

PROVENIENZA	PRESTAZIONI IN REGIME PRIVATO	TEMPI DI ATTESA
AMBULATORI	FKT	MAX 5 GIORNI
	VISITA FISIATRICA	3/4 GIORNI
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	TAC SENZA CONTRASTO	1/2 GIORNI
	TAC CON CONTRASTO	MAX 15 GIORNI
	RM CON CONTRASTO	2/4 GIORNI
	RM SENZA CONTRASTO	2/3 GIORNI
	RX	1/2 GIORNI
	ECOGRAFIE	1/2 GIORNI
	MAMMOGRAFIE	7 GIORNI
	ECODOPPLER	2/3 GIORNI

PROVENIENZA	PRESTAZIONI IN CONVENZIONE SSN*	TEMPI DI ATTESA
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	TAC CON CONTRASTO	1 MESE
	TAC SENZA CONTRASTO	3/4 GIORNI
	RM CON CONTRASTO	2 MESI
	RM SENZA CONTRASTO	MAX 4 MESI
RIABILITAZIONE EX ART.26	AMBULATORIALE	1 MESE
	DOMICILIARE	1 MESE

*La Struttura condivide le agende di prenotazione con il Cup ASL 1, come da accordo contrattuale.

La lista di attesa per le Prestazioni in Convenzione SSN sono al netto delle classi di priorità riportate sull'impegnativa.

Aggiornamento 04/09/2023

PO SRS 21 – LISTA DI ATTESA REPARTI DEGENZA

Contenuto:

Gestione lista di attesa Reparti Degenza –cod.056 e cod.28-

Tipo di documento	Procedura Specifica del San Raffaele Sulmona
Elaborazione	Responsabile Reparto
Verifica	UQ
Approvazione	Direzione Sanitaria
Data di emissione	2012 Revisione n.1 2023

GESTIONE LISTA DI ATTESA REPARTI DEGENZA –COD.056 e COD.28-

Il ricovero in Struttura, sia per il cod.056 che per il cod.28, avviene tramite compilazione da parte del Medico di Reparto per Acuti del P.O. inviante o da parte del Medico Medicina Generale della “Proposta di Ricovero”.

La domanda di ricovero pervenuta in Struttura, completa in ogni sua parte e debitamente timbrata e firmata, è valutata dal Primario, attraverso la compilazione della “Scheda di valutazione proposta di ricovero (cod.056)” o “Scheda di valutazione proposta di ricovero Unità Spinale”.

Successivamente alla valutazione, se positiva, la documentazione di ricovero verrà inserita nella lista di attesa.

Nel momento di disponibilità posto letto, verrà selezionata per l’ingresso la domanda di ricovero rispettando i criteri di:

- Data di presentazione della domanda;
- Gravità del quadro clinico, considerando il punteggio totale maggiore ottenuto dalla “Scheda di Valutazione”.

Modulistica di riferimento:

- Proposta di ricovero
- Scheda di valutazione proposta di ricovero (cod.056)
- Scheda di valutazione proposta ricovero Unità Spinale

Manuale delle Procedure operative Sanitarie

San Raffaele
Sulmona

GESTIONE LISTA DI ATTESA REPARTI

PO SRS 21

Pagina 3 di 6



CASA DI CURA PRIVATA - SAN RAFFAELE SULMONA
Via dell'Agricoltura snc - 67038 Sulmona (AQ) - Tel. 0864 29671 - Fax 06 5225699



DIPARTIMENTO / UNITÀ OPERATIVA
NUMERO CARTELLA CLINICA
N° CAMERA N° LETTO

Data anagrafici:

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita CF

Domicilio Via n° Tel.

Provenienza: Domicilio Ospedale Ospedale

Reparto Fax Tel. Data ricovero

Medico Referente Tel. Tel familiari

Ricovero richiesto in: U.O. Neuromotoria Unità Spinale

Disabilità oggetto di riabilitazione:

Data evento acuto/intervento chirurgico/...../.....

Tipologia.....

