



ORIGINALE

N.000347 DEL 28 DIC. 2016

OGGETTO: PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA "DIMISSIONI PROTETTE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI A PAZIENTI ANZIANI (ETÀ' > 65 ANNI) CON INSCINDIBILI BISOGNI COMPLESSI SOCIOSANITARI"

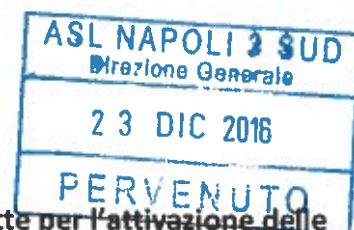
PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u> La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal 31 DIC. 2016 e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato <i>[Firma]</i>	<u>RELATA</u> La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato _____	<u>ORDINARIA</u> La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal _____ Il Dirigente _____	<u>IMMEDIATA</u> La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. 28 DIC. 2016 Il Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini <i>[Firma]</i> _____

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE



Oggetto: Presa d'atto ed approvazione della procedura "Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a pazienti anziani (età > 65 anni) con inscindibili bisogni complessi sociosanitari".

Il Direttore dell'UOC – Coordinamento Sociosanitario

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal dirigente dell' U.O.C. Coordinamento Sociosanitario e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto i principi di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190

Premesso che con Delibera della Giunta Regionale n. 375 del 13/07/2016 ad Oggetto "Nomina del Direttore Generale dell' A.S.L. Napoli 3 Sud":

è stata individuata la dr.ssa Antonietta Costantini quale Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;

al punto 7 dell'allegato A è stato individuato ed attribuito come obiettivo specifico al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud così definito: "Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI" e da raggiungere è la garanzia di un valore ricompreso, almeno, tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$;

- ✓ è stato, inoltre, deliberato di assegnare ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B);
- ✓ al punto 4 dell'allegato B (ASL – Indicatori Tematici) è identificato come indicatore la "Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera" con un valore di riferimento da conseguire $\geq 10\%$ tra "Numero di soggetti dimessi con età ≥ 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione e "Numero di soggetti dimessi con età ≥ 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI";
- ✓ si precisa, infine, che il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di natura preliminare costituisce elemento di valutazione ai fini del giudizio di conferma dell'incarico, ai sensi del comma 6, dell'art. 3 bis, del D.lg.vo del 30/12/92 n. 502 e s.m.i., mentre la verifica in ordine al raggiungimento degli ulteriori obiettivi tematici è preordinata al calcolo della percentuale di indennità premiale eventualmente spettante ai sensi del DPCM n. 502/95, come modificato dal DPCM n. 319/2001.

Considerato che il raggiungimento degli obiettivi previsti per il Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud comporta l'adozione di una procedura di "Dimissione Protetta" per gli anziani che preveda il trasferimento "protetto" degli anziani ricoverati presso un Presidio Ospedaliero Aziendale verso la propria abitazione con la "presa in carico" a cura della P.U.A. Anziani dei Distretti.

Vista la normativa Nazionale e Regionale di riferimento e/o in applicazione del/della:

1. Legge 8 novembre 2000, n. 328;
2. Legge n.328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
3. DPCM14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie";
4. DPCM 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"; Estratto (All. 1, 1B e 1C)
5. Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (DM 12/04/2002) –
6. Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio – Documento Conclusivo: Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del 30/11/2002;
7. Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";
8. Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, del 5 maggio 2011 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" (Rep. n. 44/CU) (11A06960) (G.U. Serie Generale n. 126 del 1 giugno 2011);
9. L. R. n. 11/2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000 n. 328" e ss.mm.ii;
10. DGRC n. 50 del 28/02/2012 "Compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie in attuazione del titolo v della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 - provvedimenti a seguito dei decreti n. 77/2011 e n. 81/2011 del commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario";
11. DGRC n. 134 del 27/05/2013 "Piano Sociale Regionale 2013 – 2015";
12. DGRC n. 256 del 26/07/2013 "Approvazione Regolamento di esecuzione della L. R. n. 11 del 23/10/2007;
13. Regolamento Regione Campania n. 4 del 7 aprile 2014, "Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)";
14. DGRC n. 107 del 23/04/2014: "Approvazione Catalogo dei Servizi di cui al Regolamento di Esecuzione della Legge Regionale 23 Ottobre 2007, N. 11";
15. Decreto Dirigenziale n. 764 del 05/08/2014: "Riparto agli Ambiti Territoriali del FNPS per l'anno 2014 ed approvazione delle Indicazioni Operative per la presentazione dell'aggiornamento per la II.a annualità dei Piani di Zona triennali in applicazione del II Piano Sociale Regionale 2013 – 2015";
16. Decreto N. 23 del 10.03.2015 ad Oggetto: Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.
17. Decreto n. 46 del 25.05.2015 ad Oggetto: Cure domiciliari malati terminali. L.R. n. 5/2013 art. 1 c. 59 – modalità attuative



18. Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011 ad Oggetto: approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "il sistema dei servizi domiciliari in Campania"

19. Decreto Commissariale n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".

Considerato che con verbale del 24 novembre 2016, agli atti dell'U.O.C. Coordinamento socio sanitario, redatto in seguito a riunione tenutasi presso i locali della Direzione Sanitaria ASL-Na 3 sud, fu condivisa la procedura "Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a pazienti anziani (età > 65 anni) con inscindibili bisogni complessi sociosanitari", con la relativa scheda di segnalazione a cura del Presidio Ospedaliero.

Preso atto che con la Delibera del Direttore Generale n. 282 del 05.12.2016 ad oggetto: "Assegnazione degli obiettivi di Performance anno 2016" risulta attribuito alla direzione sanitaria di ciascun Presidio Ospedaliero ASL-Na 3 sud (OORR Area Nolana, OO.RR. Area Vesuviana, OO.RR. Penisola Sorrentina, OO.RR. Area Stabiese) e alla UOC Coordinamento Sociosanitario il seguente obiettivo: "DGRC n. 375 del 13.07.2016; Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera" con l'obiettivo specifico "implementazione della procedura "Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a pazienti anziani (età > 65 anni) con inscindibili bisogni complessi sociosanitari", da attuarsi entro il 31.12.2016.

Tenuto che la procedura da adottare deve essere identificata quale "Procedura Gestionale 01" in modo tale che a sei mesi dall'implementazione prevista per il 01.01.2017, deve essere rivalutata per l'identificazione degli eventuali punti di criticità e la loro risoluzione.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Di prende atto ed approvare la procedura "Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a pazienti anziani (età > 65 anni) con inscindibili bisogni complessi sociosanitari" e la relativa scheda di segnalazione, che sono allegati alla presente e ne costituiscono parte sostanziale ed integrante.

Il Direttore UOC Coordinamento Sociosanitario
Dr. Salvatore D'Ambrosio



Il Direttore Generale

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario
Dr. Luigi Caterino



Il Direttore Amministrativo
Dr. Domenico Concilio

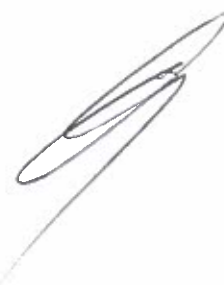


DELIBERA

Di prende atto ed approvare la procedura "Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a pazienti anziani (età > 65 anni) con inscindibili bisogni complessi sociosanitari" e la relativa scheda di segnalazione, che sono allegati alla presente e ne costituiscono parte sostanziale ed integrante.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal d.lgs. 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Direttore Generale
dott.ssa Antonietta Costantini



INTEGRAZIONE OSPEDALE -TERRITORIO

PROCEDURA

Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a Pazienti Anziani (Età > 65 Anni) con inscindibili bisogni complessi sociosanitari

(P.G.01)

INTRODUZIONE

Il sistema locale dei servizi è destinato prioritariamente alle persone di ogni fascia di età che si trovano in condizioni di emarginazione e di isolamento sociale per povertà o per limitazioni all'autonomia personale. Tutto questo rende indispensabile l'articolazione di un percorso chiaro e condiviso tra istituzioni e cittadino per assicurare dimissioni protette dall'ospedale e accompagnate sul territorio, per una nuova rete di servizi nei singoli Distretti Sociosanitari e per interventi sempre più portati al domicilio del cittadino in difficoltà di natura sanitaria e socioassistenziale.

