

ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1964 Del 21 OTT. 2013

OGGETTO: Adozione “Linee Guida Dimissioni Protette - Percorsi assistenziali integrati Ospedale - Territorio Assistenza domiciliare e residenziale (appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse)” per la ASL BARI.

IL DIRETTORE GENERALE

con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria del Funzionario Amministrativo di Direzione Generale - Direzione Sanitaria Gianpaolo Parisi e della proposta formulata dal Dirigente Medico Silvana Fornelli, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO :

- che con L.R. n. 19 del 10.07.2006 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne ed uomini in Puglia” è stato attuato il R. R. n. 4/2007 e s.m.i.;
- che con L.R. n. 23 del 19 .09.2008 è stato accolto il Piano Regionale di Salute 2008 - 2010;
- che con D.G.R. n. 1875 del 13.10.2009 è stato approvato il Piano regionale delle politiche sociali 2009-11;
- che con D.G.R. n. 691 del 12.04.2011 sono state adottate le “Linee guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari”;
- che con R.R. n. 6 del 18.04.2011 è stato emanato il “Regolamento di organizzazione del DSS”;
- che con D.G.R. n. 2814 del 12.12.2011 è stata varata l’“Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale”;
- che con R.R. n. 11 del 07.06.2012 è stato adottato il “Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012. Modifica ed Integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia”;

- che con D.G.R. n. 1534 del 02.08.2013 è stato approvato il “Piano Regionale delle Politiche Sociali (2013-2015) - Approvazione del Piano ed assegnazione delle risorse a valere su FGSA 2013”;

RILEVATO:

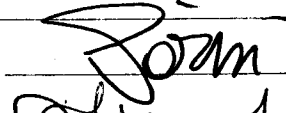
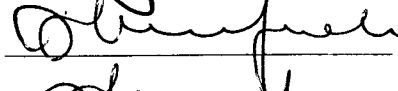
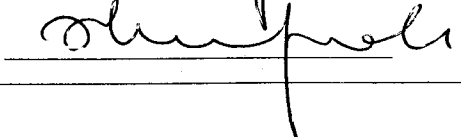
- che per dimissione protetta s'intende un percorso assistenziale del paziente da un *setting* di cura ad un altro che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità anche gravi, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza;
- che per questi pazienti “fragili”, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, *nursing* infermieristico e/o riabilitazione da definire in un progetto di cure sanitarie o socio-sanitarie integrate (Piano Assistenziale Individuale - PAI) di durata variabile e da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza;

EVIDENZIATO:

- che il Distretto, i Comuni d'Ambito e i Presidi Ospedalieri nei propri sistemi di riferimento, mediante il ricorso alle *Dimissioni Protette*, perseguono le seguenti finalità generali:
 - ottimizzare appieno la durata della degenza ospedaliera a fini diagnostico-terapeutici riducendone la durata complessiva e contenendo i ricoveri impropri e/o ripetuti;
 - creare una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e quella della presa in carico dei servizi territoriali, facendo dialogare le varie componenti dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, minimizzando il rischio di erogazione di prestazioni incongrue;
 - sviluppare cure alternative/continuative al ricovero ospedaliero che siano efficienti nell'ambito dell'economia aziendale, per meglio governare/utilizzare le risorse;
 - rendere le due funzioni, ospedaliera e territoriale, più flessibili ed integrate;
 - ridurre, presso il domicilio del paziente, i tempi di attesa necessari per l'attivazione dell'assistenza protesica, riabilitativa, infermieristica e dell'assistenza sociale, qualora ve ne ravvisi necessità;
 - ottimizzare l'utilizzo dell'attività di Assistenza Domiciliare e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali (RSA, RSSA, ecc.);
 - mirare all'umanizzazione delle cure con offerte assistenziali rassicuranti;
 - fornire supporto alla famiglia e sollievo dai carichi assistenziali, coinvolgendola attivamente e responsabilmente nella gestione del percorso di cura;
 - facilitare i processi di integrazione tra i servizi territoriali, in particolare la comunicazione tra Ospedale-Territorio;
 - attuare gli obiettivi specifici fissati dal Piano Regionale di Salute 2008-10, dal Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-11, dai Piani Sociali di Zona 2010-13 e dal Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario regionale 2010-12, che individuano nelle cure domiciliari la base privilegiata di azione per garantire efficacia ed economicità degli interventi territoriali.

RITENUTO :

- di adottare le "Linee Guida Dimissioni Protette - Percorsi assistenziali integrati Ospedale - Territorio Assistenza domiciliare e residenziale (appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse)" per la ASL BARI, per un periodo sperimentale di 1 (uno) anno, durante il quale saranno condotti *audit* per la verifica dell'appropriatezza del percorso posto in essere e per l'individuazione di eventuali ed opportune integrazioni dello stesso, così come da schema allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE	GIANPAOLO PARISI	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	SILVANA FORNELLI	
IL DIRIGENTE MEDICO	SILVANA FORNELLI	

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Assunto quanto in premessa.

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

DELIBERA

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa ;
- di adottare le "Linee Guida Dimissioni Protette - Percorsi assistenziali integrati Ospedale - Territorio Assistenza domiciliare e residenziale (appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse)" per la ASL BARI, per un periodo sperimentale di 1 (uno) anno, durante il quale saranno condotti *audit* per la verifica dell'appropriatezza del percorso posto in essere e per l'individuazione di eventuali ed opportune integrazioni dello stesso, così come da schema allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alle Direzioni dei Dipartimenti, alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI.

Il Dirigente proponente nel sottoscrivere il presente atto, rileva che la stesso non comporta alcun onere, ovvero costo a carico della ASL BARI.



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
Lungomare Starita, 6 - 70123 Bari

Azienda Sanitaria Locale

Provincia di Bari

Linee guida ***Dimissioni Protette***

Percorsi assistenziali integrati Ospedale - Territorio
Assistenza Domiciliare e Residenziale
(appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse)



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
Lungomare Starita, 6 70123 Bari

INDICE

Pag.	
3	Premessa
4	Riferimenti legislativi essenziali
4	Definizione della Dimissione Protetta
5	Finalità ed obiettivi delle Dimissioni Protette
6	La presa in carico del paziente cronico/fragile
6	Procedure di attivazione per la Dimissione Protetta
8	Condizioni per l'efficienza e la sicurezza delle Dimissioni Protette
9	Tipologie di dimissioni protette
12	Modifiche e Integrazioni
12	Allegati

Premessa

L'elevato numero di ricoveri per riacutizzazione di patologie croniche, quali ipertensione, scompenso cardiaco, BPCO (bronco pneumopatia cronica ostruttiva), diabete, epatopatie, patologie vascolari, etc., sta a significare quanto l'Ospedale sia ancora culturalmente riferimento primario per il soddisfacimento della domanda sanitaria della popolazione.

In funzione della presa in carico efficace delle cronicità, queste patologie sono trasferibili dall'assistenza ospedaliera episodica in acuzie, e quindi dall'intensiva ad alto costo, all'assistenza territoriale post-acuzie di medio-lungo periodo, non meno impegnativa di quella ospedaliera ma certamente a minor impatto economico.

Le maggiori criticità si rilevano al momento della dimissione dalle strutture ospedaliere dei pazienti cosiddetti "fragili", la cui gestione, per condizioni cliniche precarie o per inadeguatezza socio-economica, non può essere affidata esclusivamente alla famiglia.

