



# Una nuova sperimentazione nel campo della disabilità

# I dati sulla disabilità

I dati sulla disabilità rappresentano storicamente un punto critico, per la difficoltà di integrare informazioni diverse provenienti da più fonti. Di seguito si riportano, analogamente al Piano Distrettuale per il Benessere e la Salute, i dati relativi all'area – minori- a supporto della scelta di costruire una nuova progettualità che assuma i bisogni della persona disabile durante tutto l'arco di vita. I minori sono stati assunti come priorità nell'Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento deliberato nel novembre 2008 dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Per quanto riguarda i minorenni, possiamo disporre di tre fonti informative sull'entità numerica delle persone disabili in età inferiore ai 18 anni. Due fonti, come spesso accade, sono di origine amministrativa, e pertanto danno conto soltanto di particolari aspetti del fenomeno "disabilità", aspetti che si manifestano soltanto nel momento in cui entrano in gioco particolari procedure burocratiche, ma che certamente non possono fornire una stima esatta di "quanti sono i disabili". La terza fonte è sanitaria e raccoglie i minori in carico al servizio di Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza (SMRIA) per gravi patologie neuropsichiche.

## ► GLI INVALIDI CIVILI MINORENNI (INPS) AL 31.12.2007

La prima fonte che prendiamo in esame è quella dell'archivio invalidi civili INPS, che riporta anche il numero di minorenni "invalidi".

## NUMERO DI INVALIDI MINORENNI, PER COMUNE E DISTRETTO SANITARIO DI RESIDENZA.

BERRA	9	BONDENO	14	ARGENTA	18
COPPARO	28	CENTO	49	CODIGORO	12
FERRARA	143	MIRABELLO	4	COMACCHIO	30
FORMIGNANA	6	POGGIO RENATICO	12	GORO	6
JOLANDA DI SAVOIA	4	SANT'AGOSTINO	9	LAGOSANTO	9
MASI TORELLO	2	VIGARANO MAINARDA	5	MASSAFISCAGLIA	7
RO FERRARESE	6			MESOLA	9
TRESIGALLO	9			MIGLIARINO	5
VOGHIERA	2			MIGLIARO	1
				OSTELLATO	9
				PORTOMAGGIORE	9
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>209</b>	<b>Distretto Ovest</b>	<b>93</b>	<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>115</b>

