ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI Distretto 2 Salario Mirtense	REGIONE LAZIO
	ISTRUZIONE OPERATIVA **di accesso Struttura di Riabilitazione di Poggio Mirteto**	Rev.0 del 31/01/2018

INDICE

1.Introduzione	Pag. 2
2. campo di applicazione	Pag. 2
3. Modalità operative	Pag. 3
4. Matrice di responsabilità	Pag. 5
5. Durata del trattamento	Pag. 6
6. Indicatori di monitoraggio	Pag. 6
7. Gestione delle revisioni	Pag.6
8. Flussi di distribuzione	Pag. 6
9. Acronimi	Pag.6
10. Allegati	Pag.7

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO COORDINATORE G.D.L	VERIFICA DI QUALITÀ DIRETTORE RMQ	APPROVATO DIRETTORE DISTRETTO 2
Rev0		GdL		Dott.ssa M. Serva	Dott.ssa Gabriella De Matteis

Gruppo di Lavoro:

Coordinatore Dr. Marco Pulcini	Responsabile UOC Medicina Fisica e Riabilitativa
Dr.ssa Enrica Tommasi	Dirigente Medico Distretto 1 Rieti, Antrodoco S. Elpidio
Dr.ssa Roberta Francescangeli	Coordinatore Territoriale Fisioterapisti
Dr.ssa Roberta Rossi	Dirigente Medico Distretto 2 Salario Mirtense

1. **INTRODUZIONE**

La presente procedura ha lo scopo di descrivere le modalità operative da adottare per l'accesso dei pazienti alla Struttura di riabilitazione ex. Art. 26 di Poggio Mirteto

2. **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Condizioni patologiche di accesso al percorso

- ✓ Esiti di danno neurologico (centrale e/o periferico) di natura ischemica o vascolare
- ✓ Malattie neurologiche degenerative : Sclerosi Multipla, S.L.A
- ✓ Morbo di Parkinson e sindromi affini
- ✓ Malattie neuromuscolari
- ✓ Malattie reumatiche cronico evolutive e patologie ortopediche ingravescenti
- ✓ Disfunzioni della compliance cardio respiratoria

Criteri di ammissione al trattamento estensivo

- ✓ Esiti di Ictus Cerebri, Ischemico ed Emorragico
- ✓ Sclerosi Multipla e Malattie Demielinizzanti
- ✓ Malattia di Parkinson e Parkinsonismi
- ✓ Malattie Neuromuscolari
- ✓ Malattie Ortopediche e Reumatologiche

