



PERCORSO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
DIMISSIONI PROTETTE

ALLEGATI

- Allegato n. 01 Scala Brass (Blaylock Risk Assessment Screening Score)
- Allegato n. 02 Scheda di Inquadramento Socio-Assistenziale
- Allegato n. 03 Scheda di Proposta di Setting Assistenziale
- Allegato n. 04 Scheda Sanitaria
- Allegato n. 05 Scheda di Informazione Medica e Adesione al Trattamento Sanitario Domiciliare o Residenziale
- Allegato n. 06 Piano Assistenziale Individuale Sanitario

Allegato n. 01

Scala BRASS	
Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index	Cognome e Nome del Paziente
<p>Età (una sola opzione)</p> <p>0= 55 anni o meno 1= da 56 a 64 anni 2= da 65 a 79 anni 3= 80 o più anni</p>	<p>Mobilità (una sola opzione)</p> <p>0= Deambula 1= Deambula con aiuto di ausili 2= Deambula con assistenza umana 3= Non deambula</p>
<p>Situazioni di vita/supporto sociale (una sola opzione)</p> <p>0= Vive solo con il coniuge 1= Vive con la famiglia 2= Vive da solo con il supporto della famiglia 3= Vive da solo con il supporto degli amici/conoscenti 4= Vive solo senza alcun supporto 5= Assistenza domiciliare/residenziale</p>	<p>Deficit sensoriali (una sola opzione)</p> <p>0= Nessuno 1= Deficit visivi o uditivi 2= Deficit visivi e uditivi</p>
<p>Stato di indipendenza (ogni opzione valutata)</p> <p>0= autonomo (indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1= Alimentazione/nutrizione 1= Igiene/abbigliamento 1= Andare in bagno 1= Spostamenti/mobilità 1= Incontinenza intestinale 1= Incontinenza urinaria 1= Preparazione dei pasti 1= Responsabile per l'assunzione dei suoi Farmaci 1= Capacità di gestire il denaro 1= Fare la spesa/acquisti 1= Utilizzo di mezzi di Trasporto</p>	<p>Numero di ricoveri pregressi/visite al Pronto Soccorso (una sola opzione)</p> <p>0= Nessuno negli ultimi 3 mesi 1= Uno negli ultimi 3 mesi 2= Due negli ultimi 3 mesi 3= Più di due negli ultimi 3 mesi</p>
<p>Stato Cognitivo (una sola opzione)</p> <p>0= Orientato 1= Disorientato per alcune sfere°, a volte 2= Disorientato per alcune sfere°, sempre 3= Disorientato per tutte le sfere°, a volte 4= Disorientato per tutte le sfere°, sempre 5= Comatoso °sfere: spazio, tempo, luogo e sé</p>	<p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)</p> <p>0= Meno di tre problemi clinici 1= Da tre a cinque problemi clinici 2= Più di cinque problemi clinici</p>
<p>Modello di Comportamento (ogni opzione osservata)</p> <p>0= Appropriato 1= Wandering (pazienti che vanno sempre in giro, e tendono di scappare) 1= Agitato 1= Confuso 1= Altro</p>	<p>Numero di farmaci (una sola opzione)</p> <p>0= Meno di tre farmaci 1= Da tre a cinque farmaci 2= Più di cinque farmaci</p>
Totale Punteggio	
0-10 Rischio Basso	<i>(maggiore o pari a 10 = dimissione difficile)</i>
11-19 Rischio Medio	<i>Soggetti a basso rischio</i> di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
≥20 Rischio Alto	<i>Soggetti a medio rischio</i> di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione.
	<i>Soggetti ad alto rischio</i> di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

Data

Nome e Firma Compilatore

Allegato n. 02

Cognome e nome _____

DATI DI INQUADRAMENTO SOCIO-ASSISTENZIALE

Stato Civile

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Celibe/nubile | <input type="checkbox"/> vedovo/a |
| <input type="checkbox"/> coniugato/a | <input type="checkbox"/> convivente |
| <input type="checkbox"/> Separato/a | <input type="checkbox"/> non dichiarato |
| <input type="checkbox"/> Divorziato/a | |

Condizione lavorativa

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dipendente a tempo determinato | <input type="checkbox"/> Casalinga |
| <input type="checkbox"/> Dipendente a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Disoccupato |
| <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro | <input type="checkbox"/> Studente |
| | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

Titolo di Studio: nessuno, licenza elementare, licenza media inferiore, qualifica professionale, diploma media superiore, diploma di laurea, non dichiarato.

