



**AZIENDA SANITARIA LOCALE  
NAPOLI 2 NORD**  
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)  
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

## **Deliberazione N. 715 del 18/03/2026**

**PROPONENTE: DIREZIONE SANITARIA**

**OGGETTO: Revisione della “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili”, adottata con Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022.**

In pubblicazione dal 18/03/2026 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**Atto immediatamente esecutivo**

**Publicato da U.O.C. AFFARI GENERALI**

*Elenco firmatari*

*Anna Spizuoco - U.O.C. AFFARI GENERALI*

*Carmela Zito - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Pasquale Di Girolamo Faraone - DIREZIONE SANITARIA*

*Monica Vanni - DIREZIONE GENERALE*

*Redatto da*

*Angela Castaldi*

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.96 del  
07/08/2025, in esecuzione della DGRC n. 425 del 26/06/2025**

**Oggetto:** Revisione della “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili”, adottata con Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022.

## **IL DIRETTORE SANITARIO**

### **Premesso che**

- per Dimissione Protetta si intende la realizzazione di un percorso assistenziale, che governi il passaggio dal setting di cura di ricovero ospedaliero ad un altro (lungo degenza, domicilio, struttura residenziale o semiresidenziale sanitaria o sociosanitaria) per i pazienti “fragili”, in modo da garantire la continuità di cura e di assistenza;
- gli Ospedali sono il luogo per l’assistenza all’acuzie della malattia, per cui è necessario limitare i giorni di degenza alla risoluzione della fase acuta, con il risultato di una dimissione ospedaliera di un paziente in condizione di piena convalescenza, che spesso prevede la somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative;
- la condizione di “fragilità” sanitaria e/o sociale richiede un accompagnamento alla dimissione ospedaliera, secondo un percorso protetto, che ne assicuri la continuità di assistenziale e/o di cura, secondo un modello di presa in carico globale, che favorisca il benessere del paziente e della famiglia con l’inserimento nel setting più adeguato alla gestione del caso.
- la Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022 – “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili”, ha adottato una procedura per la definizione dei percorsi correlati alla transizione dei pazienti fragili dal ricovero ospedaliero al setting di assistenza territoriale più appropriato.

### **Tenuto conto che**

- la ASL Napoli 2 Nord ha ultimato la fase di accreditamento e di contrattualizzazione delle strutture richiedenti per la fornitura dei servizi correlati all’Assistenza Domiciliare Integrata
- la ASL Napoli 2 Nord gestisce in forma diretta, utilizzando il personale dipendente ed i propri Presidi Ospedalieri, l’Assistenza Domiciliare Integrata di III Livello;
- la ASL Napoli 2 Nord con delibera Aziendale n. 1038 del 17/06/2022 ha adottato il “Percorso Assistenziale per la Terapia del Dolore ASL Napoli 2 Nord”;
- la ASL Napoli 2 Nord con delibera Aziendale n. 1311 del 27/07/2022 ha adottato il “Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative”;
- la ASL Napoli 2 Nord con Delibera Aziendale n. 2095 del 04/11/2024 ha adottato la - Procedura per la messa in rete delle “R1- SUAP Residenze Sanitarie Assistenziali Unità di Cura Intensiva” con i Servizi Territoriali e Ospedalieri dell’ASL Napoli 2 Nord-
- la ASL Napoli 2 Nord con Delibera Aziendale n. 1095 del 28/05/2025 ha provveduto alla revisione della - Procedura per la messa in rete delle “R1- SUAP Residenze Sanitarie Assistenziali Unità di Cura Intensiva” con i Servizi Territoriali e Ospedalieri dell’ASL Napoli 2 Nord-
- la ASL Napoli 2 Nord, in seguito ai processi di riconversione, può contare su un’ampia offerta di strutture residenziali a valenza territoriale;
- quanto sopra consente alla ASL Napoli 2 Nord di disporre di una rete organizzativa ampiamente collaudata per garantire la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale di pazienti con problematiche complesse, qualunque sia il setting assistenziale cui siano destinati.

### **Visto**

- la necessità di aggiornare la Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022 – “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili”, alla luce del completamento dell’attivazione delle centrali

*Deliberazione del Direttore Generale*

operative territoriali-COT, definita con Decreto Dirigenziale della Direzione Salute Regione Campania n. 428/2024;

- la necessità di aggiornare la Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022 – “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili”, in particolare relativamente alla procedura di “transizione” tra i diversi setting assistenziali, i modi di attivazione dei servizi territoriali e il collegamento funzionale nell’ambito della rete dei servizi, che tenga conto del modello organizzativo della COT;
- la necessità di risolvere alcune criticità emerse nel corso dell’applicazione della suddetta procedura;
- la proposta di revisione della suddetta procedura elaborata dal Tavolo Tecnico Aziendale istituito ad hoc, i cui componenti sono riportati nel frontespizio dell’Allegato alla presente Deliberazione.