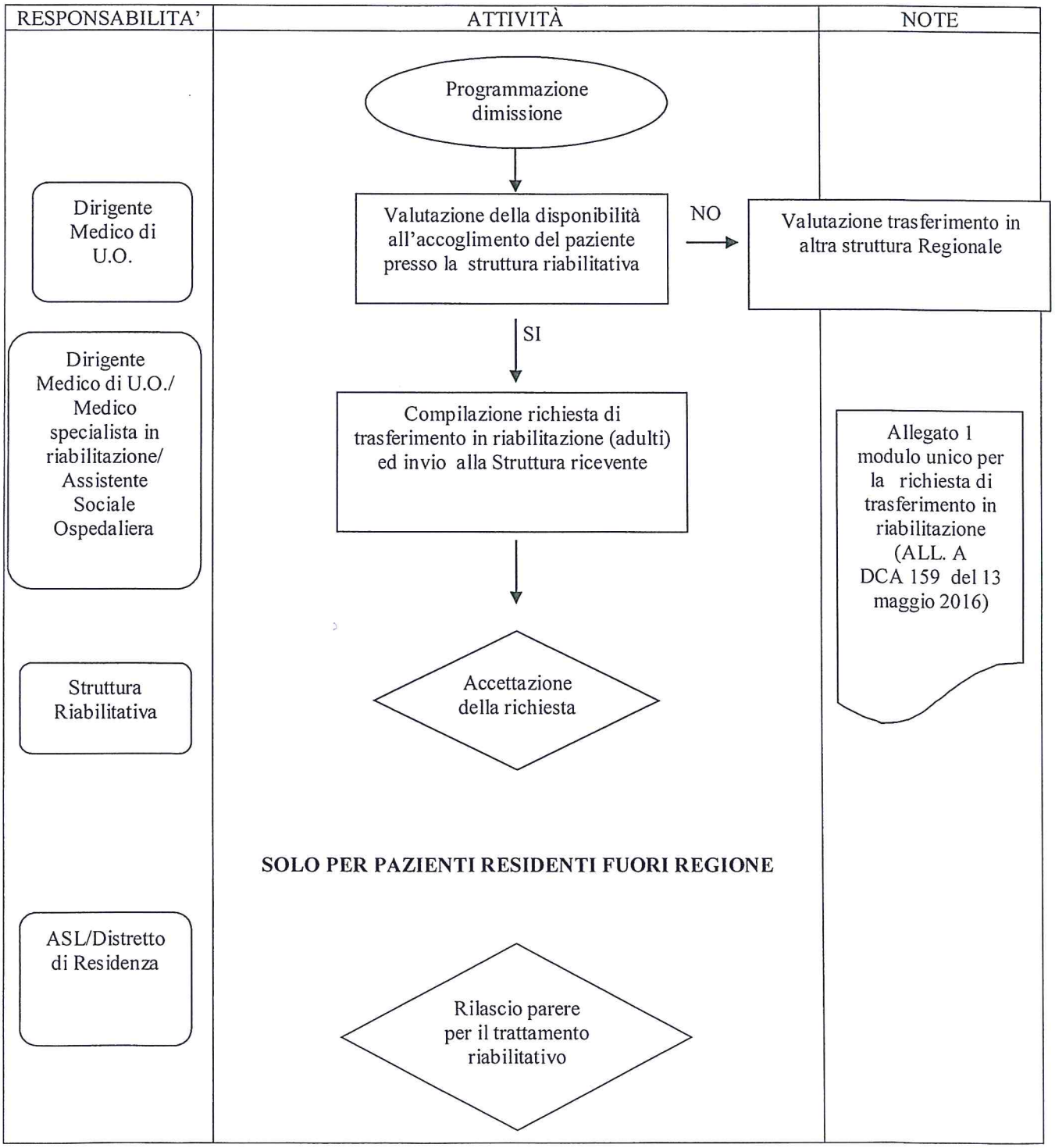
Criteri di ammissione al trattamento di mantenimento

- ✓ Persone con grave disabilità complessa non assistibili a domicilio e che necessitano di azioni di recupero, continuative/diurne, finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana.