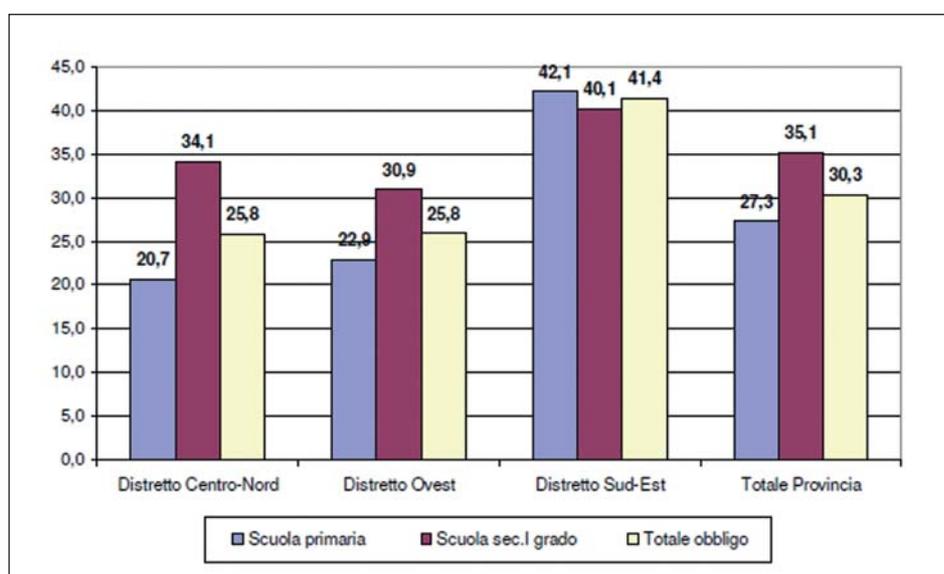
**PROVINCIA 417**

In media, in provincia, 9,7 minorenni su 1.000 sono invalidi, 417 in termini assoluti. Il “tasso di prevalenza” più elevato di invalidi minorenni si registra nel Distretto CentroNord, dove tale tasso raggiunge il valore di 10,3. La quota meno elevata di minorenni invalidi si ha invece nel Distretto Ovest (8,8 per mille). I vari comuni presentano tra loro una spiccata variabilità: il tasso più alto si ha nel comune di Formignana (17,9 per mille), mentre quello più basso si osserva a Migliaro (3,5 per mille). Si segnala una tendenza ad avere tassi piuttosto elevati nei comuni del copparese.

## ►► I DISABILI NELLA SCUOLA

Un'altra importante fonte di dati, nella quale è possibile reperire informazioni sui disabili minorenni, è la banca dati del Ministero della Pubblica Istruzione che fornisce (relativamente, però, al solo anno scolastico 2005/06) il numero di alunni con “disabilità” per tutte le scuole di ogni ordine e grado (sia statali che non statali), con la sola eccezione della scuola dell'infanzia. È importante sottolineare che questo dato corrisponde a una precisa definizione di “disabile”, che può essere vista come stima solo approssimativa del numero reale di disabili. Il “disabile” nella scuola è quell'alunno che, su base volontaria, ha richiesto, e successivamente gli è stata riconosciuta, l'assistenza da parte di un insegnante di sostegno. Si deve fare presente quindi che in molti casi, soprattutto quelli “borderline” in cui la disabilità non è riconosciuta come tale né dai genitori né dagli insegnanti (un tipico esempio di “disabilità” di questo tipo è la dislessia, spesso confusa con il semplice cattivo rendimento scolastico), si può avere una sottostima del reale fenomeno. Abbiamo limitato l'analisi ai dati relativi alla scuola dell'obbligo, che sono gli unici nei quali si fa riferimento agli alunni residenti nei comuni della provincia, e di conseguenza anche il numero di disabili è riportato per comune di residenza. Inoltre, riferire il numero di disabili nella scuola secondaria superiore non avrebbe avuto significato, perché ovviamente la scuola non può “cettare” l'eventuale presenza di ragazzi disabili oltre l'età dell'obbligo scolastico (in pratica, si “perdono” tutti coloro che non proseguono la scuola dopo l'obbligo).

**TASSI DI PREVALENZA  
DI DISABILITÀ (x 1000) NELLA  
SCUOLA “DELL'OBBLIGO”  
(classi di età 6-10 e 11-13 anni),  
per Distretto sanitario  
e ordine di scuola,  
dati riferiti all'a.s. 2005-2006**



In provincia di Ferrara, nelle età della scuola primaria e secondaria di I grado (scuola media), cioè nelle età approssimativamente comprese tra i 6 e i 13 anni (l'approssimazione è dovuta alla presenza, che si presume però abbastanza trascurabile, di alunni ripetenti e quindi di età più elevata), si possono contare 551 alunni disabili, che hanno chiesto e ottenuto l'assistenza di un docente di sostegno. Facendo riferimento alle singole classi di età, tra 6 e 10 anni per la scuola primaria, tra 11 e 13 anni per la scuola media, sono stati calcolati i "tassi di prevalenza" relativi alla provincia e ai tre distretti sanitari. Il tasso complessivo della provincia è del 30,3 per mille, un dato più elevato del 9,7 per mille calcolato sui dati INPS, ma si deve tenere presente che in questo caso la "definizione" di disabilità non tiene conto dello stato di "carezza" economica della famiglia dell'alunno, come invece accadeva per i "disabili" INPS. Nella scuola media, rispetto alla scuola primaria, il tasso di prevalenza di disabilità è un po' più elevato (35,1 contro 27,3). In questa analisi dei "disabili nella scuola", ad avere il dato certamente peggiore non è più il Distretto CentroNord (come accadeva per i dati INPS), ma è di gran lunga il Distretto SudEst (41,4 per mille) a scapito degli altri due distretti sanitari.