Eventuali complicanze intercorse - stato ferita chirurgica.....

Condizioni generali prima dell'evento acuto buone parzialmente disabilitanti scadute

<p>Patologie concomitanti:</p> <p>Cardiovascolari.....</p> <p>Classe NYHA 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Arteriopatie periferiche.....</p> <p>Respiratorie (specificare se in O2 terapia/ventilazione meccanica invasiva e relative modalità)</p> <p>Sistema nervoso.....</p> <p>Decadimento cognitivo (specificare grado sec. MMSE)</p> <p>Psichiatriche.....</p> <p>Disturbi comportamentali (specificare tipologia)</p> <p>Tossicomania/tossicofilia (compreso alcolismo).....</p> <p>Disturbi del linguaggio</p> <p>Dismetaboliche.....</p> <p>Muscoloscheletriche.....</p> <p>Pregressi interventi chirurgici.....</p> <p>Pregressi traumi (specificare sede).....</p> <p>Patologie neoplastiche.....</p> <p>Metastasi.....</p> <p>Ulcere trofiche/da pressione (specificare sede e stadio)</p> <p>.....</p> <p>GIUDIZIO CLINICO: paziente stabile dal punto di vista intermistico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>IN CASO DI PARTICOLARE COMPLESSITA' CLINICA SI PREGA DI ALLEGARE UNA RELAZIONE</p>	<p>PER PAZIENTE MIELOLESO</p> <p>Causa</p> <p><u>Traumatica</u></p> <p>Stradale Auto <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/></p> <p>Sport <input type="checkbox"/> Ciclo <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/></p> <p>Arma <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> Lavoro Domestico <input type="checkbox"/></p> <p>Altro</p> <p><u>Non Traumatica</u></p> <p>Vascolare <input type="checkbox"/> Degenerativa <input type="checkbox"/> Infiammatoria <input type="checkbox"/></p> <p>Neoplastica <input type="checkbox"/> Autoimmune <input type="checkbox"/></p> <p>Altro</p> <p>Tipologia Les. Vertebrale</p> <p>Frattura <input type="checkbox"/> Lussazione <input type="checkbox"/></p> <p>Frattura / Lussaz <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/></p> <p>Trattamento Chirurgico SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Data</p> <p>Stabilizzazione SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Decompressione SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Nascita SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Livello Lesione</p> <p>C2-C6 <input type="checkbox"/> C7-D7 <input type="checkbox"/> D8-D12 <input type="checkbox"/> L4-L5 <input type="checkbox"/> Sacrale <input type="checkbox"/></p> <p>ASIA Imp.Scale A B C D E</p> <p>Lesione Complicata SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Gestione Vesicale:</p> <p>Minzione Volontaria <input type="checkbox"/></p> <p>Catet. A Permanenza <input type="checkbox"/></p> <p>Catet. infirm. <input type="checkbox"/> bsp <input type="checkbox"/></p> <p>Gestione Intestinale</p> <p>Autonomo <input type="checkbox"/> Clistere <input type="checkbox"/> Farnaci <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Tipologia Catetere Interm.</p> <p>Marca</p> <p>Modello</p> </div>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Manuale della Modulistica Generale

MR DIR MED 04



San Raffaele
Sulmona

Pagina 1 di 1

VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI RICOVERO

Valutazione proposta di ricovero n. _____

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Data di arrivo _____ Data di valutazione _____

NON VALUTABILE

- NO**
- PZ ORTOPEDICO > 30 GIORNI salvo quanto previsto dalla normativa regionale vigente
 - PZ PSICHIATRICO O DEMENTE NON COLLABORANTE
 - PZ CLINICAMENTE INSTABILE
 - PROGnosi RIABILITATIVA STIMATA NULLA

Note

VISITA PREACCETTAZIONE

Note

NEUROLOGICO

ORTOPEDICO

ALTRO

Note

.....

.....