Le dimissioni vengono vissute da parte dell'assistito e dei familiari come un'interruzione delle cure, con conseguente senso di abbandono o disorientamento, passando da un'assistenza ospedaliera 24 ore su 24 ad una domiciliare con ipotetica assenza di prestazioni sanitarie e sociali.

Un rientro a casa privo della necessaria continuità assistenziale può innescare una fase molto critica ed essere fonte di gravi disagi per il paziente ed il suo entourage.

Allo stato, infatti, non sempre le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali sono in collegamento in modo da segnalare tempestivamente il caso e garantire la continuità delle cure attraverso una presa in carico sanitaria e sociale integrata.

Questo determina spesso il reiterarsi di ricoveri, anche a distanza di brevi periodi, oppure l'inutile prolungamento dei ricoveri per l'impossibilità di assicurare una più opportuna e adeguata assistenza extraospedaliera.

La soluzione di questa criticità passa attraverso la presa in carico globale dell'assistito secondo il concetto (più volte espresso nei documenti di programmazione) di "protezione sanitaria e sociale a rete".

Il percorso assistenziale integrato tra Ospedale e Territorio trova la sua massima espressione nell'attivazione delle Dimissioni Protette, che concretamente rappresentano un graduale passaggio di setting assistenziale, tra strutture che esprimono funzioni contigue.

Dopo il ricovero in Ospedale, il domicilio resta l'approdo privilegiato per le Dimissioni Protette, dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza, affermando la funzione strategica dell'assistenza primaria.

Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita completa dell'autonomia, la domiciliarità delle cure, sanitarie o socio-sanitarie, rappresenta un forte stimolo e sostegno per il superamento del periodo più critico, consentendo, sovente, il massimo recupero delle potenzialità residue.

L'attivazione dell'assistenza domiciliare sanitaria e/o socio-sanitaria integrata (ADI) a cura del Distretto con o senza l'integrazione con il Comune di residenza in continuità con il ricovero ospedaliero realizza le Dimissioni Protette, determinando una gestione coordinata multiprofessionale e multidisciplinare del "caso", con importanti ricadute sullo stato di salute dei pazienti, sulla tutela del nucleo familiare, nonché sulla spesa sanitaria.

Qualora però la domiciliarità delle cure non sia perseguibile, per via del quadro clinico del paziente e/o per le condizioni socio-abitative del nucleo familiare d'appartenenza, è possibile attivare, in alternativa, la dimissione protetta presso struttura residenziale sanitaria (RSA /Hospice, ecc.) o socio-sanitaria (RSSA).

Infine, la dimissione protetta da Presidio Ospedaliero a struttura residenziale sanitaria (RSA) e successivamente a domicilio, e, qualora non fosse possibile, a struttura residenziale socio-sanitaria (RSSA), traccia un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di elevato grado di appropriatezza, di minore ricorso a ricoveri impropri e di maggiore consenso e fiducia dei familiari del paziente.

Riferimenti legislativi essenziali

- Regolamento Regionale n.4/2007 e s.m.i, attuativo della Legge 10 luglio 2006, n. 19 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne ed uomini in Puglia”
- Piano Regionale di Salute 2008 – 2010, approvato con L.R. 19 sett. 2008, n. 23;
- Piano regionale delle politiche sociali 2009-11, approvato con DGR 13 otto. 2009 n. 1875;
- DGR n. 691 del 12 aprile 2011 “Linee guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari”;
- Regolamento Regionale n. 6 del 18 aprile 2011 “Regolamento di organizzazione del DSS”;
- DGR n. 2814 del 12 dicembre 2011 “Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale”;
- Regolamento Regionale n. 11 del 7 giugno 2012, “Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-201 Modifica ed Integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia”.

Definizione della Dimissione Protetta

Per dimissione protetta s'intende un percorso assistenziale del paziente da un setting di cura ad un altro (Ospedale → domicilio o struttura residenziale sanitaria o socio-sanitaria) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità anche gravi, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza.

Per questi pazienti “fragili”, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione da definire in un progetto di cure sanitarie o socio-sanitarie integrate (Piano Assistenziale Individuale cosiddetto PAI) di durata variabile e da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza .

La dimissione protetta deve essere intesa come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere, Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG/PLS dell'assistito, al fine di garantire certezza, appropriatezza e continuità di cura, anche a beneficio della famiglia dell'Assistito.

Finalità ed obiettivi delle Dimissioni Protette

Mettere a sistema l'organizzazione e la gestione della dimissione protetta o assistita del paziente "fragile" rappresenta:

- un'operazione programmatica in materia di integrazione Ospedale-Territorio;
- una delle funzioni assegnate al Direttore del Distretto dal Regolamento Regionale n. 6 del 18/04/2011 "Regolamento di Organizzazione del Distretto Socio Sanitario";
- un'azione socio-sanitaria prevista dalle "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari" - Allegato D "Procedure per le dimissioni ospedaliere protette" (DGR n. 691 del 12/04/2011);
- un obiettivo di salute dettato dalla Direzione Strategica Aziendale ai Distretti Socio Sanitari e rispettivi Presidi Ospedalieri;
- un processo di potenziamento e riqualificazione delle attività assistenziali territoriali alternative al ricovero.

Il Distretto, i Comuni d'Ambito e i Presidi Ospedalieri nei propri sistemi di riferimento, mediante il ricorso alle Dimissioni Protette, perseguono le seguenti finalità generali:

- dare impulso all'attività territoriale elevandone al contempo la centralità;
- ottimizzare appieno la durata della degenza ospedaliera a fini diagnostico-terapeutici riducendone la durata complessiva e contenendo i ricoveri impropri e/o ripetuti;
- creare una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e quella della presa in carico dei servizi territoriali, facendo dialogare le varie componenti dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, minimizzando il rischio di erogazione di prestazioni incongrue;
- sviluppare cure alternative/continuative al ricovero ospedaliero che siano efficienti nell'ambito dell'economia aziendale, per meglio governare/utilizzare le risorse;
- rendere le due funzioni, ospedaliera e territoriale, più flessibili ed integrate;
- ridurre, presso il domicilio del paziente, i tempi di attesa necessari per l'attivazione dell'assistenza protesica, riabilitativa, infermieristica e dell'assistenza sociale, qualora ve ne ravvisi necessità;
- ottimizzare l'utilizzo dell'attività di Assistenza Domiciliare e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali (RSA, RSSA, ecc.);
- mirare all'umanizzazione delle cure con offerte assistenziali rassicuranti;
- fornire supporto alla famiglia e sollievo dai carichi assistenziali, coinvolgendola attivamente e responsabilmente nella gestione del percorso di cura;
- facilitare i processi di integrazione tra i servizi territoriali, in particolare la comunicazione tra Ospedale-Territorio;
- attuare gli obiettivi specifici fissati dal Piano Regionale di Salute 2008-10, dal Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-11, dai Piani Sociali di Zona 2010-13 e dal Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario regionale 2010-12, che individuano nelle cure domiciliari la base privilegiata di azione per garantire efficacia ed economicità degli interventi territoriali.

La presa in carico del paziente cronico/fragile

Un'appropriata presa in carico del paziente cronico/fragile richiede percorsi di cura integrati tra Ospedale ↔ Territorio, in grado di evitare un possibile vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente come abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla eccessiva e spesso inappropriata medicalizzazione-istituzionalizzazione.

Il concetto di presa in carico è caratterizzato dalla bi-direzionalità degli interventi, ovvero dalla possibilità di attivare percorsi dall'Ospedale (acuzie/sub-acuzie) al Territorio (post-acuzie), ma anche inversamente, vale a dire dal Territorio all'Ospedale o ad altro setting assistenziale.

I percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'Ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie, ma necessitano di un'integrazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità, che, interagendo, migliorano l'offerta al Cittadino/Utente.

Se la prospettiva futura vede le strutture ospedaliere caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione nell'erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase di emergenza-urgenza o subacuta della malattia, diventa ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale.

Ciò si pone a garanzia della continuità delle cure, soprattutto per quei soggetti cosiddetti "complessi" perché portatori di pluripatologie cronico-degenerative e/o di severa non autosufficienza.

La presa in carico del paziente fragile, oltre che di modelli quali il disease management, deve potersi avvalere di strumenti di integrazione tra i servizi sociali, sanitari ed educativi mediante lo sviluppo e l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno di un sistema a rete.

Il presente documento vuole contribuire concretamente a realizzare la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, definendo modalità di raccordo e di relazioni stabili ed esplicite fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, nonché tra servizi sanitari e sociali, nel rispetto delle peculiari specificità dei singoli ambiti assistenziali, a vantaggio della logica della centralità del Cittadino/Utente.

Procedure di attivazione per le Dimissioni Protette (chi fa, che cosa)

A) Dimissione protetta da Strutture di Ricovero Ospedaliero, pubbliche e private, a
Territorio

Le procedure di attivazione sono avviate dall'équipe medica del reparto in cui l'Utente è ricoverato almeno 7/5 giorni e non meno di tre giorni lavorativi prima della dimissione prevista.

- Il Medico Ospedaliero, che ha la responsabilità del caso, valutate le condizioni di dimissibilità del paziente, consideratene le particolari esigenze assistenziali e individuati i suoi bisogni, compila l'apposita Proposta di dimissione protetta (All. 2), unitamente alla SVaMA sanitaria (All. 3), o S.Va.M.Di (schede di valutazione adottate dalla Regione Puglia) e ad altra documentazione sanitaria ritenuta significativa.

- L'Assistente Sociale dell'Ospedale appronta la Richiesta (All. 1) a firma dell'avente diritto o di chi lo rappresenta e redige la SVaMA sociale (All. 5), con informazioni relative alle condizioni abitative, alla situazione familiare ed alle reti di supporto.

In particolare la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

- Il CPS del reparto di degenza o il Case Manager distrettuale compilerà la SVaMA cognitivo funzionale (All. 4).
- Il Servizio Sociale Ospedaliero che, nei casi di comprovata necessità sociale contatterà il Servizio Sociale del Comune di residenza, inoltra il tutto, vistato e protocollato dalla Direzione Medica ospedaliera, al Distretto per competenza territoriale, che attiva il processo di valutazione multidimensionale, PUA - UVM .

Sarà quindi cura dei competenti uffici distrettuali promuovere l'immediato coinvolgimento del MMG /PLS e del Comune di residenza nel percorso assistenziale.

La valutazione del paziente in UVM verrà effettuata preferibilmente in ospedale preventivamente alla dimissione e darà luogo alla stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) ed all'attivazione di tutti gli interventi necessari per consentire la più rapida deospedalizzazione del paziente.

La dimissione ospedaliera dovrà essere effettuata sempre e solo d'intesa con i servizi territoriali e la rete familiare di supporto.

Salvo diversi specifici accordi, la dimissione non potrà aver luogo in giorni festivi e prefestivi.

B) Dimissione protetta da RSA e da Strutture di Riabilitazione, pubbliche e private, a Territorio

I responsabili del caso (MMG, Medici delle RSA e delle Strutture di Riabilitazione pubbliche e private e accreditate) compilano la Proposta e la SVaMA e la inviano al Distretto competente per residenza dell'Assistito al fine della necessaria valutazione in sede di PUA-UVM.

La Proposta dovrà:

- essere autorizzata dalle Direzioni Mediche delle Strutture Sanitarie;
- pervenire ai Distretti Socio Sanitari di residenza dell'Assistito almeno 7 giorni prima dell'effettiva dimissione.

C) Procedure per le dimissioni urgenti

La dimissione protetta si qualifica come situazione d'urgenza attivandone di fatto le procedure:

- per le RSA: art. 12 comma 8 della DGR 7 ago. 2012 n. 1669: Reg. Reg. n. 8/2002 – "Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Sanitarie Assistenziali".
- per le RSSA art. 12 comma b.3 della Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 2162 del 17 Nov. 2010 Oggetto: "AREA SERVIZIO SOCIOSANITARIO: Delibera Accordo Contrattuale - tipo per le Residenze socio-sanitarie, ai sensi della LR n.4/2010 del 25 febbraio 2010 (art.10), R. R n.4/2007 (art.66), R. R. n.19 del 07.08.2008".

- per l'Hospice: Deliberazione del Direttore Generale ASL BA per la contrattualizzazione delle Strutture Sanitarie accreditate Istituzionalmente come Hospice: art. "Modalità di accesso per i pazienti residenti nella ASL di Bari".

In ogni caso A), B) e C) l'UVM di riferimento procederà alle valutazioni di competenza entro le successive 48 ore e nei casi di dimissioni attivata di venerdì entro le successive 72 ore.

Condizioni per l'efficienza e la sicurezza delle Dimissioni Protette

La procedura delle dimissioni protette va applicata nel solo ed esclusivo interesse del paziente e va attivata quando il Medico ospedaliero ravvisa la necessità di cure ed assistenza dopo la dimissione che non possono essere assicurate nel "normale" contesto di vita del paziente.

Si sottolinea in particolare l'importanza di una comunicazione tempestiva tra i medici ospedalieri ed i MMG/PLS, che per pazienti potenzialmente critici dovrebbe avvenire già nella fase di ricovero.

La comunicazione fra il Medico ospedaliero ed il MMG/PLS, già regolamentata dagli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, andrebbe sostenuta e deve essere bidirezionale a seconda della modalità di accesso all'ospedale.

Utile a tale scopo un riferimento del DSS che potrà favorire tale comunicazione.

Il MMG/PLS, ricevuta la richiesta di comunicazione per via indiretta (es. e-mail, fax, segreteria telefonica, parenti) contatterà il Medico Ospedaliero al più presto e comunque entro le successive 24 ore lavorative.

L'Ospedale si impegna a garantire che il Medico ospedaliero contatterà il MMG/PLS al più presto, per il tramite del Servizio Sociale ospedaliero o direttamente tramite il paziente o chi lo rappresenta, per informarlo dell'avvenuto ricovero e fornirà tutti i recapiti telefonici o elettronici e le modalità più efficaci e veloci di contatto per il reparto di degenza.

In ogni caso non si potrà procedere alla dimissione protetta ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

Il Medico ospedaliero, in prossimità delle dimissioni, avrà cura di espletare le necessarie operazioni e verificare le seguenti condizioni al fine di garantire la continuità delle cure e la sicurezza della dimissione, soprattutto quando si tratti di pazienti in situazione di fragilità:

- informare correttamente il paziente ed i suoi familiari sui risultati conseguiti durante la degenza ospedaliera, sulla possibilità di avviare un percorso integrato con il Medico curante ed i servizi territoriali, nonché sugli obiettivi da raggiungere attraverso il piano di cure erogato dopo la dimissione;
- compilare cartellino e lettera di dimissione, con indicazione precisa di eventuali date, sedi ed orari per follow up, controlli o quant'altro;
- suggerire al MMG la prescrizione dei farmaci necessari alla terapia domiciliari e con rispetto delle eventuali note AIFA;
- preparare una esaustiva relazione clinica ed eventualmente riabilitativa ai fini del proseguimento della terapia e dell'eventuale riabilitazione, nonché, ove necessaria, relazione sintetica sulle disabilità.

