

 	MODULO DI ACCESSO AIRRI MEDICAL CAMPAGNANO RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA ☐ AMBULATORIO ☐ DOMICILIO ☐ ETA' EVOLUTIVA	Codice Documento M 7.1.D.U. Rev. 4 Del 20-03-2024
---	--	---

UTENTE

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____ Cod. Fiscale _____ residente in _____ via _____, n° _____ CAP _____ domiciliato in _____ ASL di riferimento _____ Municipio _____ telefono _____ cell _____ e-mail _____ whatsapp ☐ NO ☐ SI PEC _____	
Informazioni aggiuntive dell'utente Stato civile ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ unito/a civilmente ☐ già in unione civile (per decesso partner/per scioglimento unione) Vive ☐ Solo ☐ Con assistente personale ☐ Con coniuge/partner ☐ Con coniuge/partner + figli ☐ con altri familiari ☐ con i genitori ☐ in struttura abitativa comunitaria (casa famiglia, comunità alloggio...) ☐ altro Scolarità ☐ Nessuna ☐ S. Elementare ☐ S. Media inferiore ☐ Scuola Professionale ☐ S. Media Superiore ☐ Università (Diploma univ./Laurea v.o./Laurea triennale/Laurea Magistrale/Master/Dottorato) Professione ☐ Studente/ssa ☐ in cerca di prima occupazione ☐ Occupato/a ☐ Casalingo/a ☐ Non occupato/a ☐ Altra condizione (Pensionato/a, inabile...)	
Epoca (anche approssimativa) di insorgenza della disabilità oggetto d'intervento: Invalidità civile ☐ Nessuna ☐ Richiesta ☐ Riconosciuta Percentuale Indennità di accompagnamento ☐ NO ☐ SI Indennità di frequenza ☐ NO ☐ SI Legge 104/92 ☐ NO ☐ SI Servizio assistenziale ente locale (ASL, COMUNE) ☐ NO ☐ SI Ausili ☐ NO ☐ SI, quale/i Mod. di trasporto con mezzo ☐ proprio ☐ struttura erogatrice ☐ ASL ☐ ente locale ☐ altro	
Solo per i minori Frequenta ☐ Nido ☐ Materna ☐ S. Elementare ☐ S. Media inferiore ☐ S. Media Superiore Insegnante di sostegno ☐ NO ☐ SI per n° ore..... /settimana OEPAC (assistente educativo culturale) ☐ NO ☐ SI per n° ore..... /settimana	

☐ **IL DIRETTO INTERESSATO** (Allegare fotocopia documento di identità)

☐ **IL/LA SIG./RA** (Allegare fotocopia documento di identità)

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____ Cod. Fiscale _____ residente in _____ via _____, n° _____ CAP _____ telefono _____ cell _____ e-mail _____	
--	--

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci – Art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000

 	MODULO DI ACCESSO AIRRI MEDICAL CAMPAGNANO RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA ☐ AMBULATORIO ☐ DOMICILIO ☐ ETA' EVOLUTIVA	Codice Documento M 7.1.D.U. Rev. 4 Del 20-03-2024
---	---	--

IN QUALITA' DI

☐ **GENITORE DELL'UTENTE MINORE**

- ☐ CONIUGATO/A ☐ CONVIVENTE ☐ UNICO GENITORE
☐ VEDOVO/A ☐ SEPARATO/A ☐ DIVORZIATO/A
☐ IN AFFIDAMENTO CONGIUNTO ☐ UNICO GENITORE AFFIDATARIO*

☐ **CONGIUNTAMENTE ALL'ALTRO GENITORE**

Cognome _____ Nome _____

nato il _____ a _____ Cod. Fiscale _____

residente in _____ via _____, n° _____ CAP _____

telefono _____ cell _____ e-mail _____

IN CONDIZIONE DI LONTANANZA O IMPEDIMENTO DELL'ALTRO GENITORE A SOTTOSCRIVERE CONGIUNTAMENTE LA PRESENTE RICHIESTA** data _____ firma _____

(Allegare fotocopia documento di identità)

☐ **RAPPRESENTANTE LEGALE** (TUTORE / CURATORE SPECIALE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)*
DELL'UTENTE – MINORE/ INCAPACE / INABILE / INTERDETTO * _____

☐ **FAMILIARE e/o CAREGIVER.....DELEGATO DALL'UTENTE –IMPOSSIBILITATO PER CONDIZIONI CLINICHE O ALTRO ****

* N.B. Nel caso di minore <16anni e unico genitore affidatario, amministratore di sostegno, curatore speciale o tutore presentare copia del Provvedimento giudiziario attestante la qualità dichiarata.