Condizione abitativa: con proprio domicilio, ospite presso una struttura di accoglienza a bassa soglia senza dimora, alloggio improprio (occupazione abusiva di immobili, roulotte, baracca, basso, etc.), ospite presso struttura sanitaria, ospite presso struttura di accoglienza di stampo religioso e/o di volontariato ospite presso terzi.

Abitazione: in centro in periferia ben collegata isolata

Sono presenti barriere architettoniche?

Sì (quali _____) No

Possiede: uno smartphone/pc/tablet ricorre ad internet point

Condizione familiare: Numero componenti _____

Ci sono persone all'interno del nucleo familiare:

- con disabilità (numero ed età _____)
- anziane (numero ed età _____)
- affette da demenza (numero ed età _____)
- minori (numero ed età _____)

Vi è un assistente personale/badante per il paziente

Sì (indicare chi _____) No

Vi è un familiare di riferimento anche non disposto ad ospitare il paziente?

Sì No

Ci sono persone con particolari bisogni socio-sanitari all'interno del nucleo?

(necessità di aiuto sociale, sanitario, assistenziale, assistenza domiciliare, cure sanitarie specifiche, supporto psicologico, disbrigo pratiche, ritiro e consegna di spesa, farmaci...)

Si (si indichi quali _____) No

Il paziente è in ADI?

Si No

Attualmente il paziente e/o i componenti del suo nucleo sono seguiti da qualche servizio?

Si No

Se sì, indichi quale, da chi e per quale bisogno? _____

Come si sposta per le sue esigenze sanitarie?

Ha bisogno di essere accompagnato/a Si No

Il paziente e/o qualche componente del suo nucleo, riceve qualche contributo previdenziale quale pensione di invalidità, indennità di accompagnamento, HCP, assegno di cura etc)

Si No

Se sì indichi quali _____

➤ **Al colloquio appare:**

- solo e abbandonato
- depresso
- impaurito
- altro _____

➤ **Al colloquio è emerso il/i seguente/i bisogno/i _____**

Data _____

Nome e Firma Assistente sociale

Allegato n. 03

Cognome e nome _____

PROPOSTA DI SETTING ASSISTENZIALE

Data Presunta di Dimissione protetta: ___/___/___

Tipologia di setting assistenziale:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari di base | <input type="checkbox"/> Accoglienza temporanea con finalità riabilitative:
(<input type="checkbox"/> cod. 56, <input type="checkbox"/> cod.60,
<input type="checkbox"/> cod.75 <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> RSA |
| <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari I livello | | <input type="checkbox"/> SUAP |
| <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari II livello | | <input type="checkbox"/> Ospedale di Comunità |
| <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari III livello | | <input type="checkbox"/> Casa della Comunità |
| | | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Paziente in fase terminale con necessità di cure palliative Si No - *Se si:*

Indice di Karnofsky _____

Scala numerica di valutazione del dolore (barrare con una X)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tipologia di setting assistenziale:

- Cure Palliative
- Hospice

Note _____

Data _____

Assistente sociale
(Nome e Firma)

Medico
(Timbro e Firma)

- _____
- Scheda Sanitaria
 - IDA
 - Dati di inquadramento socio assistenziali
 - Adesione al trattamento sanitario domiciliare o residenziale

- _____
- Dati di inquadramento clinico assistenziali
 - Karnofsky Performance Status
 - Scheda di Brass
 - Altro
(specificare) _____