La procedura adottata si occupa dei pazienti anziani ricoverati in reparti dei P.O. in fase di dimissione, per i quali sia stato ipotizzato, sulla base degli elementi di valutazione socio-sanitaria evidenziati, la necessità di attivare percorsi di continuità assistenziale Ospedale-Territorio. La procedura ha lo scopo di garantire il miglior progetto assistenziale che la situazione comporta, prevedendo la dimissione protetta a domicilio o l'inserimento temporaneo presso strutture ritenute idonee alla tipologia della problematica socio-sanitaria del paziente.

Oggetto

La presente procedura descrive le modalità e le responsabilità per la presa in carico del paziente anziano dall'Ospedale al Territorio assicurando la continuità assistenziale.

Caratteristiche e Scopo

La presente procedura definisce modalità omogenee per l'attivazione della rete dei servizi sanitari e/o socio-assistenziali, quando applicabile.

La Dimissione Protetta per l'attivazione delle Cure Domiciliari a Pazienti Anziani (Età > 65 Anni) con bisogni inscindibili complessi sociosanitari garantisce la tempestiva elaborazione di un Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) e del successivo Progetto Assistenziale Integrato (P.A.I.) contenente il progetto di continuità assistenziale condiviso ed integrato tra servizi ed istituzioni riducendo la permanenza del paziente in ospedale, soprattutto in situazioni di fragilità e complessità sociale, e riducendo i re-ricoveri ed i ricoveri impropri.

La Dimissione Protetta deve assicurare:

- La continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare o nella struttura adeguata,
- L'integrazione fra servizi territoriali (distretti sociosanitari, servizi sociali territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti.

Destinatari

Pazienti anziani (=> 65 anni) con bisogno complesso sociosanitario che, concluso l'iter diagnostico curativo e terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e che richiedono interventi di carattere sanitario e/o sociale effettuabili a domicilio o nelle altre strutture territoriali.



Applicabilità

La procedura viene applicata in tutti i distretti e nei Reparti dei Presidi Ospedalieri dell'Asl-Na 3 sud individuati dalle direzioni sanitarie.

Legislazione di riferimento in Regione Campania

A livello distrettuale è utilizzato il Decreto Commissariale ad Acta (D.C.A.) n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di Cure Domiciliari della Regione Campania" e relativi allegati (All. 2)

Servizi e Divisioni Ospedaliere coinvolti

- Reparti Ospedalieri della ASL-Na 3 sud di ortopedia, medicina Interna, chirurgia, XXXXXXXX
- Distretti Sanitari Territoriali Asl Na 3 sud
- Responsabili attività sociosanitarie dei distretti (U.O. Attività territoriale - IPAS Sociosanitario)
- Medici Assistenza primaria
- Specialisti Ambulatoriali dei distretti
- Responsabili P.U.A. - UO Assistenza Anziani distrettuali
- Responsabile UOS Assistenza Anziani dei Servizi Centrali
- Direzione UOC Coordinamento sociosanitario
- Direzione UOC Fasce Deboli
- Ambiti territoriali Sociali del territorio ASL-Na 3 sud

Metodologia operativa (sintesi)

I Responsabili Medici dei Reparti dei Presidi Ospedalieri ASL Na 3 sud (così come sopra individuati dalle direzioni sanitarie) richiedono, attraverso i rispettivi Capo Sala, ai Responsabili della P.U.A. Anziani l'attivazione della procedura "Dimissione Protetta".

Sarà cura dei distretti "prendere in carico" il cittadino anziano dimesso da una divisione ospedaliera e procedere alle "Cure Domiciliari" così come previste e regolamentate dal DCA n. 1/2013.

Il Responsabile della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) Assistenza Anziani del distretto di residenza del cittadino, ricevuta la richiesta motivata di Dimissione Protetta, predispone un P.A.P. (Progetto assistenziale Provvisorio) entro 48 ore dalla richiesta, e successivamente un P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) entro 30 giorni dall'attivazione del P.A.P.

L'attivazione del P.A.P. va segnalata ad horas al M.A.P. del cittadino.

Lo strumento proposto e da utilizzare per la richiesta di "Dimissione Protetta" da parte della Divisione Ospedaliera è la "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario - Richiesta Cure Domiciliari - Palliative", fruibile in formato elettronico e che si riporta in allegato 1 (All. 1.)

Lo strumento da utilizzare in sede distrettuale è la scheda S.Va.M.A. (Scheda Valutazione Multidimensionale Anziani)

Procedura per la Dimissione Protetta del Paziente Anziano con Bisogno Complesso; richiesta di Presa in Carico ed attivazione delle prestazioni extraospedaliere a carico del distretto sanitario.

1. PREMESSA

Un progetto posto a fondamento del futuro sistema di protezione socio-sanitaria è relativo alla messa a punto di una procedura di presa in carico dei cittadini anziani ricoverati in ospedale e che vengono dimessi con necessità di completare il percorso di salute sia per l'aspetto terapeutico/riabilitativo che l'aspetto socio-assistenziale.

La Direzione Strategica della ASL NA 3 ha adottato in data 15 gennaio 2015 la Delibera n. 19 ad oggetto "Presa d'Atto del Documento Linee Guida ai Percorsi Sociosanitari" ove vengono esplicitate le procedure per la presa in carico dei cittadini con bisogno complesso Sociosanitario.



La procedura per la presa in carico in dimissione protetta del paziente anziano dall'ospedale prende a modello quanto riportato nella delibera n. 19 del 15 gennaio 2015.

Modalità operative per la risposta ai bisogni.

A) L'Assistenza Domiciliare

1 - Il Medico di Reparto, definita la eleggibilità clinica del paziente Anziano con inscindibili bisogni di natura sia sanitaria che sociale per l'Assistenza Domiciliare, ne informa il paziente e la famiglia e valuta la possibilità della stessa ad accogliere la persona a domicilio.

Non può essere attivata la procedura "Dimissione Protetta" senza il consenso informato del cittadino stesso o del Tutore (ove esistente).

In caso che le precedenti condizioni siano rispettate, il Medico di Reparto attiva il Capo Sala del Reparto.

Il Capo Sala del reparto contatta il referente della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) Anziani del distretto sanitario della ASL-Na 3 sud di residenza del cittadino e con le seguenti modalità:

- in via ordinaria almeno 5 (cinque) giorni prima, ma non meno di tre giorni lavorativi prima della prevista dimissione del paziente Anziano con bisogni Sociosanitari;
- la dimissione del paziente Anziano con bisogni sociosanitari non deve avvenire nella giornata del venerdì né in giorni festivi o prefestivi (salvo specifici casi concordati);
- il contatto avverrà sia telefonicamente che via e-mail con il referente della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) del distretto sanitario della ASL-Na 3 sud di residenza del cittadino
- gli elenchi dei referenti delle P.U.A. Anziani e le rispettive e-mail (al 21.12.2016) sono forniti dalla Direzione della UOC Coordinamento Sociosanitario della ASL-Na 3 sud e sono allegati alla presente.
- Il Capo Sala invierà via e-mail (ovvero in via eccezionale tramite fax) la scheda di richiesta Dimissione Protetta (v. allegato 1) al Referente di Distretto per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare.
- il Capo Sala, nel giorno della Dimissione Protetta, fornisce al Paziente (o Familiare o Tutor) i farmaci e i presidi sanitari bastevoli per almeno 5 (cinque) giorni di terapia
- La Caposala informa tempestivamente il Referente della P.U.A. Anziani di distretto di eventuali cambiamenti rispetto alla data di dimissione comunicata.