**N.B. Allegare delega firmata e fotocopia documento di identità del delegato e delegante

RICEVUTA E COMPRESA L'INFORMATIVA-informativa pazienti (M 7.1.D.U. – allegato A)

Firma dell'utente (o genitori o rappresentante legale o parente/caregiver) 1 _____ 2 _____

AUTORIZZATO IL TRATTAMENTO DEI DATI - informativa privacy (M 7.5.3 DAB)

*ai sensi degli ART. 13-14 del Reg.UE 2016/679 **GDPR***

Firma dell'utente (o genitori o rappresentante legale o parente/caregiver) 1 _____ 2 _____

CHIEDE INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA
presso il centro di riabilitazione AIRRI MEDICAL DI CAMPAGNANO

☐ **AMBULATORIALE** ☐ **DOMICILIARE** ☐ **ETA' EVOLUTIVA**

☐ ALLEGA COPIA DELLA IMPEGNATIVA/RICHIESTA (al momento dell'accettazione dovrà presentare l'impegnativa/richesta in originale)

☐ ALLEGA COPIA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE CLINICA.....

Data consegna _____	
Firma dell'utente (o genitori o rappresentante legale o parente/caregiver) 1 _____	2 _____
Firma operatore _____	

Allegato A
Informativa pazienti
ACCESSO
AIRRI MEDICAL CAMPAGNANO

Codice Documento
M 7.1.D.U. - A
Rev. 1
Del 20-03-2024

Accedono ai percorsi di riabilitazione territoriale persone (adulti o minori) con disabilità complessa di natura fisica psichica e sensoriale o mista (interessanti più ambiti funzionali e/o più distretti corporei) che necessitano di una presa in carico multidisciplinare e prevedono la predisposizione di un PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) realizzato da un team riabilitativo multiprofessionale.

(DCA Regione Lazio 101/2020 • DGR Lazio 979/2020 • DGR Lazio 138/2022)

- **L'accesso ai trattamenti riabilitativi ambulatoriali** per le persone in **età adulta** avviene sulla base di una specifica impegnativa/richiesta (sottoposta ad ulteriore valutazione di appropriatezza da parte dal Centro) di "trattamento riabilitativo ambulatoriale presso struttura o centro ex art 26" del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità o medico specialista in riabilitazione (preferenzialmente medico SSR, ASL o Ospedale)
- **L'accesso ai trattamenti riabilitativi domiciliari** per le persone in **età adulta** avviene in seguito a valutazione multidimensionale e prescrizione effettuata dai competenti servizi della ASL di residenza dell'Utente (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale - UVMD).
- La **durata del PRI** (Progetto Riabilitativo Individuale) **per i pazienti adulti** è contenuta in un massimo di 90 giorni, salvo motivata prosecuzione del trattamento autorizzata, sulla base dei risultati raggiunti, da parte dei competenti servizi ASL di residenza del paziente
- **L'accesso ai trattamenti riabilitativi e la durata** del PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) **per i minori** sono definiti in accordo con i servizi TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva) della ASL di residenza dell'utente (Se la richiesta di terapia per il minore è indicata da uno specialista ospedaliero, si chiede di prendere comunque contatto con il TSMREE dell'ASL di riferimento).
Data la peculiarità dell'età evolutiva, il trattamento domiciliare è indicato solo in situazioni limite (quali la coesistenza di particolari condizioni cliniche e/o sociali) talmente gravi da impedire l'accesso al trattamento ambulatoriale ed generalmente è riservato a casi di severa disabilità motoria (per cause neurologiche, traumatologiche, reumatologiche, vascolari, etc).
- La posizione in lista d'attesa è definita attraverso un algoritmo dinamico, ponderato sulla base di specifici criteri (età, diagnosi, epoca di insorgenza della disabilità, gravità delle perdite funzionali e delle autonomie, anzianità della richiesta, precedenti cicli riabilitativi effettuati...) ricavati dalla documentazione clinica del paziente al momento della richiesta.
- La disponibilità complessiva di progetti in convenzione con il SSR è contenuta in un numero massimo, coerentemente con il n° di trattamenti/die accreditato per la struttura e con i tetti di budget imposti annualmente dalla regione Lazio.
- L'accettazione di un nuovo utente può avvenire soltanto alle dimissioni di un precedente utente ed è comunque subordinato alla disponibilità degli specifici operatori (in ambulatorio o sul territorio). Soprattutto in riferimento all'età evolutiva, l'**attesa** può essere pertanto lunga e di durata non prevedibile.
- Il Centro si riserva la facoltà di ricontattare l'utente per aggiornamento o eventuale richiesta di ulteriore documentazione clinica.
- *Non è possibile usufruire contemporaneamente di trattamenti riabilitativi in regimi assistenziali differenti e/o presso altri centri, pubblici o accreditati:* si raccomanda la tempestiva comunicazione di eventuale presa in carico presso altre strutture. In caso vengano rilevate irregolarità nella fruizione della autorizzazione al trattamento riabilitativo, le prestazioni eventualmente godute saranno addebitate all'utente secondo le tariffe in vigore presso il Centro.
- Per informazioni : **tel. 069042739-069044194** e-mail segreteria.campagnano@airrimedical.it.

RICEVUTA

RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA
presso il centro di riabilitazione AIRRI MEDICAL DI CAMPAGNANO

☐ **AMBULATORIALE** ☐ **DOMICILIARE** ☐ **ETA' EVOLUTIVA**

Data consegna _____

Firma dell'utente (o genitori o rappresentante legale o parente/caregiver) _____

Firma operatore _____