

che la Delibera della Giunta Regione Campania n. 41 del 14/02/2011, avente ad oggetto "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei Servizi domiciliari in Campania", e il Decreto del Commissario ad ACTA n. 1/2013 "sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania" disciplinano le cure domiciliari.

Visto

che il Decreto del Commissario ad Acta 99 del 22-09-2016 "Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016-2019", (pubblicato sul B.U.R.C. n. 63 del 26/09/2016) dispone che tutte le Aziende Sanitarie attivino entro il 31/12/2016, le procedure aziendali per la presa in carico territoriale del paziente non auto sufficiente in dimissione protetta.

Ritenuto che

la continuità assistenziale fra ospedale e territorio consente migliore inserimento possibile dell'utente non autosufficiente in ambito domestico e familiare, o nella struttura adeguata.

Considerato che

La presente procedura potrebbe essere oggetto di revisione qualora intervenisse revisione legislativa e/o organizzative aziendali.

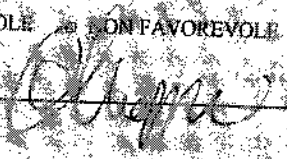
PROPONE

di adottare l'allegata procedura aziendale per la presa in carico territoriale del paziente non auto sufficiente in dimissione protetta.

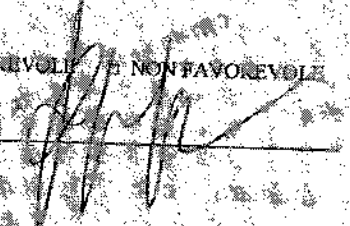
Il Direttore: Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure Dr. Gennaro Volpe

Il Direttore del Dipartimento Assistenza Ospedaliera Dr. Rosario Lanzetta

Parere del Direttore Amministrativo
Dr. Ornella Nappi

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
Firma _____


Parere del Direttore Sanitario
Dr. Pasquale di Giuliano Faraone

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
Firma _____


Il Direttore Generale

In virtù dei poteri conferiti con DGRC n.396 del 20/07/2016 e con DPGRC n. 170 del 22/07/2016 alla stregua dell' istruttoria compiuta da Direttori Responsabili dei DDSSE, richiamata nelle promesse, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa a mezzo della sottoscrizione apposta dai Dirigenti medesimi;

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario come da relativa espressa sottoscrizione;

DELIBERA

Di adottare l'allegata procedura aziendale per la presa in carico territoriale del paziente non auto sufficiente in dimissione protetta.

Trasmettere copia del presente atto:

- Al Collegio dei Sindaci
- Al Responsabile U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria
- Ai Direttori Responsabili DDSSE


Il Direttore Generale
Dr. Elisabetta Abbondante

AZIONE N. 1

PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE DEL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA

DEFINIZIONE

Per "dimissione protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro e che si applica ai pazienti "fragili", adulti e anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, ed ai minori per assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza. Per i pazienti in uscita dall'ospedale, può esservi la necessità di proseguire la sorveglianza medica, il nursing infermieristico e/o gli interventi riabilitativi organizzati in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate o al domicilio, o in un altro "setting" della rete dei servizi territoriali diverso dall'ospedale e descritti nella presente procedura.

FINALITA'

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 residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti.

DESTINATARI

a. Operatori obbligati all'osservanza della procedura:

Direzioni Aziende Ospedaliere ed Universitarie, Direzioni Distrettuali ed Ospedaliere Aziendali, Responsabili delle Cure Domiciliari, Direzioni Sanitarie, Ospedali classificati e Case di cura

b. Assistiti beneficiari potenziali della procedura:

Pazienti 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.

OGGETTO

Tale procedura definisce le modalità con le quali i pazienti in dimissione dai vari reparti ospedalieri, che necessitano ancora di assistenza sanitaria e/o sociale, possono essere assistiti a domicilio o in altra struttura della rete dei servizi territoriali.

La dimissione protetta deve assicurare:

- la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio,
- l'integrazione fra servizi territoriali e i servizi ospedalieri.

Essa descrive pertanto le modalità e le responsabilità per la presa in carico del paziente dall'Ospedale al Territorio, assicurando la continuità assistenziale.