I predetti atti dovranno riportare timbro e firma leggibile dello specialista che dimette il paziente.

È opportuno che venga fornito un recapito telefonico;

- compilare certificazione eventualmente necessaria per esenzione ticket per patologia, piani terapeutici per farmaci o presidi particolari (es. sacche per la nutrizione), compresa, se necessaria, la prescrizione a cura di un Pneumologo di OLT;
- prescrivere su apposita modulistica presidi protesici e/o ausili indispensabili, facendo compilare dagli Specialisti (autorizzati quali prescrittori) i moduli appositi previsti dalla Regione Puglia.

In caso di pazienti affetti da menomazioni “gravi e permanenti” o che necessitano di assistenza continua in quanto non più in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e che necessitano di presidi o ausili indispensabili per la dimissione (es. letti ortopedici, materassi antidecubito, sedie comode, sacche per stomia, ecc.), inoltrando per tempo la prescrizione agli Uffici Protesi distrettuali (tramite i familiari o attraverso precisi contatti distrettuali), sarà possibile ricevere al domicilio o ritirare dalle strutture preposte i presidi e gli ausili necessari già al momento della dimissione;

- compilare la scheda S.Va.M.A o la SVAM.Di.
- consegnare la documentazione personale al paziente.

Le competenti istituzioni territoriali agevoleranno i percorsi dei pazienti e dei loro familiari in situazione di difficoltà assistenziale, semplificando le prassi ed accelerando i tempi di fornitura di quanto necessario, prediligendo forme di trasmissione e comunicazione dirette ed immediate degli atti, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.

Tipologie di Dimissioni Protette

Queste possono prevedere:

- rientro a domicilio con attivazione, attraverso il MMG/PLS, delle Cure Domiciliari;
- ricovero in Strutture di Riabilitazione extra-ospedaliera, ex art. 26 l. n.883/78;
- ricovero in Residenza Assistenziale Sanitaria (RSA) o Socio-Sanitaria Assistenziale (RSSA);
- ricovero in strutture per cure palliative (Hospice);
- ricovero in strutture per cure ed assistenza complessa.

Di seguito vengono specificati per i diversi setting assistenziali gli ulteriori adempimenti da espletare prima della dimissione dall'ospedale, secondo le caratteristiche del paziente.

A) Da Ospedale a domicilio con attivazione delle cure domiciliari (ADI)

Le Cure Domiciliari sono un livello assistenziale di tipo sanitario o socio-sanitario integrato, con l'intervento di diverse figure professionali: MMG/PLS, specialisti, psicologo, infermiere, terapeuta della riabilitazione, OSS e Assistenti sociali.

I casi eleggibili per la dimissione protetta ospedaliera (DOP) verso le cure domiciliari sono:

1. paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico non continuativo nei primi giorni dopo la dimissione;

2. paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con un'adeguata rete di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care-giver).

In assenza di 1. e 2. la dimissione protetta verrà indirizzata verso struttura residenziale.

Per l'attivazione si rimanda a quanto già descritto nel paragrafo Procedure di attivazione per le Dimissioni Protette.

Criteri di eleggibilità per le Cure Domiciliari: ADI:

- presenza di un adeguato supporto familiare, consenziente;
- consenso del MMG/PLS;
- condizioni di non autosufficienza o rischio di non autosufficienza;
- pazienti che necessitano di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socio-assistenziale;
- pazienti neuro-motulesi con perdita recente dell'autonomia, in fase post acuta di malattia, che necessitano di interventi riabilitativi, per il recupero e/o la stabilizzazione di menomazioni e disabilità, non erogabili ambulatorialmente o in D.H.

In caso di pazienti che necessitano di Cure Palliative - ADO i criteri di eleggibilità per la presa in carico sono i seguenti:

Criteri maggiori (presenti tutti)

- paziente oncologico e non, in fase avanzata di malattia;
- consenso del paziente e/o caregiver di riferimento;
- consenso MMG/PLS;
- non più suscettibilità a chemioterapia di prima linea se oncologico.

Criteri minori (presenti almeno due):

- prognosi di vita presumibilmente inferiore o uguale a tre mesi;
- necessità di terapia del dolore e/o di altri sintomi;
- Indice di Karnofsky inferiore o uguale a 50 (non autosufficienza totale o parziale).

B) Da Ospedale a domicilio con attivazione della riabilitazione domiciliare

La Riabilitazione Domiciliare è disciplinata dal Regolamento Regionale n. 16/2010 e successivo n. 20/2011.

L'attivazione nell'ambito delle D.O.P. può riguardare "Unità operative ospedaliere per acuti e riabilitative, comprese quelle di lungodegenza".

Richiede la segnalazione del caso al Distretto di residenza del paziente e la trasmissione del programma riabilitativo almeno 72 ore prima della dimissione in modo da consentire la presa in carico territoriale.

Il Distretto, in conseguenza, attiva una valutazione multidisciplinare, c/o U.O. riabilitazione, per la presa d'atto di detto programma ovvero per la sua modifica.

Le disabilità trattabili a domicilio riguardano i seguenti pazienti:

- pazienti con patologie di anca, femore e ginocchio trattati chirurgicamente che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- pazienti con esiti di ictus cerebrale e residuale emiparesi nelle fasi di immediata post acuzie e nei casi con gravi esiti invalidanti;
- pazienti affetti da gravi patologie di apparato e politraumatizzati che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- pazienti affetti da malattie degenerative progressive del sistema nervoso centrale e periferico, neuromuscolari in fase di avanzata evoluzione che non possono essere trattati in ambulatorio;
- pazienti affetti da mielolesioni e cerebrolesioni genetiche e acquisite;
- pazienti in coma vegetativo e stato di minima coscienza.

C) Da Ospedale a ricovero in struttura riabilitative extraospedaliere (ex art. 26 l. n. 883/'78)

I pazienti eleggibili sono tutti quelli che in seguito ad una patologia acuta (ictus con emiplegia, frattura di femore ecc.) hanno sviluppato una disabilità che richiede di essere corretta con un intervento riabilitativo in degenza, di tipo intensivo o semi-intensivo nonché i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi per il mantenimento di abilità residue.

In caso di ricovero in Struttura Riabilitativa il Medico ospedaliero informa il MMG/PLS della necessità di ricovero in tale struttura o attiva egli stesso il ricovero per cure intensive.

Per l'attivazione il Medico ospedaliero predispone Scheda SVAM DI e la documentazione sanitaria necessaria (Proposta di ricovero e relazione clinica medica con l'indicazione del piano terapeutico ivi compreso le prestazioni fisioterapiche ed ed infermieristiche necessarie) che invia per fax al Distretto – PUA UVM per la redazione del PAI e l'individuazione della struttura più appropriata .

Ove siano presenti anche problematiche sociali lo stesso ne da comunicazione al Distretto Socio Sanitario affinché informi a sua volta il servizio sociale del comune di residenza dell'assistito.

D) Da Ospedale a ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale (RSSA)

I pazienti eleggibili in RSA o RSSA sono quelli con problemi di non autosufficienza parziale o totale, in genere anziani, non assistibili al proprio domicilio in conseguenza dell'elevato carico che comporta la loro dipendenza funzionale e/o per l'assenza o insufficienza del supporto socio-familiare.