2 - La richiesta di Dimissione Protetta con la Procedura di Presa in Carico in Cure Domiciliari redatta conformemente alla "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario - Richiesta Cure Domiciliari /Cure Palliative", di cui all'allegato 1, deve essere inviata via e-mail dal Capo Sala ed è ricevuta dal Responsabile della Porta Unica di Accesso (U.O./P.U.A.) Assistenza Anziani.

3 - Il Responsabile della UO/P.U.A. Anziani del distretto che ha ricevuto la scheda di cui sopra (in all. 1) decide se trattasi di richiesta di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o sociosanitaria (bisogno complesso socio-sanitario). La decisione deve essere assunta avvalendosi della consulenza dello specialista ambulatoriale del proprio Distretto e dall'Assistente Sociale.

4 - Il Responsabile dell'UO/PUA Anziani formula la propria proposta di Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) entro le 48 ore dalla ricezione della Scheda di Dimissione Protetta e predispone l'immediata attivazione di Cure Domiciliari secondo le richieste del Capo Sala del Presidio Ospedaliero e contenute nella "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario".

Il Responsabile dell'UO/PUA Anziani informa (via e-mail ovvero via fax) il Capo Sala del Presidio Ospedaliero in merito all'avvio della procedura di "presa in carico".

5 - Eventuali chiarimenti sono formulati dal Responsabile dell'UO/PUA Anziani al Capo Sala del Presidio Ospedaliero della Asl-Na 3 sud, nelle 24 ore dalla ricezione della scheda di Dimissione Protetta.

6 - Il Responsabile dell'UO/PUA Anziani procede ad horas alla notifica via e-mail dell'avvio della procedura al Medico di Assistenza Primaria (M.A.P.) che ha in carico l'anziano in Dimissione Protetta e allega la stessa



scheda di Dimissione Protetta pervenuta dal Presidio Ospedaliero con la e-mail e i numeri di telefono del reparto di dimissione Ospedaliera (Capo Sala).

7 - Il Medico di Assistenza Primaria (M.A.P.) fornisce eventuali proprie valutazioni ed integrazioni motivate al P.A.P. individuato dalla PUA Anziani del Distretto

8 - Il Responsabile dell'UO/PUA Anziani procede ad inviare la richiesta di convocazione della U.V.I. al referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto.

9 - Il referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto provvede alla convocazione della U.V.I. (entro 30 giorni dall'adozione del P.A.P.) secondo la procedura stabilita dalla delibera ASL-Na 3 sud n.19/2015

10 - Il referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto vigila che in UVI si giunga alla formulazione del P.A.I. per le Cure Domiciliari, secondo la procedura individuata nella delibera n. 19 del 15 gennaio 2015, attraverso la convocazione del cittadino (o Tutore dello stesso), del M.A.P., dello specialista ambulatoriale competente per la patologia, dell'Assistente Sociale del Comune di residenza del cittadino anziano.

11 - Al referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto deve giungere preliminarmente alla convocazioni UVI, da parte della PUA scheda S.VA.MA. del M.A.P. e dello Specialista Ambulatoriale, dell'Assistente Sociale del Comune di residenza del cittadino anziano.

12 - Il referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto procede a informare il Capo Sala della Divisione Ospedaliera in merito alle risultanze della U.V.I. e il P.A.I.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Bisogni assistenziali applicabili alla presente procedura.

A - Bisogni sanitari

Dal punto di vista dei bisogni sanitari si distinguono le seguenti tipologie assistenziali.

A) Assistenza domiciliare:

A1 - Cure Domiciliari (ex ADI - Assistenza Domiciliare Integrata) come da Decreto Commissariale n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".

Hanno priorità d'accesso in Cure Domiciliari pazienti anziani con bisogno complesso con una o più delle seguenti patologie:

- cronico degenerative;
- acute temporaneamente invalidanti;
- che richiedono nutrizione artificiale;
- oncologiche in fase avanzata.

Si specifica che a livello distrettuale saranno seguite le seguenti priorità a soggetti anziani con bisogno complesso sociosanitario:

- Esiti di episodi cerebrovascolari acuti;
- Fratture ed esiti di altri interventi ortopedici;
- Esiti di patologie di competenza chirurgica;
- Trattamenti in Nutrizione Artificiale (vedi specifica procedura, NAD).
- Lesioni cutanee
- Terapia palliativa;



A2- Assistenza Domiciliare Infermieristica:

Assistenza Infermieristica rivolta a pazienti temporaneamente o stabilmente non autosufficienti con patologie di media gravità che necessitano di prestazioni infermieristiche occasionali o periodiche come previsto nel P.A.P. redatto a 24 ore dalla Dimissione.

Il numero di accessi infermieristici deve conformarsi a quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania" (v. all. 4)

B - Bisogni socio assistenziali

B1 - Assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale

L'assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale comprende interventi socio-assistenziali in senso stretto, di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale, di natura assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio di alterazione permanente sia fisica che psichica. Comprendono per esempio: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno sociale e risocializzazione.

Sono interventi erogati dai Comuni secondo le normative previste dagli stessi singoli Comuni.

B2 - Altre strutture della rete dei servizi socio-assistenziali, quando presenti e/o attivabili. *

- Centro Diurno
- Case di Riposo/Centro Servizi/Centro Residenziali
- Casa Famiglia
- Comunità di Tipo Familiare
- Gruppo Appartamento
- Case Albergo/Mini Alloggi
- Comunità Alloggio
- Case per Anziani Autosufficienti
- Case per Anziani Non Autosufficienti

* (con partecipazione di spesa da parte dell'assistito)

Queste tipologie di assistenza vanno richieste direttamente all'Ambito Sociale del cittadino anziano in Dimissione Protetta con richiesta di servizi socio-assistenziali.

LE RESPONSABILITÀ

1 - Medico di Reparto

A) Attivazione dell'Assistenza Domiciliare

- Il Medico di Reparto definisce la eleggibilità clinica del paziente per l'Assistenza Domiciliare nelle forme indicate al cap.4.4.1 A, ne informa il paziente e la famiglia e valuta la possibilità della stessa ad accogliere il paziente a domicilio. In caso positivo, attiva il/la propria Capo Sala per le procedure successive precedentemente individuate.

2 - Caposala

Attivazione dell'Assistenza Domiciliare.

- In caso di eleggibilità del paziente all'assistenza a domicilio, nelle forme previste dalla presente procedura, il Caposala con il Medico di reparto completa la scheda di dimissione protetta (allegato1) e la inoltra al distretto via e-mail (ovvero in via eccezionale fax).

- Il Caposala informa tempestivamente il Referente U.O./PUA Assistenza Anziani di Distretto di eventuali cambiamenti rispetto alla data di dimissione comunicata.

- Il Capo Sala, nel giorno della Dimissione Protetta, fornisce al Paziente (o Familiare o Tutor) i farmaci e i presidi sanitari bastevoli per almeno 5 (cinque) giorni di terapia

3 - Assistente Sociale dell'Ospedale (ove prevista)

Attivazione delle altre strutture della rete dei servizi sanitari e/o socio assistenziali.