SCOPO

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

APPLICABILITA'

La dirigenza medica ospedaliera e la dirigenza medica dei Distretti Sanitari sono tenute alla scrupolosa osservanza dei percorsi descritti in essa.

I Medici di Medicina generale ed i Pediatri di Libera scelta sono, altresì, tenuti a partecipare attivamente alle proposte di deospedalizzazione nell'ambito delle prerogative sancite dai rispettivi ACN.

Tale procedura è consultabile sul portale dell'ASL NA1 Centro con indicazione delle 10 sedi PUA.

La Dimissione Protetta si rende necessaria schematicamente in due circostanze, di cui una a valenza prevalentemente sanitaria, l'altra a valenza prevalentemente sociale, in un quadro complessivo di fragilità.

Pertanto schematicamente è individuabile:

- a) Dimissione Protetta con valenza prevalentemente sanitaria (continuità terapeutiche tecnicamente realizzabili in setting non ospedaliero)
- b) Dimissione Protetta con valenza prevalentemente sociale (soggetto non autosufficiente con situazione di marcato svantaggio socio-familiare e difficoltà al riaccoglimento in casa).

La dimissione protetta non può essere proposta in caso di soggetti instabili che necessitano di monitoraggio continuo, a meno di ipotesi di gestione tramite hospice.

Nel proporre la Dimissione Protetta il sanitario proponente deve tener conto innanzitutto dei criteri di eleggibilità in cure domiciliari o in strutture residenziali, che di seguito vengono riportati:

- a. cure domiciliari di I-II-III livello e Cure Palliative

soggetti fragili, non autosufficienti o con ridotta autosufficienza, temporanea o protratta, derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o specificamente affetti da patologie croniche a medio/lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio come di seguito specificate:

- persone in condizioni di "fragilità" con limitazione dell'autonomia parziale o totale (determinata dalla concomitanza di diversi fattori biologici, psicologici e socio-ambientali, che agendo in modo coincidente inducono ad una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- pazienti con patologie cronico-evolutive invalidanti (es. neurologiche, compresa la SLA, cardiache gravi, oncologiche);
- pazienti in fase avanzata di malattie inguaribili;
- persone affette da demenza e malattia di Alzheimer;
- pazienti con patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- pazienti in riabilitazione post acuzie;
- patologie ed attività previste da programmi regionali e/o aziendali;

Sono, inoltre, individuati come requisiti indispensabili per l'attivazione di un percorso di cure domiciliari integrate i seguenti criteri:

- adeguato supporto familiare e/o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del MMG/PLS;
- residenza/domicilio nell'ASL NA 1 Centro

Nel caso in cui il paziente necessita ancora di procedure o terapie ospedaliere, lo stesso viene inserito in un razionale circuito assistenziale con UO ospedaliera del P.O dell'ASL NA 1 Centro per la presa in carico, a domicilio, per i primi 15 giorni in integrazione con il Responsabile delle Cure Domiciliari di I-II-III livello e Cure Palliative. La necessità dell'integrazione con l'UO ospedaliera, nasce dalla complessità delle domande di salute-cura, che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni del paziente attraverso un approccio unitario ai problemi di salute.

b. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

soggetti fragili, non autosufficienti o con ridotta autosufficienza, temporanea o protratta, derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o specificamente affetti da patologie croniche a medio/lungo decorso o da patologie acute trattabili in strutture residenziali.

I ricoveri temporanei sono disciplinati dalla L.R. 8/2003, art. 6 e 22 e dalla DGRC n. 2006 del 5/11/2004 "Linee d'indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza". Sono previsti anche per persone assistite a domicilio e possono avere la durata massima di 30 giorni.

Le dimissioni protette sono riservate, ai sensi della LR n.8/2003- art 22 "ricoveri temporanei", ai seguenti casi:

- a. soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare, per motivate esigenze dei componenti delle famiglie stesse;
- b. soggetti in situazione di emergente bisogno sociosanitario in attesa della redazione di idoneo progetto individuale;
- c. soggetti in situazione di dimissione ospedaliera protetta, in carenza di adeguato supporto familiare e domiciliare;
- d. soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute non è possibile elaborare un progetto riabilitativo.