Per quest'ultima tipologia di pazienti deve esservi l'impossibilità del rientro, anche temporaneo, al proprio domicilio per la presenza di una condizione di dipendenza grave e/o per l'assenza/inadeguatezza del supporto familiare rispetto al quadro clinico.

Per questi pazienti l'ingresso temporaneo in RSA può avere anche carattere di "sollievo" in modo da evitare che, alla conclusione del programma di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale da parte dell'Ospedale, la degenza si protragga impropriamente.

Per l'attivazione si rimanda a quanto già descritto nel paragrafo Procedure di attivazione per le Dimissioni Protette.

E) Da Ospedale a ricovero in Hospice

I pazienti eleggibili in Hospice sono i pazienti terminali, colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti guaritivi, la cui diretta conseguenza è la morte e per i quali il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza.

Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

Per l'attivazione il Medico Ospedaliero, informa il MMG/PLS e, acquisito il consenso del paziente e/o dei familiari, lo invia nella struttura prescelta segnalando contestualmente il caso al Distretto Socio Sanitario che ratificherà il ricovero in sede di UVM.

Modifiche ed integrazioni

Le presenti Linee Guida possono essere revisionate in relazione all'andamento e ai risultati, nonché in funzione di eventuali Leggi, Regolamenti (nazionali e regionali) che posso determinarsi in materia d'integrazione Ospedale-Territorio.

Allegati

- All. 1 - Richiesta, a cura dell'avente diritto o di chi lo rappresenta
- All. 2 - Proposta, a cura delle Direzioni mediche delle Strutture sanitarie
- All. 3 - SVAMA sanitaria, a cura del Medico del reparto di dimissione
- All. 4 - SVAMA cognitivo-funzionale, a cura del CPS o del Case Manager distrettuale
- All. 5 - SVAMA sociale, a cura dell'Assistente Sociale ospedaliera.

**Azienda Sanitaria Locale Bari**

Distretto Socio Sanitario n.

Ambito Territoriale

Comune/i di

S.V.A.M.A.**Valutazione cognitivo-funzionale****1. SITUAZIONE COGNITIVA**

Nome	Data di nascita
Sede di valutazione	Data
Situazione cognitiva	
Short Portable Mental Status Questionnaire (barrare la casella, punteggio 1, in caso di errore)	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	
Che giorno è della settimana?	
Come si chiama questo posto?	
Qual è il suo indirizzo?	
Quanti anni ha?	
Quando è nato?	
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa)	
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa)	
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	
Totale valutazione cognitiva vcog	
☐ lucido 0-3 ☐ confuso 4-8 ☐ molto confuso o stuporoso 9-10	

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG = 10. Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica (eventualmente previa consulenza specialistica):

VCOG

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, o aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

2. SITUAZIONE FUNZIONALE**Indice di Barthel - Attività di base****Alimentazione**

Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	10



Bagno / doccia (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa.	0
Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	1
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
Igiene personale	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi.	
Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie.	0
Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
Abbigliamento	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
Continenza intestinale	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
Continenza urinaria	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni.	10
Uso del gabinetto	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
Totale valutazione funzionale (attività di base) VADL	
Punteggio totale attività di base	
☐ autonomo o quasi 0-14 ☐ dipendente 15-49 ☐ totalmente dipendente 50-60	



3. MOBILITA'

Indice Barthel - Mobilità

Trasferimento letto carrozzina (compilare anche in caso di paziente allettato)		
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
Deambulazione (funzionalmente valida)	Uso della carrozzina (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	15
Scale		
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa.		0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).		2
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione per assistenza.		5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		8
Incapace di salire e scendere le scale.		10
Totale valutazione mobilità VMOB		
☐ si sposta da solo 0-14 ☐ si sposta assistito 15-29 ☐ non si sposta 30-40		

4. PREVENZIONE-TRATTAMENTO DECUBITI

[illegible]


AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario n.

Ambito Territoriale n.

Comune/i di

Al Direttore
Distretto Socio Sanitario n.
Comune/i
ASL BA

**RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. 4/2007 e R.R. 8/2002)
O DI CURE DOMICILIARI**

Il/la sottoscritto/a		Nato/a		Prov.	il
Residente a	Prov.	Via	n.	CAP	
C. F.				Tel.	

CHIEDE

☐ per se stesso		☐ in qualità genitore		☐ in qualità di amministratore di sostegno	
☐ in qualità di tutore		☐ che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000)			
del/la sig./ra		grado di parentela		Nato/a	Prov.
il	Residente a	Prov.	Via	n.	
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a			Prov.	Via	n.
Sesso M ☐ F ☐		Stato civile		C. F.	Tel.

☐ di essere accolto in Residenza Socio-Sanitaria
☐ di essere accolto in Residenza Sanitaria
☐ di essere assistito/curato al proprio domicilio

in quanto affetto da patologie croniche, non in grado di condurre una vita autonoma e non assistibile a domicilio.

Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

- ☐ invalido civile al _____% con/senza assegno di accompagnamento
- ☐ titolare di pensione sociale
- ☐ privo di alcun reddito personale
- ☐ altro (specificare) _____

Allega la seguente proposta di ricovero /assistenza domiciliare redatta:

- ☐ dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dott.ssa/dott. _____
- ☐ dal Dirigente della U.O. ospedaliera _____ dott.ssa/dott. _____
- ☐ dal Dirigente del Servizio Territoriale _____ dott.ssa/dott. _____
- ☐ dai Servizi Sociali del Comune di _____

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

- ☐ Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di Dimissione Protetta) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto
- ☐ Relazione medico-specialistica che attesti la stabilizzazione delle patologie psichiatriche ed indichi il piano terapeutico e riabilitativo in atto (*riservata a persona adulta/anziana portatrice di disturbi psichiatrici stabilizzati*)
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente

Data _____ Firma dell'avente diritto _____

Firma del richiedente (curatore, tutore o altro specificare)

Firma del richiedente che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000): _____

Dichiara inoltre di: (barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata)

- ☐ **Essere** in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare.

Data _____ Firma _____

- ☐ **NON essere** in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare. Per le persone con handicap permanente grave accertato ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92 nonché per le persone ultra 65enni in condizione di accertata non autosufficienza fisica o psichica, la situazione economica è riferita al solo soggetto destinatario della prestazione e tenuto alla partecipazione ai costi della prestazione. A tal fine si considera l'ISEE estratto del destinatario della prestazione (*BURP n.58 del 20 aprile 2012 - R.R. n.7 del 18.04.2012, art.1).*

Data _____ Firma _____

Autorizza:

- ☐ Si ☐ No Il trattamento dei propri dati ai sensi del Testo Unico sulla privacy D. Lgs n. 196/2003
- ☐ Si ☐ No Il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica
- ☐ Si ☐ No L'ASL BA a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Distretto Socio Sanitario, Comune, Provincia, Regione) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura _____

Data _____ Firma _____

(firma del richiedente)



Al Direttore

Distretto Socio Sanitario n.

Comune/i di

ASL BA

Dimissione Protetta da

PROPOSTA**Assistito**

Cognome		Nome		
Nato/a a	Prov.	il	Residente a	Prov.
Via	n.	C.F.		
Familiare di riferimento			Tel.	

PROPOSTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

- ☐ Persona in fase immediatamente post-acuta, con adeguato supporto familiare, che presenta bisogni di salute con un elevato livello di complessità per la presenza di criticità specifiche, mediante interventi, tra loro integrati, di tipo medico, medico specialistico, infermieristico, riabilitativo.
- ☐ Persona portatore di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori e per i quali occorre raggiungere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito di vita.
- ☐ Persona con adeguato supporto familiare o informale, che presentano dei bisogni di salute con un elevato livello di complessità per la presenza di criticità socio-sanitarie specifiche. Caratteristica peculiare dell'ADI è una forte integrazione tra componenti sanitarie e quelle socio-assistenziali. ADI prevede l'erogazione di prestazioni professionali a basso, medio e alto peso assistenziale, di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, medico specialistico, psicologico e sociale.
- ☐ Persona che presenta bisogni di salute con un elevato livello di complessità e instabilità clinica per la presenza di criticità oncologiche specifiche. ADO comprende prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche, psicologiche e sociali ad alto peso assistenziale. E' previsto l'intervento di équipe specialistiche di cure palliative per i pazienti oncologici terminali che decidono di concludere la loro esistenza a casa.

PROPOSTA DI ASSISTENZA RESIDENZIALE SANITARIA /SOCIO-SANITARIA**Residenza Sanitaria Assistenziale RSA - Nucleo ordinario (art. 2 R. R. n. 8/02)**

- ☐ Persona non più in età evolutiva portatrice di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali, che ha superato la fase acuta della malattia e per la quale è stato compiuto un adeguato trattamento terapeutico o di riabilitazione di tipo intensivo, ma che abbisogna di trattamenti terapeutici protratti nel tempo
(Assistenza medica, infermieristica e riabilitativa estensiva post-acuzie)
- ☐ Persona anziana che presenta patologie cronico-degenerative che non necessita di assistenza ospedaliera, ivi compreso soggetto affetto da patologie psico-geriatriche (demenza senile)
(Complessa e continua assistenza geriatrica)
- ☐ Persona adulta colpita da handicap di natura fisica, psichica o sensoriale in condizioni di non autosufficienza o affetta da malattie croniche
(Complessa e continua assistenza dell'adulto/anziano disabile grave affetto da patologie croniche)
- ☐ Persona adulta portatrice di disturbi psichiatrici in condizioni di non autosufficienza o affetta da malattie croniche, per la quale sia stata esclusa la possibilità di utilizzare altre soluzioni terapeutico-assistenziali
(Assistenza socio-sanitaria all'adulto/anziano con disturbo psichiatrico affetto da patologie croniche)

Residenza Sanitaria Assistenziale RSA - Nucleo Alzheimer (R. R. n. 8/02)

- ☐ Persona anziana affetta da sindrome demenziale con grave compromissione dell'autonomia e dell'autosufficienza con preminenti disturbi del comportamento ancora responsiva agli interventi riabilitativi
(Riabilitazione cognitiva, occupazionale e neuromotoria; gestione dei disturbi del comportamento)

Residenza Socio Sanitaria Assistenziale RSSA - Disabili (art. 58 R. R. n. 4/07 e smi)

- ☐ Persona in situazione di handicap con gravi deficit psico-fisici, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse in RSA, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.
(Attività di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria)

Residenza Socio Sanitaria Assistenziale RSSA - Anziani (art. 66 R. R. n. 4/07 e smi)

- ☐ Persona anziana, in età superiore ai 64 anni, non autosufficiente, con gravi deficit psico-fisici, nonché persona anziana affetta da demenza senile, che non necessita di prestazioni sanitarie complesse, ma un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo ad elevata integrazione socio-sanitaria, che non in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e che non può essere assistita a domicilio
(Assistenza geriatrica non complessa)
- ☐ Persona non autosufficiente che non ha raggiunto l'età dei 64 anni affetta da demenza senile o Malattia di Alzheimer e demenze correlate, non in grado di svolgere autonomamente gli atti della vita quotidiana, con limitati livelli di recuperabilità e che non richiede prestazioni sanitarie complesse
(Assistenza medica, riabilitativa e infermieristica)

Struttura riabilitative extraospedaliere (ex art. 26 l. n. 883/78)

- ☐ Persona con patologia acuta (ictus con emiplegia, frattura di femore ecc.) che ha sviluppato una disabilità che richiede di essere corretta con un intervento riabilitativo in degenza, di tipo intensivo o semi-intensivo nonché i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi per il mantenimento di abilità residue.

Hospice

- ☐ Paziente terminale, colpito da una malattia che non risponde più a trattamenti guaritivi, la cui diretta conseguenza è la morte e per i quali il controllo del dolore e di altri sintomi è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.
(Assistenza medica, infermieristica, psicologica, spirituale e lotta al dolore)

Grado di non autosufficienza

☐ Totalmente non autosufficiente

☐ Parzialmente autosufficiente

Stato di coscienza: ☐ collaborativo ☐ Lucido ☐ Disorientato ☐ confuso ☐ stuporoso

Non autosufficienza in: ☐ Igiene personale ☐ Mangiare ☐ Vestirsi ☐ Toilette ☐ Continenza

Mobilità: ☐ Cammina autonomamente ☐ Cammina con ausilio ☐ Cammina con assistenza
☐ Seduto su carrozzina ☐ Allettato Altro _____

Patologie prevalenti _____

Patologie concomitanti _____

Trattamento farmacologico in atto _____

Trattamento non farmacologico in atto ☐ Catetere vescicale ☐ Catetere venoso centrale ☐ Sondino naso-gastrico

☐ PEG ☐ Ossigenoterapia ☐ Ventilazione meccanica ☐ Stomie ☐ Terapia antalgica ☐ Nutrizione enterale

☐ Nutrizione parenterale ☐ Lesioni ulcerative cutanee ☐ Altro _____

Presidi sanitari

Necessità di presidi ? ☐ NO ☐ SI

Tipo di presidi _____

☐ Presenti al domicilio ☐ Prescritti dall'U.O.A. ☐ Da prescrivere
☐ Presenti al domicilio ☐ Prescritti dall'U.O.A. ☐ Da prescrivere

Obiettivo della proposta _____

Il proponente dott.ssa/dott. _____ Qualifica _____

U.O. Ospedaliera _____ Tel. _____

Data _____ Timbro e Firma _____

Note: _____

Visto il MMG / PLS dott.ssa/dott. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Data _____ Firma _____

**Azienda Sanitaria Locale Bari**

Distretto Socio Sanitario n.

Ambito Territoriale

Comune/i di

S.V.A.M.A.**Valutazione sanitaria****Nome:****Data di nascita:** |_|_|_|_|_|_|_|_|**Sede di valutazione:****Data:** |_|_|_|_|_|_|_|_|**Cenni anamnestici - Problemi cronici in atto:**

Trattamenti in atto:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	no	sì
Diabete insulinoindipendente	0	5
Prelievi Venosi Non Occ	0	5
ECG	0	5
Telemetria	0	5
Terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva	0	5
Gestione catetere centrale	0	5
Trasfusioni	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensate (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Ventiloterapia	0	5
Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	0	5
Sondino naso-gastrico	0	10
Gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale/ Eliminazione intestinale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (*comprensione*)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende

LINGUAGGIO (*produzione*)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime

UDITO (*eventualmente con protesi*)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa

VISTA (*eventualmente con occhiali*)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC-2

**Indicare la Patologia prevalente (P) che determina l'attivazione dell'assistenza,
la Patologia concomitante (C) che condiziona la presa in carico, altra Patologia (A)
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di U.V.M.)**