### ►► MINORI SEGUITI DAI SERVIZI SANITARI PER DISABILITÀ

Alcune gravi patologie neuropsichiatriche dei minori seguiti dallo SMRIA del territorio provinciale nell'anno 2007, determinano una disabilità che non si limita al periodo dell'infanzia ma che permane per tutta la vita. Queste sono indicate nelle tabelle che seguono.

#### GRAVI PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE DEI MINORI SEGUITI DALLO SMRIA NELL'ANNO 2007 PER DISTRETTI

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Totale
Ritardo Mentale, medio o lieve-complicato	36	6	31	73
Sindromi di alterazione globale dello sviluppo psicologico (include Autismo)	13	3	8	24
Paralisi cerebrali infantili	36	10	25	71(*)
Malformazioni cerebrali congenite	10	3	7	20
Sindrome di Down	15	6	7	28
Altre malformazioni genetiche e congenite gravi	17	8	3	28
Distrofie	1	1	1	3
Para- e tetraplegie acquisite (da trauma)	4	0	0	4
Malattie del Sistema Nervoso Aut.	0	0	6	6
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>37</b>	<b>88</b>	<b>257</b>

(\*) Di cui 21 di età <5 anni.

**GRAVI PATOLOGIE  
NEUROPSICHIATRICHE  
DEI MINORI STRANIERI, SEGUTI  
DALLO SMRIA NELL'ANNO 2007  
PER DISTRETTI**

	<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>Distretto Ovest</b>	<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>Totale</b>
Ritardo Mentale, medio o lieve-complicato	4	2	3	9
Sindromi di alterazione globale dello sviluppo psicologico (include Autismo)	2	1	1	4
Paralisi cerebrali infantili	1	3	2	6 <sup>(*)</sup>
Malformazioni cerebrali congenite	1	0	1	2
Sindrome di Down	3	2	0	5
Altre malformazioni genetiche e congenite gravi	1	2	1	4
Distrofie	0	0	0	0
Para- e tetraplegie acquisite (da trauma)	1	0	0	1
Malattie del Sistema Nervoso Aut.	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>31</b>

(\*) Di cui 4 di età <5 anni.  
Fonte: SIMP 51, Az USL del 2007

I casi totali sono 257, di cui 31 stranieri, pari al 12% del totale. Nel Distretto Ovest, su 37 casi, si verifica una presenza di 10 minori di origine straniera con patologia grave. Le paralisi cerebrali infantili (PCI) ammontano a 71 casi, di cui ben 21 sono i casi di bambini nati dopo il 2002. I bambini stranieri affetti da PCI sono 6, di cui 4 con età inferiore a 5 anni.

# Protocollo del percorso per la presa in carico di minori con disabilità prossimi alla maggiore età

---

Il tema della presa in carico integrata dei minori disabili al raggiungimento della maggiore età da parte dei servizi Sanitari di Salute mentale di Assistenza Specialistica e dei Servizi Sociali dei Comuni e delle ASP, è da tempo avvertito quale forte criticità organizzativa che determina pesanti ricadute nella gestione della vita familiare.