Gli oneri dei ricoveri temporanei al punto c. e d. sono a totale carico del servizio sanitario regionale e, tenuto conto della necessità di una valutazione in tempi brevi onde evitare un improprio prolungamento della degenza ospedaliera, viene effettuata la sola valutazione sanitaria (SVaMA e SVaMDI sanitaria e cognitivo funzionale).

I ricoveri temporanei, di cui al punto a e b, sono a carico dei due Enti (ASL e Comune) e la valutazione viene effettuata dall'UVI competente per residenza anagrafica del soggetto. Quest'ultima, se l'utente all'atto della valutazione è ospitato in luogo diverso dalla propria residenza (struttura ospedaliera, casa di riposo, casa di cura, etc), richiede la compilazione delle schede di Valutazione multidimensionale in rogatoria ai servizi sociali e sanitari, in cui è ubicata la struttura.

Sono, inoltre, individuati come requisiti indispensabili per l'attivazione di un percorso in struttura residenziale il consenso informato da parte della persona e della famiglia.

c. Ospedale di Comunità (in fase di attuazione)

soggetti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, hanno la necessità di una assistenza medica ed infermieristica costante e che non hanno raggiunto la completa stabilizzazione clinica con bisogno di ulteriore assistenza prima della completa deospedalizzazione.

La gestione clinica del percorso Terapeutico Assistenziale è comunque affidata al Medico di Medicina Generale in collaborazione con il personale sanitario di comparto.

La degenza in Ospedale di Comunità è finalizzata ai seguenti obiettivi:

- * consolidamento dei risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità, che necessitano di ulteriore monitoraggio clinico,
- * prevenzione delle complicanze e recupero dell'autonomia finalizzato al rientro al domicilio o a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali.

Gli oneri dei ricoveri sono a totale carico del servizio sanitario regionale.

Sono, inoltre, individuati come requisiti indispensabili per l'attivazione di un percorso in ospedale di comunità il consenso informato da parte della persona e della famiglia.

MODELLO ORGANIZZATIVO

➤ **Porta Unica di Accesso**

Con il termine *Porta Unica di Accesso* si fa riferimento ad un unico, complessivo ed organico "sistema unitario di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari" di zona, costituendo, pertanto, una priorità strategica dei due sistemi di welfare e delle politiche di integrazione socio-sanitaria. La PUA rappresenta, quindi, la parte finale di un percorso unitario di accesso ai servizi sociosanitari che, pur provenendo da fonti molteplici, confluisce in nodo condiviso quando è richiesta una valutazione ed una presa in carico integrata sociosanitaria della domanda.

Con il *Protocollo di Intesa sull'assistenza domiciliare* siglato già nel gennaio del 2003 tra Comune di Napoli e ASL NA 1 si è voluto dare a questo organismo, uno per ogni distretto/ambito, la definizione di "Porta Unitaria di Accesso Territoriale al sistema integrato di presa in carico sociosanitaria", nonostante si tratti in realtà di un *back-office* rispetto ai vari punti di accesso alla rete e quindi di una porta interna al sistema dei servizi, per la funzione di accesso a un percorso unificato ed integrato di valutazione e sostegno che essa è deputata a svolgere, e per quella più ampia di catalizzatore di un più complessivo processo di unificazione del sistema di accesso ai servizi sanitari e sociali che essa può svolgere.

La *P.U.A. (Porta Unica di Accesso)* svolge anche le funzioni di segreteria organizzativa dell'U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata) e si configura pertanto come un momento specifico di raccordo funzionale tra i diversi front-office territoriali relativamente ad alcune tipologie di bisogni. Essa svolge le funzioni di collettore cui convogliare ogni richiesta di intervento congiunto, al fine di consentire ed attuare sistematicamente una valutazione e un percorso assistenziale unitario ed integrato.

