981. Adattamento italiano e standardizzato a cura di: G. Stella, C. Pizzaioli, P. E. Tressoldi; Omega Ed. 2000.
- Boston Naming Test.
- PVCL. Prove di valutazione della comprensione linguistica. D. Rustioni, M. Lancaster e Associazione La Nostra Famiglia. Ed. Giunti O.S. 1994, 2007.

VAUTAZIONE PRE-REQUISITI SCOLASTICI

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile, Logopedista mediante:

- PRCR2. Prove di prerequisito per la diagnosi delle difficoltà di lettura e scrittura. C. Cornoldi, L. Miato, A. Molin, S. Poli. Ed. Giunti O.S. 1999.

VAUTAZIONE APPRENDIMENTI SCOLASTICI

Eseguita da Pedagogista, Psicologo clinico, Logopedista mediante:

- DDE-2 Batteria per la valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva – 2. G. Sartori, R. Job, P.E. Tressoldi; Ed. Giunti O.S. 2007.
- Batteria per la Valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica nella Scuola dell'Obbligo. P.E. Tressoldi, C. Cornoldi; Ed. Giunti O.S. 1991.

- Test AC-MT 6-11 - Test di valutazione delle abilità di calcolo - Gruppo MT. C. Cornoldi, D. Lucangeli, M. Bellina. Ed Erikson, 2002.
- Prove di lettura MT per la scuola elementare. Cornoldi C., Colpo G. Ed. Giunti O.S. 1998.
- Prove di lettura MT per la scuola media inferiore. Cornoldi C. e Colpo G. Ed. Giunti O.S. 1995.
- Valutazione delle abilità matematiche. Analisi dei livelli di apprendimento e dei disturbi specifici. Giovanardi Rossi Paola, Malaguti Tamara. Ed. Erikson
- Valutazione delle abilità di scrittura. P Giovanardi Rossi, T. Malaguti. Ed. Erikson.

VALUTAZIONE AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE

Eseguita da Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- FAVOLE DI DUSS. Il metodo delle storie da completare, L. Düss. Ed. Giunti O.S. 1957.
- CAT. TEST DI APPERCEZIONE TEMATICA PER BAMBINI. L'adattamento del TAT all'età evolutiva, L. Bellak e S.S. Bellak. Ed. Giunti O.S. 1957.
- CDI. Children Depression Inventory. M. Lovacs. Ed. Giunti O.S. 1988.
- TAT. Test di appercezione tematica. H.A. Murray. Ed. Giunti O.S. 1960.
- MMPI. MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY. S.R. Hathaway, J.C. McKinley. Ed. Giunti O.S.
- TEST DI RORSCHCH. H. Rorschch.
- Test K-SADS-PL – Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti. J. Kaufman, B. Birmaher, U. Rao, N. Ryan, Ed Erikson.
- TEST PROIETTIVI GRAFICI: (Disegno di una persona, Disegno della famiglia, Disegno della famiglia incantata, Disegno di un albero, Disegno libero).
- Osservazione del gioco libero.
- Colloquio clinico.

VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE GENITORIALI

Eseguita da Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile mediante:

- Colloquio clinico.
- TAT. Test di appercezione tematica. H.A. Murray. Ed. Giunti O.S. 1960.
- MMPI. MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY. S.R. Hathaway, J.C. McKinley. Ed. Giunti O.S.
- TEST DI RORSCHCH. H. Rorschch.

VALUTAZIONE AUTISMO

Eseguita da Psicologo clinico, Neuropsichiatra Infantile, Neuropsicomotricista mediante:

- CARS. SCALA DI VALUTAZIONE DELL'AUTISMO INFANTILE. Eric Schopler e coll.
- PEP 3 PROFILO PSICOEDUCATIVO. Valutazione psicoeducativa TEACCH per bambini con Disturbi dello Spettro Autistico. E. Schopler, M.D. Lansing, R.J. Reichler, L.M. Marcus 2005. Ed. italiana a cura di Enrico Micheli e Susanna Villa, Vannini Ed. 2006.
- Vineland Adaptive Behavior Scales. Intervista. Forma completa. S.S. Sparrow, D.A. Balla, D.V. Cicchetti, Ed. Giunti O.S. 2003.
- Osservazione libera.

subAllegato C

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 3 marzo 2009 n. 18 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ... ed istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

Legge regionale 4 giugno 1996, n. 18, “Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in situazione di handicap”.

D.P.R. 24 febbraio 1994, “Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap”.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2006, n. 185, Regolamento recante modalità e criteri per l’individuazione dell’alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell’articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289”.

“Linee guida per l’integrazione scolastica degli alunni con disabilità” del MIUR del 4.8.2009.

Deliberazione della Giunta Regionale del 9.2.2010 n.227 “Integrazione scolastica degli alunni con disabilità – Approvazione schemi di accordo di programma tra gli Enti competenti e relativa modulistica – Avvio corso di formazione ICF”.

Provvedimento – Conferenza per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – 7 maggio 1998, “Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione”.

Legge regionale 16 marzo 2000, n. 20, “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”.

Deliberazione della Giunta Regionale del 19.12.2005 n.1627, Proposta di deliberazione di competenza del Consiglio regionale concernente: “Progetto obiettivo: Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche”.

“Piano d’indirizzo per la Riabilitazione” del Gruppo di Lavoro sulla Riabilitazione del Ministero della Salute.