L'assistente Sociale, attivata dal Medico di Reparto, per una situazione caratterizzata da:



- temporanea o permanente impossibilità della famiglia ad accogliere a domicilio il paziente o in assenza di familiari di riferimento
- in una situazione caratterizzata da bisogni di tipo socio-assistenziale, insieme ai familiari (se individuabili) e al paziente valuta la situazione di quest'ultimo in rapporto all'offerta di servizi socio-assistenziali e/o sanitari del territorio. Compila il modulo "Richiesta di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari territoriali della e l'invia al Distretto, valutazione sociale.

4 - Medico di Medicina Generale

- è attivato dal responsabile UO/PUA Assistenza Anziani del Distretto
- riceve dal Referente P.U.A. Anziani la richiesta della procedura di Dimissione Protetta pervenuta dal/dalla Capo Sala del presidio ospedaliero.
- prende atto del P.A.P. (piano assistenziale Provvisorio) e ha facoltà di proporre integrazioni o modifiche.
- effettua la prima visita a domicilio dell'Anziano.
- compila la S.Va.M.A. su richiesta del Resp. UO/PUA Assistenza Anziani del distretto (ove si sia concordato l'intervento di Cure Domiciliari di 1° ovvero 2° ovvero 3° livello)
- Verifica con il Referente di Distretto le modalità di attivazione della rete dei servizi per il proprio paziente.
- Partecipa alla Unita Valutativa Integrata (U.V.I.) per l'attivazione della Rete dei Servizi ove viene predisposto il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) e ne è responsabile per la parte di competenza.

5 - Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del distretto

- decide se trattasi di richiesta di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o sociosanitaria (bisogno complesso socio-sanitario). La decisione deve essere assunta avvalendosi della consulenza dello specialista ambulatoriale del proprio Distretto.
- entro le 48 ore dalla ricezione della Scheda di Dimissione Protetta, formula la propria proposta di Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) in collaborazione con lo specialista ambulatoriale di competenza.
- predispone l'immediata attivazione di Cure Domiciliari secondo le richieste della Capo Sala del Presidio Ospedaliero e contenute nella "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario"
- informa (via e-mail ovvero via fax) il Capo Sala del Presidio Ospedaliero che ha inviato la richiesta.
- entro le 24 ore dalla ricezione della scheda di Dimissione Protetta formula gli eventuali chiarimenti al Capo Sala del Presidio Ospedaliero della Asl-Na 3 sud.
- procede ad horas alla notifica via e-mail dell'avvio della procedura al Medico di Assistenza Primaria (M.A.P.) che ha in carico l'anziano in Dimissione Protetta, allegando la stessa scheda di Dimissione Protetta pervenuta dal Presidio Ospedaliero con la e-mail e i numeri di telefono del reparto di dimissione Ospedaliera (Capo Sala).
- procede ad inviare la richiesta di convocazione della U.V.I. al referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto.

6 - Specialista Ambulatoriale del distretto, competente per la patologia

- decide se trattasi di richiesta di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o sociosanitaria (bisogno complesso socio-sanitario). La decisione deve essere assunta in collaborazione con il Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del proprio Distretto.
- entro le 48 ore dalla ricezione della Scheda di Dimissione Protetta, formula la propria proposta di Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) in collaborazione con il Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del proprio Distretto.
- verifica che l'attivazione di Cure Domiciliari sia conforme ed appropriata (secondo le richieste della Capo Sala del Presidio Ospedaliero) e alla luce di eventuali ulteriori interventi da egli stesso proposti.
- su richiesta del Resp. UO/PUA Assistenza Anziani del Distretto compila la Scheda S.Va.M.A. di propria competenza (Scheda B - Valutazione cognitiva e funzionale in DGRC n. 323 del 03.07.2012)



7 - Referente per le Attività Sociosanitarie del Distretto

- Riceve la segnalazione della richiesta di Dimissione Protetta dal Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del distretto
- Convoca la U.V.I. (unità Valutazione Integrata) secondo le norme previste in Delibera Asl-Na 3 n. 19 del 15.01.2015.
- Adotta il P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) entro 30 giorni dall'attivazione del P.A.P. (Progetto Assistenziale Provvisorio)
- Coordina l'équipe dell'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.) ai fini di:
 - valutazione del caso
 - predisposizione ed attuazione del piano assistenziale individuale
 - attuazione delle verifiche programmate
 - individuazione delle responsabilità
- Informa tempestivamente il Medico di Reparto di eventuali cambiamenti nella data di presa in carico.

8 - Assistente Sociale del Comune

L'Assistente Sociale del Comune si attiva per le parti di competenza che concorrono ad assicurare la presa in carico e risposte secondo le normative vigenti.

9 - Direttore di Distretto

Il Direttore di Distretto governa e verifica l'appropriata attivazione del percorso Dimissione protetta per la parte territoriale di propria competenza.

In tale sede attualizza la filiera dei servizi e relativa carta dei servizi con opportuno intervento di monitoraggio e puntuale comunicazione ai soggetti coinvolti nella presente procedura.

Strumenti da utilizzare

A - Scheda di dimissione protetta (vedi allegato 1) compilata dal Medico di reparto e dalla Caposala e trasmessa (via e-mail ovvero via fax) al Distretto.

Le Direzioni sanitarie dei Presidi Ospedalieri della ASL-Na 3 sud faranno pervenire ai Reparti interessati (Capo Sala) copia del D.C.A. n. 1 del 07.01.2013 che sarà fornito loro dalla Direzione della UOC Coordinamento sociosanitario.

La Direzione del Coordinamento Sociosanitario, in uno con le singole Direzioni di Presidio Ospedaliero, è impegnata nella formazione front line di Medici di Reparto e di Capo Sala (segnalati dal direttore sanitario del Presidio ospedaliero) di ciascun Presidio ospedaliero in merito all'impiego del DCA n. 1 del 07.01.2013 (Cure Domiciliari) e delle relative schede ad esso allegate.

In allegato vengono riportati i nominativi dei Referenti di Distretto o loro delegati con orario di reperibilità, numero di telefono e di fax.

La procedura sarà implementata da 01.01.2017 in almeno n. 2 (due) reparti per ogni Presidio Ospedaliero e sarà monitorata ogni 3 (tre) mesi per la durata di un anno.

Il monitoraggio prevede la stesura di relazioni e report di attività a cadenza trimestrale. Queste relazioni e report devono contenere le notizie in merito al numero di Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a Pazienti Anziani (Età > 65 Anni) con bisogni complessi sociosanitari.

Dal 01.01.2018 la procedura sarà implementata in altri reparti dei Presidi Ospedalieri

VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Si utilizzano i seguenti indicatori:

Sono stati adottati i seguenti indicatori per il monitoraggio della corretta applicazione della procedura:



A - Indicatori di attività:

- Il numero di pazienti anziani con bisogno complesso sociosanitario ammessi in Cure Domiciliari da dimissione protetta rispetto a quelli proposti.
- Il numero di valutazioni con relativo P.A.P. (Piano Assistenziale Provvisorio) fatte entro 48 ore dalla richiesta sul totale delle richieste di dimissioni protette.
- Il numero di dimissioni protette attivate per mese e anno
- Il numero di Cure Domiciliari attuate su richiesta di "Dimissione Protetta" ed effettuate ad Anziani con bisogno complesso sociosanitario per mese e anno.
- Il numero di richieste improprie di Cure Domiciliari attuate su richiesta di "Dimissione Protetta" e tempi medi di riscontro.
- Numero di re-ricoveri entro tre mesi dalle dimissioni di Anziani con bisogno complesso sociosanitario in Cure Domiciliari iniziate su richiesta di "Dimissione Protetta"
- Segnalazioni appropriate e corrette per il 95% dei casi

B - Indicatori di qualità del "Percorso Dimissione Protetta"

Ai fini del corretto funzionamento del protocollo operativo, nell'ambito del modello da noi proposto, si possono identificare una serie di indicatori che sono di importanza "strategica" sia come esito e verifica delle varie fasi del percorso sia come espressione e garanzia di qualità.