## ►► INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA NELLA FASE DELLA MINORE ETÀ

Nel 2007 il Distretto Centro Nord ha avviato un percorso formativo finalizzato alla costruzione di una nuova procedura di presa in carico integrata relativa alla fase 0-17 anni e al passaggio alla maggiore età. L'esigenza era di migliorare l'integrazione dei servizi sociosanitari interessati nella presa in carico dei minori con disabilità o con grave disagio psicopatologico, attraverso la costruzione di un protocollo operativo

Le fasi evolutive del percorso di crescita dei ragazzi disabili sono la determinante fondamentale del momento in cui attivare il coinvolgimento dei Servizi Sociali. L'inserimento scolastico o il cambio di ordine e grado della scuola, l'adolescenza, l'impiego del tempo libero, eventuali eventi critici nella famiglia, coinvolgono fortemente il rapporto fra il ragazzo, la sua famiglia e l'ambiente sociale.

La complessità del percorso di crescita dei ragazzi disabili rende indispensabile il coinvolgimento di diversi servizi specialistici, sociali e sanitari.

L'esperienza maturata nel Comune di Ferrara, con la UNITA' OPERATIVA INTEGRAZIONE della Pubblica Istruzione nel campo dei minori con disabilità nella scuola e nell'extra scuola, rappresenta una risorsa in termini di esperienza di accompagnamento alla maggiore età dei minori disabili e può essere un modello di riferimento anche per altri territori adattandolo alle realtà locali; di conseguenza è stata definita una procedura di invio ai servizi sanitari di riferimento a seguito di una valutazione delle patologie prevalenti tra i ragazzi disabili.

## ►► PASSAGGIO ALLA MAGGIORE ETÀ

Il passaggio alla maggiore età, è inevitabilmente caratterizzato da un cambiamento di interlocutori, di bisogni, di aspettative sia dell'interessato che della famiglia; tale passaggio deve fondarsi sulla condivisione professionale tra i servizi interessati. A tale riguardo nel protocollo è contenuta una prima ipotesi

di percorsi che andrà approfondita, nel corso della sperimentazione prevista per il 2009, per specificare ulteriori modalità di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari che prenda in considerazione l'arco della vita delle persone disabili.

## ►► PROTOCOLLO

Quanto previsto dal protocollo si applica per la presa in carico dei minori con disabilità o con grave disagio psicopatologico nel periodo che porta al raggiungimento della maggiore età nell'ambito dei Comuni del Distretto Centro Nord .

Definisce:

- i criteri di collaborazione tra i servizi sociosanitari coinvolti prima e dopo il raggiungimento della maggiore età da parte di un minore disabile;
- i tempi e le modalità con cui i servizi devono trasferirsi le informazioni;
- le responsabilità e le modalità da attuare per assicurare una progettualità degli interventi coerenti con il bisogno, il contesto familiare e le risorse disponibili/attivabili nel rispetto delle specifiche competenze dei servizi.

Il protocollo oltre gli indirizzi del piano sanitario nazionale e piano sociale sanitario regionale, da applicazione a:

- “Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione”. G.R. 509/2007. Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna N° 1206/2007;
- “Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità Montane in merito alle modalità e ai criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità”. Repertorio Atti 39/eu del 20 marzo 2008;
- “Protocollo PUAPS” Protocollo Unificato per le attività psico sociali;
- “Requisiti Specifici per l'Accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza”. Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n° 911/2007;
- “Direttiva regionale in materia di affido familiare e di accoglienza in comunità di bambini e ragazzi” n.846 del 11.6.2007;
- Linee guida regionali per il trattamento di specifiche patologie neuro evolutive (es. autismo);
- Linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva. N.138 del 11.2.2008;
- Protocollo “Accesso alle prestazioni di Odontoiatria per utenti disabili”.

Prima dei 17 anni il protocollo regola le modalità di segnalazione e di invio reciproche tra la U.O.SMRIA e i Servizi Sociali Minori, definendo le modalità di collaborazione tra i servizi per predisporre un progetto condiviso:

- L'Assistente Sociale. incaricata o responsabile del caso incontra gli operatori sanitari incaricati o responsabili del caso per una fase conoscitiva e per l'avvio di un progetto condiviso usufruendo delle risorse a disposizione;
- L'Assistente Sociale conosce la famiglia ed il minore attraverso un percorso disgiunto o integrato, comunque condiviso, in base alla tipologia della situazione, alla opportunità e sempre nell'ottica del maggiore interesse del minore.