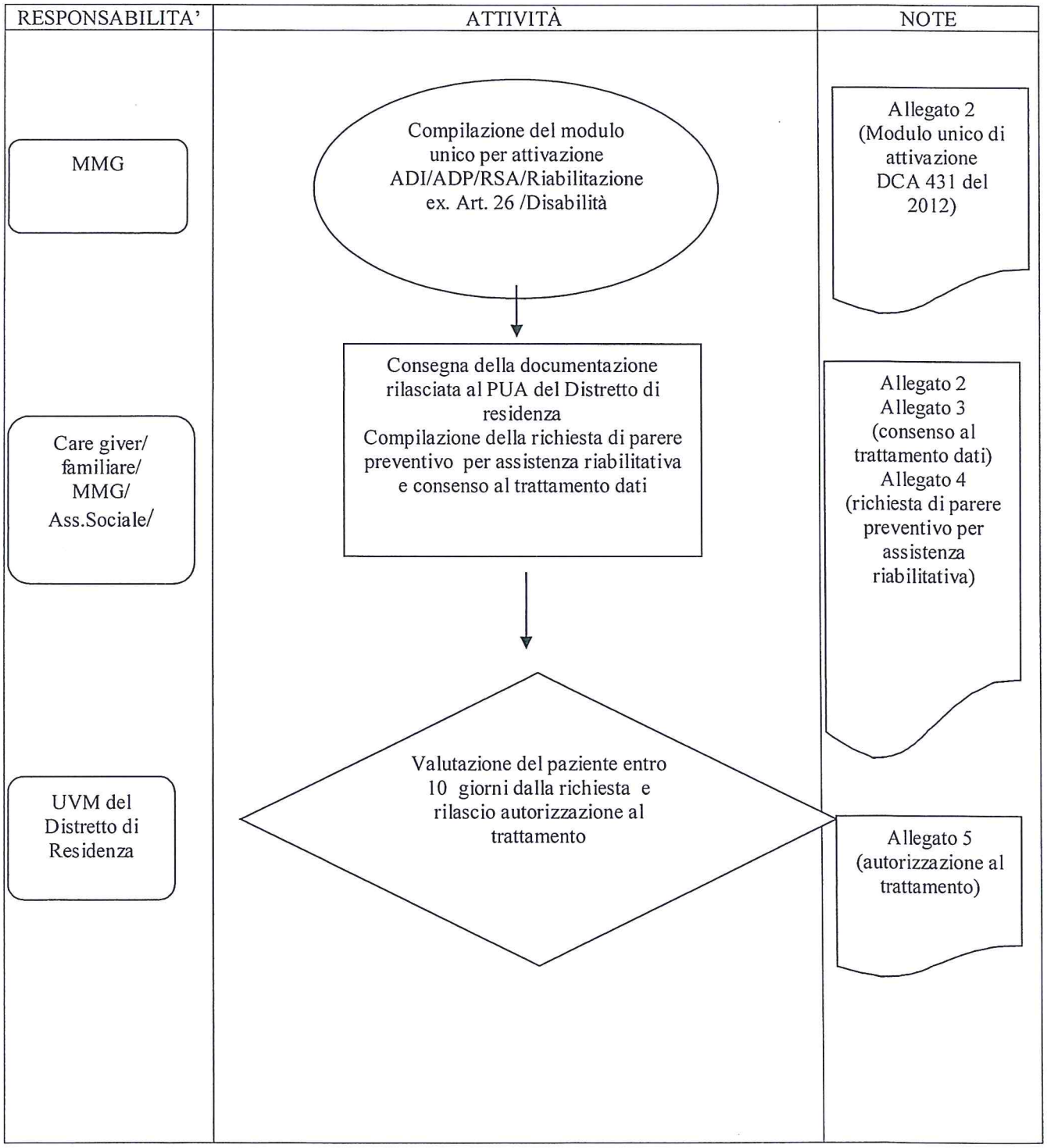
L'accesso sarà dettato dall'ordine cronologico di arrivo delle richieste che soddisfino i criteri di ammissione, dando la precedenza ai pazienti ,residenti nel territorio di competenza della ASL di Rieti o, dimessi da strutture per acuti dell'Azienda. La Struttura Riabilitativa è infatti collegata "*funzionalmentè alle strutture per acuti, con i Distretti socio sanitari di residenza degli utenti*"
A completamento e per tetti autorizzati si accettano pazienti provenienti da altre ASL.

3. MODALITÀ OPERATIVE

2.a paziente proveniente da Presidio Ospedaliero per cui si richiede trattamento estensivo



2.b *paziente a domicilio per cui si richiede trattamento di mantenimento*



4. MATRICE RESPONSABILITA'

Paziente ricoverato

ATTIVITA'	Dirigente Medico di U.O.	Medico specialista in riabilitazione	Assistente Sociale Ospedaliera	Struttura Riabilitativa	ASL/Distretto di Residenza	Direttore Distretto 2
Valutazione della disponibilità all'accoglimento del paziente presso la struttura riabilitativa	**R**	**I**	**I**	**C**	**I**	**I**
Compilazione richiesta di trasferimento in riabilitazione (adulti) ed invio alla Struttura ricevente	**C**	**R**	**C**	**I**	**I**	**I**
Accettazione della richiesta	**I**	**I**	**I**	**R**	**I**	**I**
Rilascio parere per il trattamento riabilitativo (per i pazienti residenti fuori Regione)	**I**	**I**	**I**	**I**	**R**	**I**
Monitoraggio e Revisione	**C**	**C**	**C**	**C**	**C**	**R**