Questi indicatori, misurabili, si potrebbero così schematizzare:

1) corretta identificazione dei casi da avviare al percorso "dimissione protetta":

- Uso adeguato degli strumenti di valutazione dei rischi a livello delle unità operative ospedaliere;
- Corretta azione di "filtro" a livello ospedaliero;

2) tempi di risposta nell'organizzazione della visita:

- L'assistenza sanitaria deve intervenire entro 48 ore (due giorni) dall'invio della scheda di segnalazione;
- La visita domiciliare del Medico Assistenza primaria deve avvenire nello stesso giorno della Dimissione Protetta

3) numero segnalazioni nell'anno sul totale dei ricoveri/accessi;

4) diminuzione dei tempi di degenza ospedalieri;

5) diminuzione degli accessi ripetuti (con verifica delle cause degli accessi ripetuti, ad es. autoinduzione da parte del reparto, mancata compliance del paziente, limiti del caregiver, storia naturale della malattia);

6) indice di occupazione della Lungodegenza vicino al 100%;

7) numero schede di accesso del MMG compilate;

8) tipo di dimissione: a) sanitaria b) socio-sanitaria (UVG) c) sociale d) sociale + sanitaria

ALLEGATO 1

P.O. di U.O. Tel

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER DIMISSIONE PROTETTA CITTADINO ANZIANO (> 65 anni) CON BISOGNO COMPLESSO SOCIO SANITARIO - Richiesta Cure Domiciliari/RSA/Centro Diurno/ Hospice/Cure Palliative

Cognome e nome del paziente _____ data di nascita _____ Fare clic qui per immettere una data. _____
 Residente a _____ in via _____ n. _____ Fare clic qui per immettere testo. ; tel. _____ Familiare di riferimento (grado di parentela, Cognome, nome, n. telefonico) Fare clic qui per immettere testo.
 Il Paziente ovvero il Tutore è stato informato sulla dimissione protetta si ☐ no ☐ ; Se sì, fare firmare modello di consenso informato, da conservare in cartella clinica

Diagnosi medica di dimissione: Fare clic qui per immettere testo.

Eventuali patologie correlate: Fare clic qui per immettere testo.

Terapia in atto alla dimissione (con specifica del farmaco e della posologia): Fare clic qui per immettere testo.

Esami di laboratorio alterati e ritenuti rilevanti: Fare clic qui per immettere testo.

T.A.C. effettuata: no ☐ sì ☐ se sì trascrivere il referto: Fare clic qui per immettere testo.

R.M. effettuata: no ☐ sì ☐ se sì trascrivere il referto: Fare clic qui per immettere testo.

M.A.P. (medico di assistenza Primaria) che ha in carico il paziente: Fare clic qui per immettere testo. Tel . Fare clic qui per immettere testo.

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

Paziente collaborativo? sì ☐ no ☐

Percezione della realtà: ☐ confuso ☐ vigile ☐ disorientato

Respirazione: ☐ normale ☐ ossigeno ☐ ventilazione assistita ☐ altro Fare clic qui per immettere testo.

Alimentazione ☐ normale ☐ S.N.G. ☐ N.P.T. ☐ altro _____

Continenza fecale: sì ☐ no ☐

Eliminazione intestinale: ☐ normale ☐ stipsi ☐ diarrea ☐ incontinenza ☐ stomia tipo _____ frequenza di gestione _____

Portatore di stomia: no ☐ sì ☐ modello e misura Fare clic qui per immettere testo.

Continenza urinaria: sì ☐ no ☐

Eliminazione urinaria: ☐ normale ☐ incontinenza ☐ guaina esterna ☐ pannolone ☐ catetere vescicale;
tipo _____ calibro _____ sostituito il _____ ☐ stomia tipo _____ frequenza di gestione _____

Presenza di accesso venoso centrale: no ☐ sì ☐ tipo e gestione Fare clic qui per immettere testo.

Mobilizzazione: ☐ attiva fuori dal letto ☐ attiva fuori dal letto con ausili
☐ Attiva nel letto ☐ completamente passiva

Riposo e sonno: ☐ normale ☐ patologico _____

Vestirsi e spogliarsi: ☐ autosufficiente ☐ non autosufficiente

Igiene personale: ☐ autosufficiente ☐ non autosufficiente; aiuto da parte di _____

Comunicazione: ☐ mantenuta ☐ compromessa _____

Lesioni cutanee: ☐ no ☐ sì, tipo _____
Sede _____ grado Fare clic qui per immettere testo. medicazioni con Fare clic qui per immettere testo. _____

Necessita di: ☐ presidi sanitari _____ richiesti ☐ sì ☐ no

☐ Ausili sanitari _____ richiesti ☐ sì ☐ no

Medicazioni richieste: ☐ tipo Fare clic qui per immettere testo.

Frequenza delle medicazioni: Fare clic qui per immettere testo.

Terapia del dolore: ☐ farmaci Fare clic qui per immettere testo. posologia Fare clic qui per immettere testo. Via di somministrazione Fare clic qui per immettere testo.

È portatore di C.V.C.: ☒ sì ☐ no tipo: _____ medicazioni come da protocollo: ☐ sì ☐ no
Se no, con quali prodotti e frequenza: _____

Il paziente è a conoscenza della propria patologia? sì ☐ no ☐

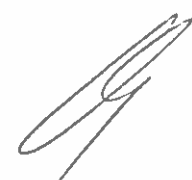
Paziente terminale con necessità di cure palliative sì ☐ no ☐ - Se sì:

- Indice di Karnofsky: Fare clic qui per immettere testo.
- Scala numerica di valutazione del dolore 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

DATI DI INQUADRAMENTO SOCIO ASSISTENZIALI

☐ Paziente senza supporto familiare	☐ Paziente senza fissa dimora:
☐ Paziente con scarso supporto familiare	☐ Paziente in condizioni abitative pregiudicanti lo stato di salute
☐ Paziente in condizioni di grave indigenza	Altro: Fare clic qui per immettere testo.

Valutazione di sintesi dell'Assistente Sociale Fare clic qui per immettere testo.



Considerando l'inscindibilità della problematica sanitaria da quella sociale, si richiede l'attivazione di:

☐ Cure domiciliari I° liv	☐ Cure domiciliari II° liv.	☐ Cure domiciliari III° liv.	☐ Cure domiciliari di III° liv. – cure palliative
---	---	--	---

LE RICHIESTE SPECIFICHE PER SINGOLA PROFESSIONE SANITARIA

- È richiesta la figura dell'infermiere a domicilio: no ☐ sì ☐ per Fare clic qui per immettere testo.
n. Fare clic qui per immettere testo. ore al giorno e per Fare clic qui per immettere testo. a settimana

Attività richiesta all'infermiere: Fare clic qui per immettere testo.

- È richiesta la figura del terapeuta della riabilitazione a domicilio: no ☐ sì ☐ per Fare clic qui per immettere testo. n. Fare clic qui per immettere testo. ore al giorno e per Fare clic qui per immettere testo. a settimana

Attività richiesta al terapeuta della riabilitazione: Fare clic qui per immettere testo.