La *P.U.A.*, aperta 5 giorni a settimana per 6 ore/die, è affidata ad un assistente sociale e un collaboratore amministrativo (personale del Terzo settore) ad essa specificamente preposti, che operano sotto la costante sovrintendenza dei Coordinatori Sanitario e Sociale dell'U.V.I. e svolge in sintesi, quindi, i seguenti compiti:

- accoglie tutte le *Proposte di Accesso* provenienti dalla cosiddetta "rete formale";
- attiva gli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un eventuale approfondimento del caso (valutazione multidimensionale attraverso SVAMA/SVAMDI);
- gestisce l'Agenda U.V.I., organizzandone il calendario dei lavori sotto la sovrintendenza dei coordinatori sanitario e sociale dell'U.V.I.
- svolge attività ordinarie di registrazione dei dati raccolti con periodiche elaborazioni.

➤ **Unità di Valutazione Integrata (UVI)**

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) esamina la valutazione multidimensionale delle condizioni sociali, sanitarie e di autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dello stesso e del nucleo familiare, verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità, elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto, individua i care manager, verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato.

➤ **Monitoraggio e Flussi Informativi Specifici**

Il monitoraggio e la valutazione del complesso processo di accesso ai servizi Socio-Sanitari sono azioni fondamentali per favorire una pianificazione ed una programmazione adeguata e razionale delle risorse disponibili e/o da attivare in risposta ai bisogni della popolazione, sempre più esposta al rischio di marginalità e fragilità sociale. Realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione dei dati richiede l'impegno, da parte di tutti i soggetti funzionali alla P.U.A., a svolgere attività ordinarie di registrazione dei dati e periodiche elaborazione dei dati raccolti. Queste attività devono essere organizzate in una procedura univoca, standardizzata, condivisa e partecipata tra tutti i livelli di governance del sistema Sociale e Sanitario. Di qui la necessità di flussi informativi specifici idonei a descriverne l'attività e a verificare il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi attesi.

In Regione Campania sono in vigore due sistemi informativi: uno sociale (S.I.S.) e uno sanitario (NSIS), che nascono con l'obiettivo di adempiere agli obblighi informativi stilati dal Ministero della Salute.

Il Sistema Informativo Sanitario sviluppato dal Ministero della Salute e denominato NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sociale) misura il livello di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Il Protocollo d'Intesa del 23/3/2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS, inserendo il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

Gli Uffici Regionali dell'Assessorato alla Sanità, tenuto conto dei flussi ministeriali, hanno definito un sistema di monitoraggio socio-sanitario denominato LEA SOCIO-SAN, che comprende ed esplicita i tracciati ministeriali.

MODALITA' OPERATIVE

1. La Segnalazione

La richiesta o segnalazione di accesso ai servizi socio-sanitari può essere effettuata:

- dal diretto interessato o dal tutore (se il soggetto è interdetto/amministrato)
- da uno dei componenti della rete informale del cittadino (familiare, parente, ecc.)
- dal Direttore UOC ospedaliero

e può essere rivolta ad uno qualsiasi dei nodi della rete formale territoriale (MMG/PLS, UO distrettuale competente, Centro Servizi Sociali Territoriali del Comune di Napoli).

Il Direttore UOC ospedaliero definisce la eleggibilità clinica del paziente per l'Assistenza Domiciliare o per il ricovero in RSA o per il ricovero in Ospedale di Comunità.

2. La Proposta di Accesso

La Proposta di Accesso per le cure domiciliari e le strutture residenziali può essere formulata da qualsiasi nodo della rete formale territoriale: MMG/PLS, UU.OO. distrettuali, Centro Servizi Sociali Territoriale, previa definizione di eleggibilità clinica del paziente formulata dal Direttore UOC ospedaliero.

Essa viene formulata attraverso un apposito modello e trasmessa alla PUA di residenza del cittadino, insieme alla scheda SVAMA/SVAMDI di competenza.

La PUA provvede ad informare ed attivare, entro tre giorni dal recepimento della proposta d'accesso, tutti i principali referenti della *Unità di Valutazione Integrata* per consentire l'approfondimento preliminare del caso e la predisposizione delle Schede SVAMA/SVAMDI e fissa l'incontro di valutazione della UVI. Poiché le proposte d'accesso per dimissione protetta assumono carattere di priorità rispetto a quello ordinarie, andrà istituito apposito registro in base alla data di trasmissione alla PUA della richiesta.