PROVENIENZA DOMICILIO 2
 OSPEDALE 10 Percorso assistenziale strutturato SI NO

TIPOLOGIA RICOVERO PRIMO 10 RIPETUTO 2
 M. neurodegenerativa + 5 Addestramento protesi +5

TEMPO DALL'ACUZIE 0-30 gg 15 M. neurodegenerativa Addestramento protesi > 60 gg 15
 M. cerebrovascolare > 30 gg Identificazione di un valido obiettivo riabilitativo attraverso visita di preaccettazione

PROGnosi RIABILITATIVA STIMATA MOLTO MODESTA 2 DISCRETA 7 BUONA 10 OTTIMA 15

Livello di disabilità alto 7 basso 5 anziano fragile +3

PUNTEGGIO TOTALE

Data

Sigla Medico

Manuale della Modulistica Generale



MR DIR MED 04 bis Rev. E Giugno 2008

Pagina 1 di 1

VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI RICOVERO UNITA' SPINALE

Valutazione proposta di ricovero n. _____

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Data di arrivo _____ Data di valutazione _____

NON VALUTABILE

NO

- PZ CLINICAMENTE INSTABILE
- PZ PSICHIATRICO O DEMENTE NON COLLABORANTE
- PROGNOSE RIABILITATIVA STIMATA NULLA

Note _____

VISITA PREACCETTAZIONE

Note _____

NEUROCHIRURGICO

NEUROLOGICO

ALTRO _____

Note _____

PROVENIENZA

DOMICILIO 2

OSPEDALE 10

Percorso assistenziale strutturato SI

NO +3

TIPOLOGIA RICOVERO

PRIMO 10

RIPETUTO 5

TEMPO DALL'ACUZIE

0-30 gg 15

> 30 gg 7

Addestramento ausili/ortesi +3

PROGNOSE RIABILITATIVA STIMATA MOLTO MODESTA 2 DISCRETA 7 BUONA 10 OTTIMA 15

COMPLICANZE

1 2

2 3

> 2 4

Livello di disabilità

alto 7

basso 5

anziano fragile +3

PUNTEGGIO TOTALE _____

Data _____

Sigla Medico _____

Manuale delle Procedure operative Sanitarie

San Raffaele
Sulmona

GESTIONE LISTA DI ATTESA REPARTI

PO SRS 21

Pagina 6 di 6

PO SRS 20 – LISTA DI ATTESA

Contenuto:

Gestione lista di attesa Centro Bier

Tipo di documento	Procedura Specifica del San Raffaele Sulmona
Elaborazione	Direzione Medica
Verifica	UQ
Approvazione	Direzione Medica
Data di emissione	2012 Revisione n.1 2015 Revisione n.2 2023

GESTIONE LISTA DI ATTESA NEL CENTRO BIER

L'accesso alle prestazioni riabilitative avviene in seguito alla presentazione dell'Autorizzazione concessa dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Sanitario di Base (DSB) di appartenenza dell'utente.

Tale Autorizzazione può richiedere un "ciclo di riabilitazione globale ex art.26" in regime ambulatoriale, domiciliare ed extramurale.

Non verranno accettate richieste scadute secondo i termini indicati dalle norme vigenti (vedi DGR Abruzzo 107/2013).

In particolare le richieste hanno, una volta autorizzate dal DSB di appartenenza, una validità di 15 giorni.

Il referente preposto alla raccolta delle schede di valutazione, pervenute al servizio di accettazione per l'accesso ai trattamenti, è il Coordinatore del Servizio.

Al fine di assicurare un servizio adeguato, si precisa che hanno diritto alle prestazioni tutte le persone che necessitano di trattamenti riabilitativi complessi per i quali si rende necessaria la definizione di un progetto globale.

Per accedere alle prenotazioni non è richiesto il possesso di alcun titolo di invalidità.

Ogni domanda di intervento terapeutico – riabilitativo che giunge presso il Centro di Riabilitazione "BIER", è valutata dal Direttore Medico (o suo delegato) il quale, entro breve tempo, esamina i dati anamnestici e le informazioni cliniche necessarie già descritte nell'autorizzazione UVM (scheda S.Va.M.Di.), per l'inserimento nelle liste di attesa (domiciliare; ambulatoriale; extramurale) attraverso la compilazione del modulo "MR SRS 02 – Scheda di valutazione per inserimento nelle liste di attesa.