- È richiesta la figura dell'O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) a domicilio: no ☐ sì ☐ per Fare clic qui per immettere testo. n. Fare clic qui per immettere testo. ore al giorno e per Fare clic qui per immettere testo. a settimana

Attività richiesta all'O.S.S.: Fare clic qui per immettere testo.

Altre figure richieste (solo se previste dal DCA 110/2013): Fare clic qui per immettere testo.

Al Paziente sono stati consegnati i seguenti farmaci per un uso previsto nei prossimi 5 giorni: no ☐ ; sì ☐

Farmaco n. 1: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.

Farmaco n. 2: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.

Farmaco n. 3: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.

Farmaco n. 4: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.

A parere del Medico del Reparto, si assevera che il trattamento deve essere continuato per altri Fare clic qui per immettere testo. giorni.

Data prevista per la dimissione protetta: Fare clic qui per immettere una data.

(Non è autorizzata la dimissione protetta nel giorno del venerdì, nei festivi e nei prefestivi)

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono: Fare clic qui per immettere testo.

Operatore ospedaliero di riferimento: e-mail: Fare clic qui per immettere testo.

Data _____ Il/la Caposala _____ Il Medico _____

Note aggiuntive e osservazioni del medico del reparto: Fare clic qui per immettere testo.

Da inviare via e-mail al responsabile della P.U.A. del distretto di residenza del paziente



LA DIMISSIONE PROTETTA

La dimissione Protetta è la dimissione da un reparto di degenza di un paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico - assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale.

Essa si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale, della U.O./PUA del Territorio, del medico di medicina generale e con la partecipazione attiva del paziente e/o della famiglia.

Durante la degenza ospedaliera (e non alla fine dell'ospedalizzazione) il personale del reparto segnala alla U.O./PUA l'eventuale condizione di fragilità del paziente.

Per poter garantire continuità assistenziale, è indispensabile che la dimissione venga concordata tra gli operatori dell'ospedale e del territorio, il medico di medicina generale e il paziente e/o la famiglia.

All'uopo è utile ricordare che i criteri di ammissione al percorso delle Cure domiciliari può essere attivato soltanto nei casi in cui: 1) il paziente abbia raggiunto una condizione di stabilizzazione; 2) venga coinvolto il medico di medicina generale; 3) sia disponibile almeno un convivente in grado di farsi carico della persona al proprio domicilio; 4) abbia una condizione di non autosufficienza (valutata e documentata) che non consenta il trasporto al di fuori del proprio domicilio per eventuali esami diagnostici e/o terapie.

- Cure Domiciliari (CD) integrate di primo livello (Fino a 0,30) - 180 giorni - Infermiere (max: 30') - Professionisti della riabilitazione (45') - Medico (30') - Operatore sociosanitario (60') **5 giorni su 7/ 8 ore die**
- CD integrate di secondo livello (Fino a 0,50) 180 giorni Infermiere (min.30-max.45') - Professionisti della riabilitazione (45') - Dietista (30') - Medico (45') - Operatore sociosanitario (60- 90') - **6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato**
- CD integrate di terzo livello (Superiore a 0,50 In relazione al bisogno espresso) - 90 giorni Infermiere (60') - Professionisti della riabilitazione (60') - Dietista (60') - Psicologo (60') - Medico e/o medico specialista (60') - Operatore sociosanitario (min.60-max.90') **7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20**
- Cure palliative malati terminali (Clinico funzionale sociale Superiore a 0,60 In relazione al bisogno espresso) 60 giorni Infermiere (60') - Professionisti della riabilitazione (60') - Dietista (60') - Psicologo (60') - Medico e/o medico specialista (60') - Operatore sociosanitario (min.60-max.90') **7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore**

Per l'assistenza in RSA Anziani:

- **Modulo ad alto carico assistenziale** Cittadini ultrasessantacinquenni con totale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

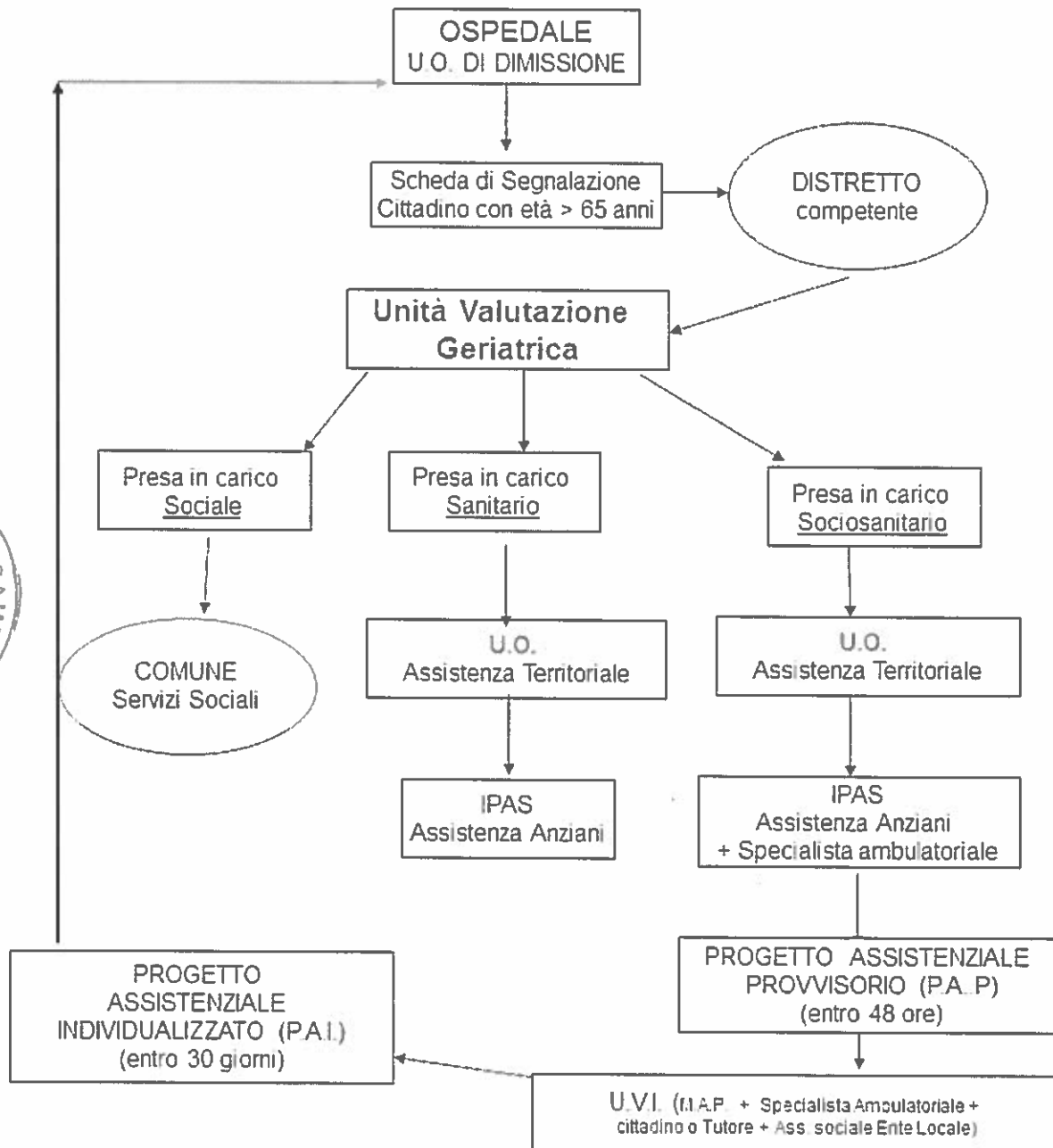
- **Modulo a medio carico assistenziale** Cittadini ultrasessantacinquenni con parziale perdita dell'autosufficienza portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
- **Modulo demenza** Cittadini, anche infrasessantacinquenni, affetti da demenza, Alzheimer e sindromi correlate con disturbi cognitivi e comportamentali gravi, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Per le dimissioni protette di tipo sociosanitarie vi deve sempre essere l'inscindibilità delle problematiche sanitarie con quelle sociali.