- Gli incontri di progettazione nella fase iniziale devono essere nel numero e frequenza necessari per attivare il progetto condiviso entro il minore tempo possibile.
- Il Servizio Sociale e la Unità Operative SMRIA individuano tempi e modalità per attuare confronti e aggiornamenti sulla situazione seguita, finalizzati alla evoluzione del progetto condiviso.
- Il progetto viene documentato nella cartella personale di ciascun servizio sull'apposita scheda "Progetto Servizio Sociale Minori –UO SMRIA" su cui nel tempo verranno registrate anche le verifiche.

### **Frequenza degli incontri di monitoraggio e valutazione del progetto**

- Nelle fasi di evoluzione del progetto attraverso il sostegno alla famiglia ed al minore gli incontri di verifica devono avere una cadenza almeno annuale, preferibilmente nelle settimane al compleanno del soggetto portatore di disabilità, al fine di distribuire il carico di lavoro per gli operatori e determinare un'aspettativa positiva nei famigliari.
- Debbono avere luogo indipendentemente dalla verifica annuale ogni qual volta insorgono elementi significativi che compromettano o comportino delle modifiche al progetto iniziale.
- Debbono avere luogo ad ogni cambio del ciclo scolastico.
- Devono avere forme adeguate di coinvolgimento della scuola e della U.O. Integrazione o servizi comunali equivalenti

Al 18° anno di età, la U.O.SMRIA assume una funzione di "regolatore di sistema" e a partire dal 16° anno di età si occupa di costruire il corretto invio ai servizi per adulti.

In base alla diagnosi provvede a:

- Individuare lo specialista di riferimento per le problematiche sanitarie prevalenti;
- contattare il Medico di Medicina Generale per trasferirgli le informazioni sulle modalità ed i tempi in cui l'UO SMRIA terminerà le azioni di propria competenza ed organizzare un incontro con lo specialista interessato e l'assistente sociale, in presenza della famiglia, finalizzato a trasmettere la storia sanitaria della persona, compreso il percorso riabilitativo svolto ( fisioterapico, logopedico, educativo-occupazionale, farmacologico, chirurgico, ecc...). e delineare insieme il percorso futuro differenziando gli interventi per mantenere il benessere della persona e le abilità acquisite, dagli interventi per eventuali complicanze secondarie;
- definire, facendo riferimento ai protocolli concordati a livello aziendale ove il disabile non sia già seguito in modo continuativo da un servizio specialistico, accordi specifici con le specialità più ricorrenti nella storia sanitaria del ragazzo disabile (es. fisiatria, ortopedia, neurologia, odontoiatria, oculistica) in modo da facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche e far sì che dal 18° anno di età, le medesime specialità, nell'ambito delle procedure concordate, possano essere attivate, in ragione dei bisogni, dal MMG;
- individuare i servizi sociali e sanitari che è necessario coinvolgere per garantire la continuità assistenziale in coerenza con il bisogno e la rete delle risorse disponibili/attivabili; tale valutazione viene registrata sulla scheda

