

“PROGETTO AUTONOMIA”

Responsabile del Progetto: Adele Paolino

Il “Progetto Autonomia” offre programmi riabilitativi finalizzati al potenziamento dell’autonomia per tutti i pazienti dell’Asl Salerno con le seguenti patologie:

- frattura di femore dal I al III mese dall’intervento
- disabilità da ictus dal II al VI mese dall’insorgenza
- disabilità neurologiche (provenienti dal territorio)

Accesso: tramite i Medici di Medicina Generale, i fisiatristi prescrittori dei Distretti Sanitari e dei Reparti ospedalieri di Neurologia ed Ortopedia
I pazienti devono essere stabili clinicamente e trasportabili.

Modulistica: [scheda per accesso](#) e [modulo di consenso informato](#)

Per informazioni o prenotazioni:

- **Ambulatorio di Recupero e Riabilitazione del P.O. di Polla**
tel. 0975 373234 - 0975 373311 - martedì e giovedì 12.00 – 15.00
Referente: Adele Paolino
- **Ambulatorio di Recupero e Riabilitazione del Distretto Sanitario 72 sede di Sant'Arsenio**
tel. 0975 373669 - martedì e giovedì 12.00 – 15.00
Referente: Paola Trovato
- **Ambulatorio di Recupero e Riabilitazione del P.O. di Nocera**
tel. 081 9213401 - martedì e giovedì 12.00 – 15.00
Referente: Monica Gambacorta
- **Ambulatorio di Recupero e Riabilitazione del P.O. di Roccaspide**
tel. 0828 9426266 - martedì e giovedì 12.00 – 15.00
Referente: Nicoletta Voza
- **Ambulatorio di Recupero e Riabilitazione del P.O. di Oliveto Citra**
tel. 0828 797193 - martedì e giovedì 12.00 – 15.00
Referente: Sinibaldi Rufolo

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO RIABILITATIVO
E DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - UE 2016/679**

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via _____
oppure, se sotto la tutela di un Parente o Rappresentante Legale, riportare di seguito: nome, cognome,
C.F., luogo e data di nascita, residenza: _____

DICHIARO DI

di essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Medico Curante/Fisiatra o Ortopedico:

- sul tipo di percorso riabilitativo proposto c/o il P.O. o D.S.: tecniche, mezzi, team e reparto;
- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione dell'attività riabilitativa;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il percorso riabilitativo;
- sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento l'attività riabilitativa;
- sull'impossibilità a procedere nel percorso di recupero e riabilitazione in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento riabilitativo proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento riabilitativo proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il percorso riabilitativo proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali;
- essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al Medico Curante/Fisiatra o Ortopedico.

PERTANTO ACCONSENTO AL PERCORSO RIABILITATIVO

Luogo, data _____

Nome e Cognome Paziente _____

Firma Paziente/Parente o Rappresentante Legale (acquisire copia del provvedimento di tutela, cautela o amministrazione di sostegno): _____

INFINE AUTORIZZO il trattamento dei dati personali nel rispetto della succitata normativa, ossia ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 sulla privacy.

Luogo e data

Firma del paziente (per esteso e leggibile)



Si richiede l'accesso al "PROGETTO AUTONOMIA" del:

Paziente (cognome e nome)

Data di nascita

Luogo di nascita

Diagnosi dettagliata

Data inizio malattia

Data

Il Medico Richiedente