PERCORSO

DIMISSIONE PROTETTA – Cittadino Anziano con Bisogno Complesso



ALLEGATO 2 Profili di Assistenza Cure Domiciliari (dal DCA 1/13)

SCHEMA ADL (Activities of Daily Living)

(Katz S., Downs TD., Cash NR, Gerontologist. Part. I, 20-30: Spring. 1970)

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. doso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	___/6

ALLEGATO 2 - SCHEDA SUI PROFILI DI CURA

Complessità Assistenziale con suddivisione in profili per le cure domiciliari di I – II – III livello e cure palliative non terminali e cure palliative terminali

• PROFILO BASSO	4 - 6
• PROFILO MEDIO	7 - 8
• PROFILO ALTO	9 - 12

CURE DOMICILIARI I° LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
- Fratture degli arti inferiori non operabili - Fratture trattate chirurgicamente	1
- Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici - Miopatie gravi - Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti - Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione - Demenze con sindrome da immobilizzazione - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa	2
- Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita - Malattie dell'apparato cardiorespiratorio che non necessitano di ventilazione assistita - Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative - Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.)	3
B) FUNZIONE	
• ADL 5-6	1
• ADL 4-3	2
• ADL 2-0	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
- Ano artificiale - Ureterostomia	1
- Terapia parenterale con accesso periferico - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) - Tracheotomia - LdD III stadio (1 LdD) - Lesione della cute chirurgica, oncologica	2
- Trasfusione emazie concentrate - NAD con SNG - Ulcere distrofiche arti - LdD III stadio (due o più LdD) - LdD IV stadio - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali - Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico	3

• Dialisi peritoneale	
D) SUPPORTO SOCIALE	
• PSOC 1	1
• PSOC 2	2
• PSOC 3	3

CURE DOMICILIARI II° LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
• Fratture degli arti inferiori non operabili • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi	1
• Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici • Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD • Demenze con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa	2
• Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione • Assistita • Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) • Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore- cure palliative	3
B) FUNZIONE	
• ADL 5-6	1
• ADL 4-3	2
• ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
• Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale	1
• NAD con SNG • LdD III stadio (1 LdD) • Lesione della cute chirurgica, oncologica • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale	2
• NAD con PEG • NPD	3

• Terapia parenterale con accesso centrale • Ulcere distrofiche arti • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • Trasfusione emazie concentrate • Emodialisi	
D) SUPPORTO SOCIALE	
• PSOC 1	1
• PSOC 2	2
• PSOC 3	3

CURE DOMICILIARI III° LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore- cure palliative	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati	2
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati	3
B) FUNZIONE	
• ADL 5-6	1

• ADL 4-3	2
• ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
• Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Ulcere distrofiche arti • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale	1
• NAD con SNG • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • LdD III stadio (1 LdD) • Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche • Terapia perdurale o terapia antalgica • Emodialisi	2
• NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Trasfusione emazie concentrate • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
• PSOC 1	1
• PSOC 2	2
• PSOC 3	3

CURE CURE PALLIATIVE TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO	
• Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative	
DISCRETO COMPENSO CLINICO	
• Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica;	

• Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative •	
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore - cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati	
B) FUNZIONE	
• ADL 5-6	1
• ADL 4-3	2
• ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
• Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Ulcere distrofiche arti • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale • Terapia peridurale o terapia antalgica	1
• NAD con SNG • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • LdD III stadio (1 LdD) • Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche • Terapia peridurale o terapia antalgica • Emodialisi	2
• NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Trasfusione emazie concentrate • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3

IL PUNTEGGIO COSIALE (PSOC)

Il **Punteggio Sociale (PSOC)** è la valutazione (Valutazione Sociale) a cura dell'Assistente Sociale, riportata in S.VA.M.A ovvero in S.Va.M.Di in sede U.V.I.

Si ricorda per la Valutazione Sociale lo schema di attribuzione del punteggio è il seguente:

Condizione:	Punteggio PSOC
• Ben assistito	1
• Parzialmente assistito	2
• Non sufficientemente assistito	3

LA SCALA DI BARTHEL O INDICE DI BARTHEL (ADL)

- La scala di Barthel o Indice di Barthel ADL è una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana (ADL, activities of daily living).
- Ogni item delle prestazioni è valutato con questa scala attribuendo un determinato numero di punti che vengono poi sommati determinando un punteggio globale.
- L'indice analizza dieci variabili che descrivono le attività della vita quotidiana (ad esempio la capacità di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi ed altre ancora) e la mobilità (spostarsi dalla sedia al letto, deambulare in piano, salire e scendere le scale).

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA			
Item	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	5	10
Fare il bagno	0	5	10
Continenza intestinale	0	5	10
Continenza urinaria	0	5	10
Uso dei servizi igienici	0	5	10
Trasferimenti letto/sedia	0	5	10
Camminare in piano	0	5	10
Salire/scendere le scale	0	5	10



ALLEGATO 3 - transcodifica delle schede BARTHEL nelle schede ADL

INDICE di BARTHEL - Attività di Base		
ALIMENTAZIONE	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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	1
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il montenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2	1
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5	1
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8	1
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10	0
BAGNO/DOCCIA (lavarsi) ; Attenzione : se si usa questa sezione quella dell'igiene personale non va compilata	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0	1
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/ bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2	1
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4	1
Totale dipendenza nel lavarsi	5	0
IGIENE PERSONALE ; attenzione se si usa questa sezione quella del bagno/ doccia non va compilata	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0	1
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2	1
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4	1
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5	0
ABBIGLIAMENTO	Punteggio Barthel	Punteggio ADL

Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0	1
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2	1
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5	1
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8	1
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora	10	0
CONTINENZA INTESTINALE; attenzione se si usa questa sezione quella continenza urinaria non va compilata	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0	1
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2	0
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti.	5	0
Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	8	0
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	10	0
Incontinente.	10	0
CONTINENZA URINARIA; attenzione se si usa questa sezione quella continenza intestinale non va compilata	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0	1
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2	0
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5	0
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8	0
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10	0
USO DEL GABINETTO	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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 la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0	1
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2	0

Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5	0
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8	0
Completamente dipendente.	10	0

INDICE di BARTHEL - MOBILITÀ

(N.B.: Compilare solo se la persona è prevalentemente/completamente allettata o utilizza la carrozzella)

TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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	1
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3	0
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	7	0
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12	0
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15	0



ALLEGATO 4 - I FABBISOGNI ASSISTENZIALI IN RELAZIONE AI PROFILI DI CURA

CURE DOMICILIARI I LIVELLO	BASSO Punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS : da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione (30min) Infermiere: da 2 a 6 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione : da 0 a 2 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 0 a 2 accessi settimanali (60min.)
CURE DOMICILIARI I LIVELLO	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS : da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (30min) Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione (30min) Infermiere: da 2 a 10 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (max 45 min.) OSS: da 0 a 3 accessi settimanali (60min)
CURE DOMICILIARI I LIVELLO	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS : da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione (30min) Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione (30min) Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS: da 1 a 3 accessi settimanali (60min)
CURE DOMICILIARI II LIVELLO	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (45 min) Specialista: da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min) Infermiere: da 2 a 8 accessi mensili (max 30 – 45 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS: da 1 a 4 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
CURE DOMICILIARI II LIVELLO	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (45 min) Specialista: da 1 a 3 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min) Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (max 30 – 45 min.) Professionista della riabilitazione da 2 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS: da 2 a 4 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
CURE DOMICILIARI II LIVELLO	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (45 min) Specialista: da 1 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min) Infermiere: da 2 a 20 accessi mensili (max 30 – 45 min.) Professionista della riabilitazione da 2 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS: da 2 a 5 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)