#### **Ritenuto**

- di dover procedere alla modifica della “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili” adottata con Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022, al fine di adeguarla alla recente disciplina delle centrali operative territoriali-COT, definita con Decreto Dirigenziale della Direzione Salute Regione Campania n. 428/2024.

#### **Visti:**

- il D. lgs 502/92 e il D. lgs 229/99;
- la L.R. 16/08

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua delle risultanze e degli atti tutti sopra richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche.

### **PROPONE**

#### **al Direttore Generale**

- **di adottare** la revisione della “Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili” adottata con Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022, elaborata dal Tavolo Tecnico istituito ad hoc, che, in allegato, costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di stabilire** che sarà cura del Direttore della UOC Appropriatelyzza Clinica e Organizzativa di proporre alla Direzione Strategica eventuali modifiche/aggiornamenti della stessa, in virtù di variazioni eventuali di Linee Guida, Protocolli, mappatura/attori della rete dei servizi aziendali etc ...;
- **di dare mandato** alla UOC Formazione e Aggiornamento, in collaborazione con i componenti del Tavolo Tecnico, che ha redatto il Documento, di realizzare la formazione obbligatoria degli operatori coinvolti nella procedura, secondo le modalità in esso previste;
- **di affidare** alle Strutture indicate nella lista di distribuzione la diffusione interna della Procedura, in maniera capillare, agli operatori interessati;

*Deliberazione del Direttore Generale*



## AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)  
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

- **di dare mandato** ai Direttori di macrostruttura di garantire la partecipazione degli operatori interessati al processo formativo, nonché di monitorare i cambiamenti organizzativi in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche al fine di assicurare il continuo rispetto di quanto contenuto nella Procedura;
- **di prevedere** un periodo di 90 giorni, a partire dalla data di pubblicazione del presente atto deliberativo, durante il quale procedere all'implementazione graduale della Procedura Generale, per poi garantirne la totale applicazione a partire dal 91° giorno;
- **di pubblicare** la Procedura Generale, ivi allegata, sul sito web aziendale.

**Il Direttore Sanitario**  
**dott. Pasquale Di Girolamo Faraone**

### IL DIRETTORE GENERALE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario e delle risultanze degli atti, tutti richiamati in premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché di espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del proponente, della regolarità e legittimità del presente atto, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche:

sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

### DELIBERA

- **di adottare** la revisione della "Procedura generale Dimissioni Protette pazienti fragili" adottata con Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022, elaborata dal Tavolo Tecnico istituito ad hoc, che, in allegato, costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- **di stabilire** che sarà cura del Direttore della UOC Appropriately Clinica e Organizzativa di proporre alla Direzione Strategica eventuali modifiche/aggiornamenti della stessa, in virtù di variazioni eventuali di Linee Guida, Protocolli, mappatura/attori della rete dei servizi aziendali etc ...;
- **di dare mandato** alla UOC Formazione e Aggiornamento, in collaborazione con i componenti del Tavolo Tecnico, che ha redatto il Documento, di realizzare la formazione obbligatoria degli operatori coinvolti nella procedura, secondo le modalità in esso previste;
- **di affidare** alle Strutture indicate nella lista di distribuzione la diffusione interna della Procedura, in maniera capillare, agli operatori interessati;
- **di dare mandato** ai Direttori di macrostruttura di garantire la partecipazione degli operatori interessati al processo formativo, nonché di monitorare i cambiamenti organizzativi in termini di

*Deliberazione del Direttore Generale*



## AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)  
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

risorse umane, materiali e tecnologiche al fine di assicurare il continuo rispetto di quanto contenuto nella Procedura;

- **di prevedere** un periodo di 90 giorni, a partire dalla data di pubblicazione del presente atto deliberativo, durante il quale procedere all'implementazione graduale della Procedura Generale, per poi garantirne la totale applicazione a partire dal 91° giorno;
- **di pubblicare** la Procedura Generale, ivi allegata, sul sito web aziendale.
- **di inviare** copia del presente atto a:
  - a cura della UOC Affari Generali:
    - al Collegio Sindacale;
    - alla Direzione Generale per la tutela della Salute della Regione Campania;
  - a cura della Direzione Sanitaria:
    - agli estensori del presente documento;
    - a tutti i Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC. di Area Sanitaria, e per loro tramite a tutti gli altri dirigenti;
    - al Responsabile per la pubblicazione degli atti ex d.lgs. 33/2013 e s.m.i.