R= Responsabile C= Coinvolto I=Informato

Paziente a domicilio

ATTIVITA'	MMG	Care giver/ familiare/ Ass.Sociale	UVM del Distretto di Residenza	Direttore Distretto 2
Compilazione del modulo unico per attivazione ADI/ADP/RSA/Riabilitazione ex. Art. 26 /Disabilità	**R**	**I**	**I**	**I**
Consegna della documentazione rilasciata al PUA del Distretto di residenza Compilazione della richiesta di parere preventivo per assistenza riabilitativa e consenso al trattamento dati	**I**	**R**	**I**	**I**
Valutazione del paziente entro 10 giorni dalla richiesta e rilascio autorizzazione al trattamento	**C**	**I**	**R**	**I**
Monitoraggio e Revisione	**C**	**C**	**C**	**R**

R= Responsabile C= Coinvolto I=Informato

5. DURATA DEL TRATTAMENTO

Trattamento estensivo
La durata massima della degenza è di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione presentata dal Responsabile Sanitario della Struttura entro almeno 10 giorni dal termine del trattamento ed autorizzata dai competenti servizi ASL di residenza del paziente (UCVA) che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale.

Trattamento di mantenimento
La durata della degenza è senza limite preordinato ma condizionata dalla valutazione annuale dei competenti servizi ASL di residenza del paziente (UCVA) che effettuano la rivalutazione del bisogno assistenziale
Per i pazienti residenti fuori regione l'autorizzazione alla prosecuzione del trattamento riabilitativo, sia estensivo che di mantenimento, deve essere rilasciata dai competenti servizi della ASL di Residenza.

6. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Tasso di utilizzo dei posti letto >= 80%

n° valutazioni UVM entro 10 giorni dalla richiesta del MMG/totale valutazioni UVM >=70%

7. GESTIONE DEL MONITORAGGIO E DELLA REVISIONE DELLA I.O.

La presente istruzione operativa sarà oggetto di revisione in base alle evidenze emerse durante la sua applicazione nella pratica clinica o comunque annualmente.
Il monitoraggio sarà effettuato semestralmente.
Tali attività verranno coordinate dal Direttore del Distretto 2 Salario Mirtense.

8. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

Il presente documento è diffuso dal Direttore del Distretto a tutte le figure coinvolte, inoltre i Responsabili delle UU.OO. e dei Servizi si impegnano a divulgarlo nelle loro strutture di appartenenza.

9. ACRONIMI

UCVA: Unità Clinica Valutativa Aziendale
UVM: Unità Valutativa Multidisciplinare

10. ALLEGATI

- allegato n. 1 modulo unico per la richiesta di trasferimento in riabilitazione
- allegato n. 2 modulo unico per attivazione ADI/ADP/RSA/Riab. ex. Art. 26 /Disabilità
- allegato n. 3 consenso al trattamento dati ed Informativa
- allegato n. 4 richiesta di parere preventivo per assistenza riabilitativa
- allegato n. 5 autorizzazione al trattamento

REGIONE LAZIO

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE *(adulti)*

N. nosologico Cartella _____ Data compilazione ____/____/____

UO richiedente _____ telefono: _____ fax : _____ email: _____

richiede la disponibilità di posto in:

[ ] Riabilitazione intensiva post-acuzie
[ ] Lungodegenza Medica-Riabilitativa
[ ] Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
[ ] Unità Spinale
[ ] Centro Spinale
[ ] Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
[ ] Unità per Gravi Patologie Respiratorie
[ ] Riabilitazione territoriale residenziale [ ] intensiva [ ] estensiva
[ ] Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Cognome_____ **Nome**_____