MALATTIE GENERALI

P	C	A		P	C	A	
☐	☐	☐	A07 Coma	☐	☐	☐	A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale
☐	☐	☐	A79 Neoplasia maligna NAC	☐	☐	☐	A87 Complicanze da trattamento
☐	☐	☐	A80 Trauma/lesione traumatica NAC	☐	☐	☐	A89 Danno da materiale protesico
☐	☐	☐	A81 Politraumatismo /lesioni multiple	☐	☐	☐	A90 Anomalie congenite multiple /NAC
☐	☐	☐	A82 Postumo di trauma	☐	☐	☐	A97 Nessuna malattia
☐	☐	☐	A84 Intossicazione da farmaco	☐	☐	☐	A99 Malattia o condizione o sede non definita

SANGUE / LINFATICI / MILZA

P	C	A		P	C	A	
☐	☐	☐	B71 Linfadenite cronica o non specifica	☐	☐	☐	B80 Anemia da carenza di ferro
☐	☐	☐	B72 Morbo di Hodgkin /linfoma	☐	☐	☐	B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico
☐	☐	☐	B73 Leucemia	☐	☐	☐	B83 Porpora/difetto di coagulazione
☐	☐	☐	B74 Altra neoplasia malignaematologica	☐	☐	☐	B87 Splenomegalia
☐	☐	☐	B75 Neoplasia benigna /inc. sangue o org. linf	☐	☐	☐	B90 Infezione HIV /AIDS
☐	☐	☐	B78 Anemia emolitica ereditaria	☐	☐	☐	B99 Altra malattia del sangue/org. linf. /milza
☐	☐	☐	B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf.				

SISTEMA DIGERENTE

P	C	A		P	C	A	
☐	☐	☐	D17 Incontinenza rettale	☐	☐	☐	D87 Disordine gastrico funzionale
☐	☐	☐	D70 Infezione gastrointestinale	☐	☐	☐	D88 Appendicite
☐	☐	☐	D72 Epatite virale	☐	☐	☐	D89 Ernia inguinale
☐	☐	☐	D74 Neoplasia maligna dello stomaco	☐	☐	☐	D90 Ernia jatale
☐	☐	☐	D75 Neoplasia maligna del colon/retto	☐	☐	☐	D91 Altra ernia addominale
☐	☐	☐	D76 Neoplasia maligna del pancreas	☐	☐	☐	D92 Malattia diverticolare
☐	☐	☐	D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC	☐	☐	☐	D93 Sindrome del colon irritabile
☐	☐	☐	D81 Anomalia congenita apparato digerente	☐	☐	☐	D94 Enterite cronica /colite ulcerosa
☐	☐	☐	D82 Malattia di denti o gengive	☐	☐	☐	D95 Ragade anale /ascesso perianale
☐	☐	☐	D83 Malattia della bocca /lingua /labbra	☐	☐	☐	D96 Vermi /parassiti intestinali
☐	☐	☐	D84 Malattia dell'esofago	☐	☐	☐	D97 Malattia del fegato NAC
☐	☐	☐	D85 Ulcera duodenale	☐	☐	☐	D98 Colecistite /colecistiasi
☐	☐	☐	D86 Altra ulcera peptica				

OCCHIO

P	C	A
☐	☐	☐ F74 Neoplasia di occhio /annessi
☐	☐	☐ F81 Altra anomalia congenita dell'occhio
☐	☐	☐ F82 Distacco di retina
☐	☐	☐ F83 Retinopatia
☐	☐	☐ F84 Degenerazione maculare
☐	☐	☐ F85 Ulcera corneale

P	C	A
☐	☐	☐ F91 Difetto di rifrazione
☐	☐	☐ F92 Cataratta
☐	☐	☐ F93 Glaucoma
☐	☐	☐ F94 Cecità
☐	☐	☐ F99 Altra malattia di occhio/annessi

ORECCHIO

P	C	A
☐	☐	☐ H03 Acufene /tintinnio /ronzio all'orecchio
☐	☐	☐ H74 Otitis media cronica
☐	☐	☐ H75 Neoplasia dell'orecchio
☐	☐	☐ H77 Perforazione del timpano
☐	☐	☐ H82 Sindrome vertiginosa

P	C	A
☐	☐	☐ H83 Otosclerosi
☐	☐	☐ H84 Presbiacusia
☐	☐	☐ H86 Sordità
☐	☐	☐ H99 Altra malattia di orecchio/mastoide

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

P	C	A
☐	☐	☐ K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca
☐	☐	☐ K73 Anomalia cardiovascolare congenita
☐	☐	☐ K74 Cardiopatia ischemica con angina
☐	☐	☐ K75 Infarto miocardico acuto
☐	☐	☐ K76 Cardiopatia ischemica senza angina
☐	☐	☐ K77 Scompenso cardiaco
☐	☐	☐ K78 Fibrillazione atriale /flutter
☐	☐	☐ K79 Tachicardia parossistica
☐	☐	☐ K80 Aritmia cardiaca NAC
☐	☐	☐ K82 Cuore polmonare
☐	☐	☐ K83 Valvulopatia NAC
☐	☐	☐ K84 Altra malattia cardiaca

P	C	A
☐	☐	☐ K86 Ipertensione arteriosa non complicata
☐	☐	☐ K87 Ipertensione arteriosa complicata
☐	☐	☐ K88 Ipotesione posturale
☐	☐	☐ K89 Ischemia cerebrale transitoria
☐	☐	☐ K90 Accidente vascolare cerebrale /stroke
☐	☐	☐ K91 Malattia cerebrovascolare
☐	☐	☐ K92 Arteriosclerosi /mal.vascolare periferica
☐	☐	☐ K93 Embolia polmonare
☐	☐	☐ K94 Flebite/tromboflebite
☐	☐	☐ K95 Varici venose arti inferiori
☐	☐	☐ K99 Altra malattia cardiovascolare

SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO

P	C	A
☐	☐	☐ L70 Infezione del sistema osteoarticolare
☐	☐	☐ L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica
☐	☐	☐ L72 Frattura di radio/ulna
☐	☐	☐ L73 Frattura di tibia/perone
☐	☐	☐ L74 Frattura di mano/piede
☐	☐	☐ L75 Frattura di femore
☐	☐	☐ L76 Altra frattura
☐	☐	☐ L77 Distorsione /stiramento di caviglia
☐	☐	☐ L78 Distorsione /stiramento di ginocchio
☐	☐	☐ L79 Distorsione /stiramento di articolazione NAC
☐	☐	☐ L80 Lussazione /sublussazione
☐	☐	☐ L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC
☐	☐	☐ L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica
☐	☐	☐ L83 Sindrome cervicale

P	C	A
☐	☐	☐ L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione
☐	☐	☐ L85 Deformità acquisita della colonna
☐	☐	☐ L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione
☐	☐	☐ L88 Artrite reumatoide siero positiva
☐	☐	☐ L89 Coxoartrosi
☐	☐	☐ L90 Gonartrosi
☐	☐	☐ L91 Altra artrosi
☐	☐	☐ L92 Sindrome della spalla
☐	☐	☐ L95 Osteoporosi
☐	☐	☐ L96 Lesione acuta interna del ginocchio
☐	☐	☐ L97 Neoplasia benigna /incerta muscolosc.
☐	☐	☐ L98 Deformità acquisita degli arti
☐	☐	☐ L99 Altra malattia muscoloscheletrica

SISTEMA NERVOSO

P	C	A
☐	☐	☐ N17 Vertigine /capogiro
☐	☐	☐ N19 Disordine della parola
☐	☐	☐ N70 Poliomielite
☐	☐	☐ N71 Meningite /encefalite
☐	☐	☐ N72 Tetano
☐	☐	☐ N73 Altra infezione neurologica
☐	☐	☐ N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso
☐	☐	☐ N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso
☐	☐	☐ N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso
☐	☐	☐ N79 Commozione cerebrale
☐	☐	☐ N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso

P	C	A
☐	☐	☐ N85 Anomalia neurologica congenita
☐	☐	☐ N86 Sclerosi multipla
☐	☐	☐ N87 Parkinsonismo
☐	☐	☐ N88 Epilessia
☐	☐	☐ N89 Emicrania
☐	☐	☐ N90 Cefalea a grappolo
☐	☐	☐ N91 Paralisi facciale /paralisi di Bell
☐	☐	☐ N92 Nevralgia trigeminale
☐	☐	☐ N93 Sindrome del tunnel carpale
☐	☐	☐ N94 Neurite periferica /neuropatia

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

SISTEMA RESPIRATORIO

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

CUTE E ANNESSI

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

SISTEMA URINARIO

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

SISTEMA GENITALE MASCHILE

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐

P	C	A
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Compilatore	Data
Qualifica Professionale	Firma

**Azienda Sanitaria Locale BARI**

Distretto Socio Sanitario n.