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

Fragile Oncologico Autosufficiente Non autosufficiente Patologia infettiva
Altro¹ _____

Respirazione: Autonoma Ventilazione Assistita / Meccanica Ossigeno _____

Agitazione Psicomotoria Sì _____ No

Eliminazione intestinale: normale stipsi diarrea incontinenza

stomia tipo _____ frequenza di gestione _____

Eliminazione urinaria: normale incontinenza guaina esterna pannolone

catetere vescicale; tipo _____ calibro _____ sostituito il _____

stomia tipo _____ frequenza di gestione _____

stomia tipo _____ frequenza di gestione _____

Lesioni Cutanee: No Sì Tipo _____ Sede _____

Grado I II III IV medicazioni con _____

Necessità di presidi Sanitari no sì

specificare _____

Necessità di ausili Sanitari no sì

specificare _____

È portatore di C.V.C.: no sì tipo: _____

Medicazioni come da protocollo: sì no se no, con quali prodotti e frequenza:

Allergie ed intolleranze: _____

¹ specificare la causa

Prestazioni necessarie:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Medicazioni ferita chirurgica | <input type="checkbox"/> Terapia antalgica |
| <input type="checkbox"/> Gestione Stomie | <input type="checkbox"/> Medicazioni ulcere | <input type="checkbox"/> OTL |
| <input type="checkbox"/> Terapia Infusionale | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Gestione delle vie aeree del pz | |

Data

Timbro e Firma Medico

Allegato n. 05

INFORMAZIONE MEDICA E ADESIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO DOMICILIARE O RESIDENZIALE

Dati Identificativi del Paziente

Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residenza _____
C. F. _____
Tessera Sanitaria _____

Se il paziente è privo in tutto o in parte di autonomia decisionale:

<input type="checkbox"/> Tutore° <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno° <input type="checkbox"/> familiare di riferimento (grado di parentela _____)
Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residenza _____
Documento di Riconoscimento _____
Contatti (telefono, email, ecc) _____

° Estremi del verbale di Nomina _____

INFORMAZIONI SANITARIE

Diagnosi:

Tipologia dimissioni prevista:
--

ADESIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO

Io sottoscritto/a _____ paziente delegato (di cui sopra), con la firma del presente modello

DICHIARO

di essere stato/a informato/a sulla procedura di dimissione attivata/proposta.

Per quanto sopra dichiarato,

ACCETTO NON ACCETTO

Il trattamento Sanitario proposto.

Motivazione NON Accettazione del Trattamento:

Napoli, li _____

Firma

Allegato n. 06

Utente

Data di nascita

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE SANITARIO
PER CURE DOMICILIARI O STRUTTURE RESIDENZIALI**

DISTRETTO _____

Allegati al P.A.I. Sanitario per Cure domiciliari o per Strutture Residenziali

- Scala Brass
- Scheda di Inquadramento Socio-Assistenziale
- Scheda di Proposta di Setting Assistenziale
- Scheda Sanitaria
- Scheda di Informazione Medica ed Adesione al trattamento sanitario domiciliare o residenziale

Firme

**1 Responsabile U.O.S. Fasce Deboli
e Cure Domiciliari**

2 Coordinatore Sanitario

3 MMG/ PL

4 Specialista ambulatoriale

Altro

5 _____

6 _____

7 _____

**NB. È sempre necessaria la firma del Responsabile U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari.
E' sempre necessaria la firma dell'utente o caregiver**

Io sottoscritto _____ rilascio il pieno consenso informato alle prestazioni socio-sanitarie e dichiaro di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla privacy (D.lgs. 196/03 e successive modificazioni) nella piena capacità di intendere e di volere edotto delle finalità e delle modalità delle prestazione socio-sanitarie richieste nonché informato/a sulla possibilità di poter chiedere in qualunque momento ulteriori informazioni in relazione al piano assistenziale individuale e di poter negare il consenso al trattamento.

Data _____

Utente/ Caregiver _____