Luogo di nascita_____ data di nascita _____ sesso: [ ] F [ ] M

Domicilio _____ telefono_____

Care-giver di riferimento e recapito _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

_____

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: __/__/____ Intervento Chirurgico: Si [ ] No [ ]

Tipo intervento chirurgico: _____

_____ Data intervento chirurgico: _____

Divieto carico: Si: [ ] No: [ ] Eventuale carico differito a: _____ gg _____

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'

CIRS : Indice di severità |___| Indice di comorbidità |___|

BARTHEL : punteggio complessivo |___|___|___|

Note:_____

_____

_____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio) .....

Ferite Post Chirurgiche [ ] Coalescente [ ] Deiscente [ ] Altro Altre patologie (specificare).....

Terapia in atto:	dosaggio	ev	os	*Terapia in atto:*	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

CONDIZIONI CLINICHE

Condizioni generali	[ ] BUONE [ ] DISCRETE [ ] SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	[ ]SI [ ]NO
Paziente post comatoso	[ ]SI [ ]NO SE Si, GCS (punteggio) ..... e durata coma >24 ore
Collaborazione	[ ]TOTALE [ ]PARZIALE [ ]ALTERNANTE [ ]ASSENTE
Comprensione	[ ]TOTALE [ ]PARZIALE [ ]ALTERNANTE [ ]ASSENTE
Motilità volontaria	[ ]TOTALE [ ]PARZIALE ——— [ ]ASSENTE
Deambulazione	[ ]AUTONOMO [ ]AUTONOMO CON AUSILIO [ ]NON AUTONOMO [ ]IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	[ ]TOTALE [ ]PARZIALE [ ]ASSENTE
Stazione eretta	[ ]SI [ ] SI, CON AUSILI [ ] NO
Stazione seduta	[ ]SI [ ] NO
Motilità articolazioni	[ ]TOTALE [ ]PARZIALE [ ]ASSENTE
Capacità di alimentarsi	[ ]AUTONOMO DISFAGIA [ ]SI [ ]NO [ ]NON AUTONOMO [ ]IMBOCCATO [ ]SNG [ ]PEG [ ]PARENTERALE
Igiene personale	[ ]AUTONOMO [ ]CON AIUTO [ ]DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	[ ]SI [ ]PARZIALE [ ]NO
Controllo minzione	[ ]SI [ ]PARZIALE [ ]NO
Catetere vescicale a permanenza	[ ]SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) [ ]NO
Presenza cannula tracheale	[ ]SI (specificare tipo e data di inserimento.....) [ ]NO
Ventilazione meccanica	[ ]SI (specificare tipo e modalità.....) [ ]NO
Ossigenoterapia	[ ]SI (specificare modalità.....) [ ]NO
Portatore di CVC	[ ]SI (specificare il tipo e la sede.....) [ ]NO
Portatore di CV Periferico	[ ]SI (sede e data di inserimento.....) [ ]NO
Presenza di stomie	[ ]SI (specificare tipo e sede.....) [ ]NO
Fissatore esterno	[ ]SI (specificare tipo e sede.....) [ ]NO
Apparecchio gessato	[ ]SI (specificare tipo e sede.....) [ ]NO
Infezioni in atto/microrganismi alert*	[ ]SI [ ]NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?	[ ]SI	[ ]NO
Il paziente presenta agitazione psico-motoria ?	[ ]SI	[ ]NO
Il paziente esegue ordini semplici ?	[ ]SI	[ ]NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

Il paziente è [ ] paraplegico [ ] tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ALL'ISTITUTO.....[ ] ACCETTATA [ ] NON ACCETTATA

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ALL'ISTITUTO.....[ ] ACCETTATA [ ] NON ACCETTATA

Data trasferimento _____

Timbro e firma del medico del reparto

.....

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

.....

*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)

Visto arrivare il n.

ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

REGIONE LAZIO

Modello unico per attivazione ADI / ADP / RSA / Riabilitazione Ex art. 26 / Disabilità

Cognome_____ Nome_____ Sesso F ☐ M ☐

Luogo di nascita _____ data di nascita_____

Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____

Indirizzo (di residenza) _____

Indirizzo completo di domicilio (se diverso da quello di residenza)_____

_____ Telefono _____

Persona di riferimento_____
(Specificare se familiare o altro)

Recapiti telefonici_____

Diagnosi e Descrizione problema principale .....

.....

.....

.....

STATO DELLA MALATTIA (indicare in caso di malattia neoplastica): malattia loco-regionale ☐ malattia metastatica ☐ cachessia ☐

Altre condizioni cliniche

☐ diabete ☐ cardiopatia ☐ insufficienza cardiaca ☐ malattie vascolari ☐ insufficienza respiratoria
☐ epatopatie non alcoliche ☐ epatopatie alcoliche ☐ esiti frattura femore ☐ esiti altre patologie ortopediche
☐ malattie osteomuscolari ☐ neoplasie ☐ esiti di ictus ☐ demenza ☐ disturbi sensoriali ☐ paralisi cerebrale infantile
☐ altre malattie neurologiche ☐ malattia psichiatrica ☐ disabilità intellettiva ☐ disturbo generalizzato dello sviluppo
☐ altro _____

Terapia in atto .....

.....

.....

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)

Stabilità clinica
☐ Stabile ☐ Moderatamente instabile ☐ Instabile

Stado di Coscienza
Orientato ☐ nello spazio ☐ nel tempo ☐ Confuso ☐ Soporoso ☐ Stuporoso ☐ Coma

Disturbi Cognitivi
☐ Assenti / Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Disturbi Comportamentali
☐ Assenti / Lievi ☐ Moderati ☐ Gravi

Dolore
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)

Mobilità
☐ Indipendente ☐ Cammina con l'aiuto di una persona ☐ Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)

Alimentazione
☐ Si alimenta autonomamente ☐ Necessita di assistenza per alimentarsi ☐ Rifiuta di alimentarsi

Allegato n. 2 pag. 2 di 2

Necessità assistenziali particolari (indicare tutte quelle presenti)

☐ Ulcere cutanee da qualsiasi causa ☐ Nutrizione Parenterale ☐ Nutrizione enterale (Sondino NG – PEG)
☐ Chemioterapia e/o radioterapia in atto ☐ Ossigenoterapia OLT ☐ Ventilazione Assistita ☐ Dialisi in atto
☐ Trasfusioni periodiche ☐ Terapia infusionale venosa ☐ Prelievi venosi periodici programmati
Cateterismo vesc. ☐ Intermittenza ☐ Permanenza ☐ Catetere sovrapubico ☐ Uretero – nefrostomie ☐ drenaggi
☐ Catetere peridurale ☐ Tracheotomia ☐ Tracheostomia ☐ Ileostomia ☐ Colostomia ☐ ECG periodico
☐ Catetere Venoso Centrale (CVC) ☐ altro specificare: .....
.....

Supporto sociale

Vive: ☐ Solo ☐ Con coniuge ☐ Con figli ☐ Con genitori ☐ Con fratelli ☐ Altro_____
Assistito da: ☐ Familiari ☐ Altre persone (vicini, badante,...)_____

Paziente trasportabile con mezzi comuni: si ☐ no ☐

PERCORSO RICHIESTO: Assistenza Domiciliare Integrata ☐ R S A ☐
Ex art. 26 - Riabilitazione di tipo: residenziale ☐ semiresidenziale ☐ domiciliare ☐

Attivazione assistenza programmata (compilazione esclusiva da parte del medico di medicina generale) ADP ☐

periodicità	ogni..... giorni ☐	settimanale ☐	quindicinale ☐	mensile ☐
durata	..... settimane ☐	..... mesi ☐	1 anno ☐	

Il compilatore

☐ MMG ☐ Medico Ospedaliero ☐ Medico del territorio

Cognome e Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Data ..... Timbro e Firma

.....