Si sottolinea che verranno mantenute in lista di attesa solo le richieste con le autorizzazioni del DSB in corso di validità.

Le richieste scadute verranno mantenute in un ulteriore elenco per sei mesi (MR SRS 02 bis "Monitoraggio lista di attesa").

In caso di disponibilità al trattamento e di assenza di richieste in corso di validità secondo le norme Regionali, si farà riferimento a tale elenco seguendo i principi di gravità e cronologia consultando la MR SRS 02 già stilata. I pazienti verranno ricontattati telefonicamente per valutare la loro disponibilità al trattamento, e in caso affermativo, invitandoli a recarsi presso il DBS per la rivalutazione e l'eventuale rinnovo dell'autorizzazione al trattamento.

In caso di risposta negativa dell'utente, del familiare di riferimento o del caregiver, si comunica all'interessato che la richiesta verrà annullata definitivamente.

In caso di superamento dei 6 mesi, senza la disponibilità al trattamento, l'utente verrà ricontattato telefonicamente per comunicarne il definitivo annullamento della pratica.

Modulistica di riferimento:

- MR SRS 02 –Scheda di Valutazione per l'inserimento in lista di attesa
- MR SRS 02 bis –Monitoraggio Lista di attesa

Manuale della Modulistica

San Raffaele
Sulmona

MR SRS 02 - Rev. 2023

SCHEMA DI VALUTAZIONE PER INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA

Ambulatoriale

Domiciliare

Extramurale

Accettazione amministrativa

Cognome Nome _____ Num. richiesta _____

Data nascita _____

Data arrivo richiesta _____ Operatore Accettazione _____

Accettazione Sanitaria

Data Valutazione _____

Neurologico	
Ortopedico	
NPI	

Distanza dall'evento	Cronico	2
	Post Acuto	10

Tipologia di accesso	Primo	4
	Rientro	2
Età	< 18 anni	9
	> 19 anni	4
	Soggetto fragile	+ 2

Prognosi Riabilitativa stimata	Molto modesta	2
	Discreta	7
	Buona	10
	Ottima	15

Presenza di rete familiare	SI	2
	NO	4

Totale Punteggio: _____

Note:

Sigla Medico: _____

Manuale delle Procedure operative Sanitarie

San Raffaele
Sulmona

GESTIONE DEL CENTRO BIER

PO SRS 20

Pagina 4 di 8

Manuale della Modulistica

San Raffaele
Sulmona

MR SRS 02 - Rev. 2023

Scheda Consegna documenti

Copia per la struttura

Cognome Nome _____ Num. richiesta _____

Data nascita _____

Recapito telefonico _____

Data,

Firma paziente, familiare/tutore

Firma personale accettante

Manuale della Modulistica

San Raffaele
Sulmona

MR SRS 02 - Rev. 2023

Scheda Consegna documenti

Copia per il paziente

Cognome Nome _____ Num. richiesta _____

Data nascita _____

Recapito telefonico _____

Data,

Firma paziente, familiare/tutore

Firma personale accettante

Avvertenze:

I tempi di attesa presunti sono legati al punteggio totale riportato sulla scheda dell'accettazione sanitaria ed alla disponibilità del terapeuta.

Manuale delle Procedure operative Sanitarie

San Raffaele
Sulmona

GESTIONE DEL CENTRO BIER

PO SRS 20

Pagina 6 di 8

Manuale della Modulistica

San Raffaele
Sulmona

MR SRS 02 - Rev. 2023

Re-call

Data contatto telefonico: _____

Operatore: _____

Interlocutore Sig./ra _____

Esito positivo

Data inizio trattamento _____

Esito negativo

Note: _____

Manuale delle Procedure operative Sanitarie

San Raffaele
Sulmona

GESTIONE DEL CENTRO BIER

PO SRS 20

Pagina 8 di 8