La scheda B della SVAMA/SVAMDI può essere compilata anche dagli specialisti afferenti alle RSA Anziani/Disabili a gestione diretta dell'ASL NA 1 Centro.

La proposta di accesso per l'Ospedale di Comunità viene formulata dal MMG, previa definizione di eleggibilità clinica del paziente formulata dal Direttore UOC ospedaliero, su apposito Modulo Proposta di Ricovero con particolare cura al percorso terapeutico assistenziale. Tale proposta viene trasmessa al Direttore Responsabile del Distretto e non necessita di valutazione in UVI.

3. La valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato

L'UVI, composta dai Coordinatori Sociale e Sanitario, dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta dell'assistito, dall'Assistente Sociale del Centro Servizi Sociali della municipalità responsabile del caso e ove necessario dallo specialista competente per patologia ha il compito di:

■ esaminare la *valutazione multidimensionale* delle condizioni sociali, sanitarie e di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del nucleo familiare, effettuata con la scheda SVAMA o SVAMDI, ai sensi della DGRC 323 e 324 del 3.7.2012.

In caso di dimissione protetta in RSA, di cui al punto c. e d. dell'art 22 della LR n.8/2003 (oneri a totale carico del servizio sanitario), viene effettuata la sola valutazione sanitaria (SVaMA e SVaMDI sanitaria e cognitivo funzionale).

In caso di dimissione protetta in cure domiciliari, verificate le condizioni di eleggibilità, anche attraverso la SVaMA e SVaMDI sanitaria e cognitivo funzionale,

autorizza le prestazioni strettamente sanitarie (PAI provvisorio) in attesa del perfezionamento della valutazione multidimensionale (SVaMA e SVaMDI sociale).

▪ verificare la presenza delle condizioni di eleggibilità

▪ elaborare il progetto socio-sanitario personalizzato, redatto su modello, indicando:
a. in caso di inserimento in RSA il modulo (ad alto carico assistenziale, a medio carico, demenza), la tipologia di ricovero o modello di permanenza ai sensi dell'art. 6 della LR n8/2003 di cui al punto 2 e 3.

LR n8/2003 art. 6: "Il ricovero di utenti in RSA può dare luogo a tre modelli di permanenza: 1. ricovero ordinario 2. ricovero successivo a dimissione protetta "episodica e legata al tempo di stabilizzazione / recupero in seguito ad evento intercorrente" 3. ricovero di sollievo "breve per decompressione familiare - non superiore a trenta giorni".

I ricoveri di cui al punto 2 e 3 vengono definiti ricoveri temporanei, rispondono ad un bisogno programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni, fruibili in massimo per tre periodi all'anno."

b. in caso di inserimento in cure domiciliari il livello di cura con l'individuazione del profilo, ai sensi del Decreto Commissariale 1/2013, al fine di rendere il servizio più flessibile e rispondente alle esigenze assistenziali secondo un criterio di assorbimento di risorse impegnate nell'assistenza e, quindi, in base alla frequenza settimanale di interventi necessari alla realizzazione dei piani assistenziali. A ciascun livello di complessità, infatti, corrisponde una necessità di assistenza sanitaria e sociosanitaria che si concretizza in un fabbisogno assistenziale, che definisce un numero minimo e massimo di accessi di ciascuna figura professionale in coerenza con quanto previsto dalla Delibera regionale n. 41/2011.

4. L'attuazione dell'intervento

L'equipe operativa territoriale coinvolta (I-II-III livello e cure palliative) darà attuazione al piano esecutivo di assistenza domiciliare in cui è descritto in maniera puntuale il trattamento del caso, ovvero azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate nonché quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati. La dimissione dall'ospedale non dovrà avvenire in giorni festivi o prefestivi (salvo specifici casi concordati).