Spazio per la Asl

ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

REGIONE LAZIO

DISTRETTO _____
Erogazione Prestazioni di RIABILITAZIONE

CONSENSO AL TRATTAMENTO
(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il sottoscritto/a_____nato a _____ il _____ , preso atto dell'informativa resa ex art.13 D.Lgs. 196/2003, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità amministrative e di cura della salute correlate all'erogazione delle Prestazioni Riabilitative. Infine, a garanzia della corretta modalità di informazione relativa al proprio stato di salute, consente che sia data comunicazione alle sottoindicate persone:

GENITORI SI ☐ NO ☐ _____
(nome e cognome)

CONIUGE SI ☐ NO ☐ _____
(nome e cognome)

FIGLI SI ☐ NO ☐ _____
(nome e cognome)

FRATELLI SI ☐ NO ☐ _____
(nome e cognome)

MEDICO CURANTE SI ☐ NO ☐ _____
(nome e cognome)

ALTRI_____
(nome cognome)

Data_____

_____
Firma assistito/a/genitore/tutore legale

ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

REGIONE LAZIO

DISTRETTO _____
Erogazione Prestazioni di RIABILITAZIONE

INFORMATIVA
(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- tutte le notizie personali (dati anagrafici e/o anamnestici), acquisite nell'ambito delle finalità amministrative e di cura della salute correlate alla erogazione di prestazioni nell'ambito del Servizio Riabilitativo, saranno trattate nel rispetto degli obblighi di riservatezza e protezione stabiliti dal Codice Privacy;
- la raccolta dei dati per le finalità amministrative e di cura della salute è obbligatoria per la fruizione delle prestazioni richieste;
- le informazioni trattate non saranno diffuse, fatti salvo i casi previsti dalla legge o da regolamenti;
- il trattamento dei dati sarà curato soltanto dalle persone appositamente incaricate dall'Azienda;
- i dati personali saranno trattati attraverso procedure dirette a garantire la sicurezza e la riservatezza;
- gli operatori di questa Azienda e i soggetti esterni, puntualmente individuati, che svolgono per essa specifici incarichi, raccoglieranno solamente i dati necessari od essenziali, pertinenti e non eccedenti alle finalità istituzionali dell'Azienda stessa, ne cureranno l'aggiornamento e l'esattezza, e li conserveranno, per il periodo strettamente necessario;

Si informa inoltre che:

- il Responsabile del trattamento dei dati personali della S.V. per l'autorizzazione all'erogazione di Prestazioni di Riabilitazione è _____ a cui la S.V. potrà rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 (*) del Codice Privacy.

Art 7 Diritti dell'interessato

1 L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile .

2 l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali ;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c)della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art 5, comma 2;

e)dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3 L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b)la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4 l'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a)per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Allegato n.4 pag. 1 di 1

ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

DISTRETTO SANITARIO _____

RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO PER ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, DOMICILIARE, AMBULATORIALE

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

in qualità di [1] _____ _____chiede che al / alla Sig. / Sig.ra[2] _____

nato / a il _____ a _____, residente _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

venga rilasciato il parere preventivo di cui al D.P.C.A. 39/2012.

A tal fine allega:

☐ Scheda autorizzativa al trattamento dei dati (privacy)

☐ Documentazione sanitaria _____

_____

_____

Data _____

Firma del richiedente

_____

Allegato n.5 pag. 1 di 1

a.u.s.l. rieti

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

Autorizzazione al trattamento

Cognome_____ **Nome**_____ **sesso** F ▫ M ▫

Luogo di nascita_____ **Data di nascita**_____

Indirizzo (residenza)_____

Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza)_____

Codice Fiscale_____ **Telefono**_____

Comune di residenza_____

Persona di riferimento_____ _____
(specificare se familiare o altro) Cognome Nome Recapito telefonico

Considerato l'esito della Valutazione Multidimensionale

☐ si autorizza

☐ non si autorizza

l'erogazione del trattamento (specificare la tipologia di trattamento richiesta e il relativo livello assistenziale)_____
_____

Timbro e Firma