- “Progetto Servizio Sociale Minori – SMRIA”;
- organizzare, quando ritenuto necessario, il percorso di accompagnamento della famiglia / amministratore di sostegno e del soggetto con disabilità verso una presa in carico da parte del Servizio Sociale Adulti; a tale fine la segnalazione dell’UO SMRIA viene fatta utilizzando il modulo “Scheda sanitaria riassuntiva” (o una relazione descrittiva che garantisca comunque l’insieme delle informazioni previste dal modulo) accompagnato, per i casi in cui è coinvolto il Servizio Sociale Minori, dal modulo “Scheda sociale per la segnalazione di minori ai fini della presa in carico del settore adulti”; seguirà, se non è già avvenuto, un incontro fra operatori dei servizi sanitari, del sociale area minori (quando già coinvolto sul caso) e area adulti, con la partecipazione dei referenti famigliari ed eventuali rappresentanti delle associazioni invitati dalla famiglia; per facilitare tali incontri è programmata una riunione semestrale tra i servizi;
  - segnalare, il caso all’UO Socio Sanitaria M.O. Handicap Adulto per facilitare eventuali successivi inserimenti in strutture residenziali o semiresidenziali e i diversi progetti assistenziali (assistenza domiciliare, inserimenti lavorativi, laboratori protetti assegni di cura) che caratterizzano l’offerta della rete dei servizi per le disabilità inviando anche copia del suddetto modulo “Scheda sanitaria riassuntiva”; la scheda sanitaria riassuntiva deve essere consegnata anche al MMG per facilitare la presa in carico terapeutica, eventualmente a fronte dell’ingresso in struttura residenziale;
  - organizzare un analogo percorso di accompagnamento verso una presa in carico da parte del Dipartimento di Salute mentale Area Psichiatria Adulti.

**Per le situazioni di disabilità riconducibili in maniera prevalente o esclusiva a patologie di tipo psichiatrico**

- Il passaggio avviene esclusivamente tra l’UO SMRIA e l’UO Area Psichiatria Adulti del DSM secondo le normali modalità interne al DSM;
- il passaggio richiede la continuità dell’intervento del Servizio Sociale anche nell’età adulta: il DSM e il Servizio Sociale di riferimento riformulano congiuntamente il progetto di presa in carico, ciascuno per le proprie competenze e responsabilità. Tale progetto condiviso e sottoscritto sarà parte integrante della cartella clinica della persona seguita e dovrà, dove possibile, contenere la valutazione-consenso dei familiari dell’utente o dell’amministratore di sostegno;
- il MMG e la famiglia devono essere coinvolti rispetto le diverse forme di passaggio all’area Psichiatria Adulti

In ogni caso, entro il mese di compimento del 17° è necessario che venga avviato e condiviso il percorso di passaggio fra i responsabili del caso uscenti e quelli futuri, sia del Servizio Sociale Adulti che dell’Area Psichiatria Adulti, favorendo la valutazione sociale e sanitaria dei bisogni di ciascun ragazzo disabile.

Il ruolo dell’UO SMRIA in questa fase di passaggio è quindi di creare le condizioni affinché la rete dei servizi sanitari (MMG, UO Area Psichiatria Adulti, UO Specialistiche, ecc.) che dovranno assicurare l’assistenza una volta che l’UO SMRIA avrà terminato il proprio ambito di intervento, sia stata attivata e ne sia stata verificata l’operatività a fronte di un progetto stabilito e formalizzato facendo incontrare i soggetti coinvolti almeno una volta. Il progetto deve essere for-

malmente trasmesso al Dipartimento di Cure Primarie (area sociosanitaria) a garanzia dell'avvenuto passaggio in cura.

Al compimento della maggiore età il Servizio Sociale Adulti in integrazione col D.C.P (responsabile del corretto utilizzo delle risorse sanitarie e socioassistenziali afferenti al FRNA) sarà competente e attiverà percorsi per tutti i ragazzi che presentano limitazioni dell'autonomia e per i quali siano state formulate ipotesi prognostiche implicanti interventi assistenziali ed educativi o comunque integrativi degli interventi delle famiglie, compresi quelli al domicilio.

Rispetto la rete dei servizi attivati nel passaggio, L'UVAR (Unità di Valutazione delle Abilità Residue), coordinata dal responsabile del m.o. disabili, deve esercitare un ruolo di monitoraggio e di intervento al fine di evitare difficoltà nella attivazione delle diverse competenze sanitarie previste . All'interno del team UVAR l'operatore di riferimento è di norma l'educatore professionale.