Ambito Territoriale

Comune/i di

S.V.A.M.A.

Valutazione sociale

1. Dati generali e domanda di intervento

Sig./ra		Data di nascita	
Sede di valutazione		Data	
Tessera sanitaria	Esenzione ticket	Cod. Fiscale	
Residenza - via		Tel.	
Comune	Distretto Socio Sanitario Uno ASL Bari	Prov.	
Stato civile	1 ☐ coniugato 5 ☐ vedovo	2 ☐ celibe/nubile 6 ☐ non dichiarato	3 ☐ separato 4 ☐ divorziato
Sesso	1 ☐ M	2 ☐ F	
Istruzione			
1 ☐ nessun titolo	2 ☐ licenza elementare	3 ☐ scuola media inf./avviamento	
4 ☐ scuola profess.	5 ☐ medie superiori	6 ☐ dipl. universitario	7 ☐ laurea ☐ non dichiarato
Pensione	1 ☐ nessuna	2 ☐ minima/sociale	3 ☐ altra pensione
Ultima professione			
Invalidità civile	1 ☐ sì	2 ☐ no	Indennità accompagn. 1 ☐ sì 2 ☐ no 3 ☐ in attesa
Domanda di intervento (una sola risposta)			
Motivo della domanda		La persona è informata della domanda	
01 ☐ perdita dell'autonomia		01 ☐ sì	
02 ☐ famiglia non in grado di provvedere		02 ☐ no	
03 ☐ solitudine			
04 ☐ alloggio non idoneo			
05 ☐ altro			
Iniziativa della domanda (una sola risposta)		Tipologia della domanda (una sola risposta)	
01 ☐ Servizi sociali		01 ☐ Generica	
02 ☐ MMG/PLS		02 ☐ Assistenza domiciliare	
03 ☐ Ospedale		03 ☐ Centro diurno	
04 ☐ Ospedale per Dimissione Protetta		04 ☐ Ospitalità temporanea riabilitativa	
05 ☐ Struttura residenziale extraospedaliera		05 ☐ Altra ospitalità temporanea	
06 ☐ Utente/familiare		06 ☐ Accoglimento in residenza	
07 ☐ Altro			
Medico curante		Tel.	
Persona di riferimento contattabile			



Cognome e nome	
Indirizzo	Comune
Tel.	Grado di parentela

2. Assistenza e alimenti

Parenti tenuti agli alimenti

(nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) (ART. 433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle).

Cogn./nome	P ¹	età	Profess.	Ind./tel.	L ²	I ³	Si occupa di ⁴			I ⁵	Si occuperà di ⁴		
							ADL	IADL	super visione		ADL	IADL	super visione
1													
2													
3													
..													

Altre persone attive (compreso personale privato)

1													
2													
..													

Legenda

1. Parentela	C = coniuge; FI = figlio / figlia; G = genitore; NO = nonno / nonna; ND = nipote diretto; NI = nipote indiretto; NU = genero / nuora; AL = altro familiare; VI = amici / vicini.
2. Lontananza	C = convivente; V = immediate vicinanze; 15 = entro 15 minuti; 30 = entro 30 minuti; 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.
3. Intensità attivazione attuale	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora).
4. Si occupa di	Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).
5. Intensità attivazione possibile	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro.



Assistenza pubblica attiva (segnare i servizi attivi)				h/sett.	Int./sett.		
1 ☐	Servizi residenziali (quali)	3 ☐	Pasti a domicilio	6 ☐	Vigilanza / accompagnamento		
2 ☐	Servizi semiresidenziali (quali)	4 ☐	Telesoccorso	7 ☐	Igiene della casa		
		5 ☐	Trasporto / accompagnamento	8 ☐	Assistenza alla persona		

3. Situazione abitativa e reddito

Situazione abitativa		
Titolo di godimento (solo una risposta)		
1 ☐	Proprietà	In affitto da:
2 ☐	Usufrutto	5 a ☐ Privato
3 ☐	Titolo gratuito	5 b ☐ Pubblico
4 ☐	Non proprio, non in affitto	E' in atto lo sfratto esecutivo? ☐ sì ☐ no
Dislocazione nel territorio (solo una risposta) rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)		
1 ☐	Servita	
2 ☐	Poco servita	
3 ☐	Isolata	
Barriere architettoniche (solo una risposta)		
1 ☐	Assenti	Piano
2 ☐	Solo esterne	Ascensore ☐ sì ☐ no
3 ☐	Interne	
Giudizio sintetico		
1 ☐	Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne / esterne e adeguato al numero di persone)	
2 ☐	Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)	
3 ☐	Abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	
Note		
Situazione economica: reddito mensile		
Reddito totale dell'anziano (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)		Euro
Risparmi dell'anziano		☐ no o inferiori a € 2.500,00
		☐ fino a € 5.000,00
		☐ fino a € 10.000,00



	☐ fino a € 50.000,00 ☐ oltre € 50.000,00 ☐ non noti
Spesa per affitto o mutuo	Euro
Ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza	☐ nessuna
	☐ fino a € 500,00
	☐ fino a € 1000,00
	☐ fino a € 1500,00
	☐ oltre
	☐ copertura completa delle spese
Integrazione economica del comune per l'assistenza	☐ certamente no
	☐ possibile
	☐ certamente sì
Note	

4.Valutazione Assistente Sociale

Livello di fragilità finanziaria

Autonomo finanziatore	☐
A carico totale o parziale dei familiari	☐
A carico totale o parziale del comune	☐

Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato)

	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		Sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	Insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psico-affettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE				VSOC

☐ Ben assistito 0- 80

☐ Parzialmente assistito 85 - 160

☐ Non sufficientemente assistito 165 - 240

Valutazione finale dell'assistente sociale



5

Parere del Direttore Amministrativo Massimo Mancini	Parere del Direttore Sanitario Silvana Mella
--	---

Il Segretario
 Giuseppe Colella

Il Direttore Generale
 Angelo Domenico Colasanto

Area Gestione Risorse Finanziarie Esercizio 2013 La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti: Conto economico n. _____ per € _____ Conto economico n. _____ per € _____ Conto economico n. _____ per € _____ (rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata) Il Funzionario _____ Il Dirigente dell' Area _____
--

SERVIZIO ALBO PRETORIO

112
 Pubblicazione n.

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data
 **23 OTT. 2013**

Bari: **23 OTT. 2013**

L'Addetto all'Albo Pretorio on line

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del
 è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di
 competenza.