Nel caso in cui il paziente necessita di integrazione con UO Ospedaliera dell'ASL NA I Centro per procedure o terapie ospedaliere, di seguito vengono indicati i Presidi Ospedalieri di riferimento seguendo il seguente criterio territoriale:

Presidio Ospedaliero San Paolo:

- Distretto 24 - Chiaia, Posillipo, San Ferdinando,
- Distretto 25 - Bagnoli, Fuorigrotta
- Distretto 26 - Pianura, Soccavo
- Distretto 27 - Arenella, Vomero

Presidio Ospedaliero S.G.Bosco:

- Distretto 28 - Chiaiano, Piscinola, Marianella, Scampia
- Distretto 29 - Colli Aminei, San Carlo all'Arena, Stella
- Distretto 30 - Miano, Secondigliano, S.Pietro a Paterno

Presidio Ospedaliero Dei Pellegrini:

- Distretto 31 - Avvocata, Montecalvario, Peadino, Mercato, S.Giuseppe Porto
- Distretto 32 - Barra, S.Giovanni, Ponticelli, Insediamento 167
- Distretto 33 - Vicaria, S.Lorenzo, Poggioreale

Qualora il paziente necessita di procedure ospedaliere non presenti nel PO di riferimento, verrà allertato il PO in cui è presente UO specifica.

Il ricovero in RSA avviene nel modulo stabilito dall'UVI e per un periodo massimo di 30 giorni. La dimissione dall'ospedale non dovrà avvenire in giorni festivi o prefestivi (salvo specifici casi concordati).

Il ricovero nell'Ospedale di Comunità avviene previo accordo tra la struttura accettante e quella di invio e non dovrà avvenire in giorni festivi o prefestivi (salvo specifici casi concordati).

STRUMENTI

- SVaMA e SVaMDI

La *valutazione multidimensionale* delle condizioni sociali, sanitarie e di autosufficienza dell'anziano e dell'adulto e dei bisogni assistenziali degli stessi e del nucleo familiare si avvale della scheda SVAMA o SVaMDI, adottate dalla Regione Campania con la DGRC 323 e 324 del 3.7.2012.

Per l'area dell'infanzia si resta in attesa di strumenti specifici che la Regione Campania dovrà affiancare alle schede già adottate.

INDICATORI

- n. di soggetti > 65 anni in dimissione protetta con presa in carico entro 2 giorni
- n. dimissioni protette / mese e anno
- n. richieste improprie / mese e anno
- n. richieste alle PUA di casi appena dimessi che necessitavano di Dimissione Protetta/mese e anno, senza avvio della procedura

allegati

- modulo di eleggibilità clinica
- proposta di accesso
- SVaMA/SVaMDi
- elenco PUA con sede e recapiti
- schema indicatori



Modulo eleggibilità clinica per dimissione protetta in Cure Domiciliari, RSA, Ospedale di Comunità

Dati paziente

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO di NASCITA _____
CODICE FISCALE _____	
N° tessera sanitaria _____	
INDIRIZZO _____	TEL. _____
ASL _____	DISTRETTO SANITARIO _____
FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO _____	
N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE O TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO _____	
MMG DOTT. _____	TEL. _____
RICOVERATO NEL REPARTO _____	
MOTIVO DEL RICOVERO _____	
DIAGNOSI DI DIMISSIONE _____	

ALTRE PATOLOGIE _____	

Condizioni Generali

STATO COGNITIVO	<input type="checkbox"/> non deteriorato	<input type="checkbox"/> deteriorato
RESPIRAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> ventilazione assistita meccanica
PAZIENTE COLLABORANTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> sondino nasogastrico <input type="checkbox"/> PEG
INCONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ACCESSO VENOSO CENTRALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
LESIONI DA DECUBITO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Sede _____		
Grado _____		

SINTOMATOLOGIA

TERAPIA

Il/La Sig. _____ può essere dimesso dal reparto di _____ e si propone il seguente setting assistenziale:

- Cure Domiciliari
- RSA
- Ospedale di Comunità

Al momento della dimissione verrà fornita copia degli esami strumentali e biumorali.

Firma del paziente/tutore/amministratore di sostegno per avvenuta informazione di avvio e consenso alla procedura

Firma _____

Firma del familiare di riferimento per avvenuta informazione di avvio e consenso alla procedura

Firma _____

Data _____

Direttore UOC ospedaliero
Timbro e Firma

Tel. di riferimento e FAX _____