CURE DOMICILIARI III LIVELLO	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (60 min) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min) Infermiere: da 1 a 6 accessi settimanali (max 30 – 45 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 4 accessi settimanali (max 60 min.) OSS: da 2 a 6 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
CURE DOMICILIARI III LIVELLO	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (60 min) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min) Infermiere: da 1 a 7 accessi settimanali (60 min) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min.) OSS: da 2 a 7 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
CURE DOMICILIARI III LIVELLO	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 5 accessi mensili, esclusa la valutazione (60 min) Specialista: da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min) Infermiere: fino a 9 accessi settimanali (60 min) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (max 60 min.) OSS: fino a 9 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)

CURE PALLIATIVE TERMINALI	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (60 min) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min) Infermiere: da 1 a 7 accessi settimanali (60 min) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min.) OSS: da 2 a 9 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
CURE PALLIATIVE TERMINALI	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione (60 min) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min) Infermiere: da 1 a 8 accessi settimanali (60 min) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min.) OSS: da 3 a 9 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
CURE PALLIATIVE TERMINALI	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 5 accessi mensili, esclusa la valutazione (60 min) Specialista: da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min) Infermiere: da 1 a 12 accessi settimanali (60 min) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (60 min.) OSS: da 3 a 12 accessi settimanali (60-90 min) Dietista: 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)

ALLEGATO 5

S.VA.M.DI. (SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE – DISABILI)

SCHEDA A : VALUTAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

TAB. 4 – SCHEDA INDICE DI SEVERITÀ DELLA MALATTIA- ISM

da compilare se l'assistito presenta un livello di gravità ≥ 3 nella tabella 2

PATOLOGIA	Classe ISM
a Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	
b Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	
c Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica	
d Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale	
e Ipertensione arteriosa	
f Accidenti vascolari cerebrali	
g Vasculopatie periferiche	
h Diabete Mellito	
h1 Malattie endocrine	
i Malattie respiratorie	
l Neoplasie maligne	
m Malattie epato-biliari	
n Malattie renali	
o Malattie osteo-articolari	
p Malattie gastrointestinali	
q Malnutrizione	
r Parkinsonismi	
s Depressione	
s1 Malattie mentali: tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione	
t Deterioramento mentale	
u Anemia	
v Deficit sensoriali	
x Piaghe da decubito	
z Altro	

INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM) – CLASSE DI COMORBILITÀ (QUADRO CONCLUSIVO)

0	Nessuna patologia con ISM > 2	2	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM ≤ 2
1	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM ≤ 1	3	2 o più patologie con ISM = 3 o 1 pat. con ISM = 4

ALLEGATO 6

S.VA.M.DI. (SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE – DISABILI)

SCHEDA B : VALUTAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI

PARTE 2– VALUTAZIONE ASSISTENZA SANITARIA (VSAN) : NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA

PROFILO SANITARIO- PSAN		PUNTEGGIO VSAN
1	Bassa	Punteggio = 0 - 5
2	Intermedia	Punteggio = 10 - 20
3	Elevata	Punteggio ≥ 50 - 60

ALLEGATO 7

Si riporta altresì la Scheda B – Parte IV^a della S.Va.M.Di

S.VA.M.DI. (SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE – DISABILI)

SCHEDA B : VALUTAZIONE SPECIALISTICA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI TERRITORIALI

PARTE 4 – VALUTAZIONE FUNZIONALE (VADL)

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)		
	Profilo Funzionale-PADL	VADL
1	Autonomo o quasi	Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	Dipendente	Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	Totalmente dipendente	Punteggio Barthel ADL = 50 - 60



ALLEGATO 8
ELENCO EMAIL, TELEFONO E FAX DELLE UO ASSISTENZA ANZIANI DISTRETTUALI

Dis tr.	NOMINATIVO RESP. U.O assistenza Anziani	EMAIL	UBICAZIONE - TELEFONO / FAX
34	dr. Antonio Meola		(Portici) 081199337026 Tel e Fax 081199337023 081199337027
48	dr. Vincenzo Perna	ds48.uoaa@aslnapoli3sud.it	0818416624 (Marigliano) 0818986441 (Somma Vesuviana)
49	dr.ssa Anna Nappi	ds49.uoaa@aslnapoli3sud.it ds49.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(Nola) 0818232971
50	dr. Mauro Lupoli	ds50.uoaa@aslnapoli3sud.it	(Volla) 0812582233
51	dr.ssa Amalia Pizza	ds51.uoaa@aslnapoli3sud.it	(Pomigliano D'Arco) 0813296456
52	dr.ssa Teresa Stocchetti	ds52.uoaa@aslnapoli3sud.it	(Poggiomarino) 0813386406
53	dr. Saverio Marino	ds53.uoaa@aslnapoli3sud.it ds53.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(Castellammare di Stabia) 0818729919
54	dr.ssa Anna Sacchetti	ds54.uoaa@aslnapoli3sud.it ds54.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(San Giorgio a Cremano) 0815509222
55	dr. Raffaele Petrone	ds55.uoaa@aslnapoli3sud.it ds55.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(Ercolano) 0815509605
56	dr. Salvatore Piedepalumbo	ds56.uoaa@aslnapoli3sud.it ds56.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(Trecase) 0815352347
57	dr. Biagio Petricciuolo	ds57.uoaa@aslnapoli3sud.it ds57.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(Torre del Greco) 0818490586
58	dr. Tobia Caso	ds58.uoaa@aslnapoli3sud.it ds58.uoaa.gragnano@pec.aslnapoli3s ud.it	(Gragnano) 0815352740 0815352741
58	dr. Giosuè Sorrentino	ds58.uoaa@aslnapoli3sud.it ds58.uoaa.gragnano@pec.aslnapoli3s ud.it	(S. A. Abate) 0815352415
59	dr.ssa Sara Callipari	ds59.uoaa@aslnapoli3sud.it ds59.uoaa@pec.aslnapoli3sud.it	(Meta di Sorrento) 0815331248

ASLNAPOLI3SUD.IT

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

Marco Tullo

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA

29 DIC. 2016

A:

☒ DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.	
☒ DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL. VAL.	
☒ COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
☐ U.O.C. GABINETTO	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
☐ U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
☐ U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. PSICOL. INTEG. DONNA E BAMB.	DISTRETTO N. 52
☐ U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
☐ U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
☐ U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	U.O.S. ISPETTIVA AMM. VA	DISTRETTO N. 55
☐ U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA	U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
☐ U.O.C. ASS. ZA RIABILITATIVA AREA A	SERV. COORD. TO COMIT. ETICO CAMP. SUD	DISTRETTO N. 57
☐ U.O.C. ASS. ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD. TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
☐ U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
☐ U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	☒ COORD. TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
☐ U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
☐ U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
☐ U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
☐ U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
☐ U.O.C. TECNICO AREA NORD.	DISTRETTO N. 48	
☐ U.O.C. TECNICO AREA SUD	DISTRETTO N. 49	
☐ U.O.C. GEST. TECN. SISTEMI INFORM.	DISTRETTO N. 50	
☐ U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 51	