L' U.O. SMRIA deve considerare l'UVAR tra i soggetti destinatari di tutte le informazioni relative alla continuità della presa in carico della persona disabile, dalla minore alla maggiore età.

Per facilitare i percorsi di transizione dei giovani con disturbi neuropsichiatrici gravi e complessi ai servizi dell'età adulta ci si avvarrà della collaborazione di uno psicologo del DSM con l'obiettivo di sviluppare modalità e pratiche di intervento psicoeducativo e cognitivo-comportamentale da trasferire agli operatori coinvolti nel progetto assistenziale

# Percorso per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti disabili dopo il 18° anno di età

La presente procedura ha lo scopo di:

- Definire specifiche modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali ai pazienti disabili che, al raggiungimento della maggiore età (18 anni e fino al compimento dei 24 anni) sono dimessi dall'Unità Operativa SMRIA del Dipartim. Salute mentale dell'ASL Fe.
- Assicurare percorsi clinico-assistenziali efficienti ed efficaci, per l'erogazione di visite specialistiche ambulatoriali al paziente con caratteristiche cliniche specifiche.
- Garantire rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

## Accesso ai servizi

- 1) Le modalità di accesso saranno attive per le seguenti prestazioni specialistiche: visita odontoiatrica, visita neurologica, visita ortopedica, visita oculistica, visita fisiatrica, visita psichiatrica
- 2) Per ogni branca specialistica è stato individuato un medico specialista referente. La procedura sarà gestita dalla Capo-Sala del poliambulatorio di Copparo, che farà da collegamento fra il richiedente e lo specialista individuato, *(ad eccezione della odontoiatria, che sarà gestita direttamente dal medico referente della branca)*.
- 3) Le visite saranno eseguite presso il poliambulatorio di Copparo o di Tresigallo, *(ad eccezione di quella odontoiatrica, che sarà eseguita presso il Polo Odontoiatrico di Ferrara)*.
- 4) L'accesso è riservato esclusivamente al paziente, residente in uno dei comuni del Distretto Centro/Nord dell'Azienda Sanitaria di Ferrara, con età anagrafica 18 - 24 anni e che risulta dimesso dall'U.O. SMRIA del Dipartimento Salute Mentale dell'ASL di Ferrara.
- 5) Le visite da erogarsi sono quelle richieste dal Medico di Medicina Generale, redatte sul ricettario del SSN e debitamente motivate.
- 6) Le visite saranno erogate entro entro 30 gg. max e comunque nel rispetto della gravità clinica evidenziata nella richiesta.
- 7) Il medico richiedente, se lo riterrà opportuno, potrà contattare telefonicamente lo specialista, in ambulatorio, nei giorni e nell'orario indicato, per chiarimenti o informazioni cliniche, ritenute necessarie.

### **Modalità operative**

- Il medico di medicina generale o l'assistente sociale (mai direttamente un familiare) contatterà telefonicamente la Capo-Sala del poliambulatorio, per richiedere la visita.
- Seguirà l'invio della richiesta medica via FAX, contenente motivazione circostanziata della necessità della visita stessa, i dati anagrafici del paziente e il numero di telefono a cui comunicare la data della visita.
- La Capo-Sala sottoporrà la richiesta all'attenzione dello specialista, che a sua volta indicherà la data della visita, nel rispetto del tempo di attesa previsto.
- La Capo-Sala, contatterà telefonicamente il richiedente, per comunicare la data, l'ora e il luogo della visita ed eventuale documentazione sanitaria da esibirsi all'atto della visita.



Questa pubblicazione è stata realizzata  
dall'Azienda USL di Ferrara

Progetto grafico e impaginazione  
Umberto Gardenghi  
TLA Editrice s.r.l. - Ferrara

Chiuso nel mese di Novembre 2009

La riproduzione di questo documento è vietata.  
Tutti i diritti sono riservati