### **Il Direttore Amministrativo**

Dr.ssa Carmela Zito

### **Il Direttore Generale**

Dr.ssa Monica Vanni

*Deliberazione del Direttore Generale*

*Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.*

<b>Cognome e Nome Paziente</b>		<b>Codice Fiscale</b> -----
--------------------------------	--	--------------------------------

<b>Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato</b>	
<p><b>Età</b> (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 - 64 anni 2 = 65 - 79 anni 3 = 80 anni e più</p> <p><b>Condizioni di vita e supporto sociale</b> (una sola opzione) 0 = vive con il coniuge 1 = vive con la famiglia 2 = vive da solo con il sostegno della famiglia 3 = vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = vive da solo senza alcun sostegno 5 = assistenza domiciliare/residenziale</p> <p><b>Stato funzionale</b> (ogni opzione valutata) 0 = autonomo (indipendente in ADL e IADL)</p> <p><b>Dipendente in:</b> 1 = alimentazione/nutrizione 1 = igiene/abbigliamento 1 = andare in bagno 1 = spostamenti/mobilità 1 = incontinenza intestinale 1 = incontinenza urinaria 1 = preparare del cibo 1 = responsabilità nell'uso di medicinali 1 = capacità di gestire il denaro 1 = fare acquisti 1 = utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p><b>Stato cognitivo</b> (ogni opzione valutata) 0 = orientato 1 = disorientato in alcune sfere * qualche volta 2 = disorientato in alcune sfere * sempre 3 = disorientato in tutte le sfere * qualche volta 4 = disorientato in tutte le sfere * sempre 5 = comatoso</p> <p>*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</p>	<p><b>Modello comportamentale</b> (ogni opzione valutata) 0 = appropriato 1 = wandering 1 = agitato 1 = confuso 1 = altro _____</p> <p><b>Mobilità</b> (una sola opzione) 0 = deambula 1 = deambula con l'aiuto di ausili 2 = deambula con assistenza 3 = non deambula</p> <p><b>Deficit sensoriali</b> (una sola opzione) 0 = nessuno 1 = deficit visivi o uditivi 2 = deficit visivi e uditivi</p> <p><b>Numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso</b> (una sola opzione) 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><b>Numero di problemi clinici attivi</b> (una sola opzione) 0 = tre problemi clinici 1 = da tre a cinque problemi clinici 2 = più di cinque problemi clinici</p> <p><b>Numero farmaci assunti</b> (una sola opzione) 0 = meno di tre farmaci 1 = da tre a cinque farmaci 2 = più di cinque farmaci</p> <p><b>PUNTEGGIO TOTALE:</b> _____</p>
<b>Punteggio</b>	<b>Indice di rischio</b>
0 – 10 rischio <b>basso</b>	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11 – 19 rischio <b>medio</b>	Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 rischio <b>alto</b>	Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma Dirigente Medico \_\_\_\_\_

## Allegato 2

### SCHEMA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA' (OdC)

#### SCALA DI VALUTAZIONE NEWS 2 (National Early Warning Score)

**(Paziente IDONEO se punteggio totale  $\leq 3$ )**

<b>DATI DEL PAZIENTE</b>	
Cognome e nome _____	Data di nascita ____/____/____
Domicilio/residenza _____	
Provenienza _____ (Reparto ospedaliero/MMG/RSA/altro..)	
Contatti telefonici con la struttura/medico inviante _____	
Medico curante _____ (nome e telefono)	
Familiare di riferimento/caregiver _____ (nome e grado di parentela/telefono)	

**(Paziente NON IDONEO se punteggio totale  $\geq 4$  o uno dei parametri con punteggio = 3)**

**Non proseguire nella compilazione della domanda.**

NEWS	3	2	1	0	1	2	3
Freq. Respiratoria - atti/min.	$\leq 8$		9-11	12-20		21-24	$\geq 25$
SPO2 % Standard	$\leq 91\%$	92-93%	94-95%	$\geq 96$			
SPO2 % se BPCO	$\leq 87\%$	88-89%	90-91%	$\geq 92$			
O2 Supplementare		SI'		NO			
Freq. Cardiaca - bpm/min.	$\leq 40$		41-50	51-90	91-110	111-130	$\geq 131$
Pressione Sistolica - mmHg	$\leq 90$	91-100	101-110	111 - 150	$>150$	$>180$	$\geq 220$
Temperatura Corporea - °C	$\leq 35,0$		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	$\geq 39,1$	
Coscienza: A V P U	V - P - U			A - VIGILE			V - P - U
<b>Il totale NEWS deve essere sempre <math>\leq 3</math>, escludendo tutte quelle condizioni in cui un solo parametro vitale, da solo, è pari a 3</b>							<b>Totale News</b>

## **CRITERI DI ELEGIBILITÀ:**

### Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2);
- consenso informato del paziente.

### Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 3 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

## **CRITERI DI ESCLUSIONE:**

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 4$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.)
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti con età minore di 18 anni compiuti.



**PROVENIENZA – INVIATO DA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MMG – INFERMIERE DI FAMIGLIA | <input type="checkbox"/> SPECIALISTA AMBULATORIALE   |
| <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO              | <input type="checkbox"/> CONTINUITA' ASSISTENZIALE   |
| <input type="checkbox"/> REPARTO DI DEGENZA           | <input type="checkbox"/> ALTRA STRUTTURA OSPEDALIERA |

<b>PATOLOGIA PRINCIPALE:</b> <i>(descrizione sintetica)</i>	
<b>COMORBOSITA' O PATOLOGIE CRONICHE:</b> <i>(descrizione sintetica)</i>	
<b>OBIETTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO OSPEDALE DI COMUNITA':</b>	
<input type="checkbox"/> INTERVENTO INFERMIERISTICO CONTINUATIVO NON ESEGUIBILE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ATTESA DI TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO SETTING <input type="checkbox"/> ASSISTENZIALE ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE PAZIENTE O CAREGIVER <input type="checkbox"/> RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZATO AL RIENTRO AL DOMICILIO	
<b>PESO E ALTEZZA</b>	Kg _____ cm _____
<b>OSSIGENOTERAPIA</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:            L/min: <input type="checkbox"/> Occhialini <input type="checkbox"/> Maschera
<b>STOMIA</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    TIPO (ileo, colon, nefro, ecc):
<b>NUTRIZIONE ENTERALE NUTRIZIONE PARENTERALE</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG DATA ULTIMO CAMBIO PRESIDIO:
<b>ALTRI PRESIDI/DEVICE</b>	<input type="checkbox"/> CICC – FICC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> CVP            ALTRO:
<b>CV</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA ULTIMO CAMBIO PRESIDIO:



<b>PATOLOGIA PSICHIATRICA</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Specificare:
<b>In carico al CSM:</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Specificare:
<b>IL PAZIENTE E' AFFETTO DA DEMENZA?</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	la diagnosi risale a:   <3 mesi      <1 anno      >1 anno
<b>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO e SINTOMI PSICHICI</b>  <input type="checkbox"/> no (pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente) <input type="checkbox"/> si, insorti da: <input type="checkbox"/> vari giorni <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> anni  <i>Specificare nell'elenco a fianco quali disturbi del comportamento presenta</i>	<b>Disturbi del comportamento:</b> <input type="checkbox"/> deliri (persecutori, di gelosia..) <input type="checkbox"/> allucinazioni <input type="checkbox"/> vagabondaggio o si perde fuori casa <input type="checkbox"/> agitazione notturna <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> aggressività verso sé e/o gli altri <input type="checkbox"/> urla o lamentazioni o vocalismi <input type="checkbox"/> negli ultimi 6 mesi sono stati utilizzati mezzi di protezione fisica <input type="checkbox"/> presenza di disturbi del comportamento alimentare  <b>Confusione</b> <input type="checkbox"/> completamente confuso, personalità destrutturata <input type="checkbox"/> confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe <input type="checkbox"/> incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio  <b>Irritabilità:</b> <input type="checkbox"/> qualsiasi contatto è causa di irritabilità <input type="checkbox"/> mostra ogni tanto segni di irritabilità <input type="checkbox"/> non mostra segni di irritabilità  <b>Irrequietezza:</b> <input type="checkbox"/> Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di Mano <input type="checkbox"/> si agita e gesticola durante la conversazione
<b>INDICATORI SOCIALI</b>	<b>Invalidità civile:</b> <input type="checkbox"/> SI (specificare % _____) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN CORSO  <b>Indennità di accompagnamento:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN CORSO  <b>Legge 104/92:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN ATTESA DI ESITO  <b>Servizi già attivi al domicilio:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> NO <b>Paziente già seguito da Servizio Sociale:</b> <input type="checkbox"/> SI    specificare _____  <input type="checkbox"/> NO <b>Amministratore di Sostegno/Tutore Legale:</b> <input type="checkbox"/> SI (nominativo e recapito telefonico _____)

## INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

<b>1. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA</b>		<b>2. FUNZIONE RESPIRATORIA</b>	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri < 3 rilevazioni die	2	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
Parametri > 3 rilevazioni die	3	Dispnea da sforzo grave	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Dispnea a riposo	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Tosse acuta/cronica	3
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	Parametri < 3 rilevazioni die	2
Quantità urine	2	Parametri > 3 rilevazioni die	3
		Ossigenoterapia	3
		Necessità di ventilazione terapia notturna	3
		Presenza di tracheotomia	4
		Terapia con nebulizzazioni	3
<b>3. MEDICAZIONI</b>		<b>4. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE</b>	
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	Prescrizione dietetica	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Ferita chirurgica non complicata	2	Presenza di disfagia lieve	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Presenza di disfagia moderata/severa	4
Moncone di amputazione da medicare	3	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3		
Stomia recente da medicare	3		
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4		
<b>5. ELIMINAZIONE</b>		<b>6. IGIENE E ABBIGLIAMENTO</b>	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Monitoraggio alvo	2	Necessità di aiuto solo per igiene completa	2
Necessità di clisma	3	Necessità di aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
Gestione della stomia	3		
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2		
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo presidi assorbenti 24h/24)	3		
Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		
<b>7. MOVIMENTO</b>		<b>8. SONNO E RIPOSO</b>	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Utilizza in modo autonomo presidi per il movimento	2	Sonno indotto con farmaci	2
Necessità di aiuto costante per la deambulazione	3	Disturbi del sonno	3
Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	Agitazione notturna costante	4
Necessità di usare sollevatore	4		
Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4		

9. SENSORIO E COMUNICAZIONE		10. AMBIENTE SICURO	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	Apparecchi medicali a domicilio	2
Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	Rischio di caduta medio/alto	4
Deficit cognitivo lieve	2	Uso di mezzi di protezione	4
Deficit cognitivo moderato	3	Attivazione assistente sociale	3
Deficit cognitivo grave	4	Educazione sanitaria del caregiver	2
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	Pianificazione dimissione con altre istruzioni	3
11. TERAPIE		12. ALTRI BISOGNI CLINICI	
Assenza di terapia	1	Assenza di altri bisogni clinici	1
Terapia solo orale 1 o 2 volte die	2	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Terapia più di 2 volte die	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti, ecc.) 1 v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti, ecc.) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbilità lieve (CIRS-C<3)	2
		Comorbilità severa (CIRS-C≥3)	3
		Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

### Note per la compilazione:

La scheda prevede una compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico. Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente.

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE, riportare nella scheda sottostante **OUTCOME PREVISTO**, segnando con una X il valore assegnato. L'IIA è dato dal valore con maggiore frequenza. In caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto.

- Indice 1 Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: **intensità assistenziale bassa**
- Indice 2 Dipendenza minima della persona: **intensità assistenziale medio bassa**
- Indice 3 Dipendenza elevata della persona: **intensità assistenziale medio alta**
- indice 4 Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: **intensità assistenziale alta**

## OUTCOME PREVISTO

INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE		1	2	3	4
1	Funzione Cardiocircolatoria				
2	Funzione respiratoria				
2	Medicazioni				
4	Alimentazione e idratazione				
5	Eliminazione urinaria e intestinale				
6	Igiene ed abbigliamento				
7	Movimento				
8	Riposo e sonno				
9	Sensorio e comunicazione				
10	Ambiente sicuro/situazione sociale				
11	Terapie				
12	Altri bisogni clinici				
<b>INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE ATTRIBUITO</b> <b>Corrisponde al punteggio assegnato con maggiore frequenza.</b> <b>In caso di parità tra punteggi attribuiti, assegnare quello più alto.</b>					

- RIENTRO AL DOMICILIO  
 AVVIATA PRATICA PER RICOVERO IN RSA o IN ALTRA STRUTTURA RESIDENZIALE  
 IN ATTESA DI TRASFERIMENTO PRESSO CURE INTERMEDIE

*Se già contattata una struttura segnalare i riferimenti:*

DATA COMPILAZIONE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MEDICO COMPILATORE: \_\_\_\_\_ n. telefono di riferimento  
 \_\_\_\_\_

INFERMIERE COMPILATORE: \_\_\_\_\_ n. telefono di riferimento  
 \_\_\_\_\_



TIPO DI TUTELA:  Materna  Paterna  Condivisa  Da Tutor  Struttura pubblica o convenzionata  
TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

- Benefici Legge 104  
 Invalidità civile % \_\_\_\_\_  
 Indennità Acc./Frequenza

- Condizione lavorativa**
- Pensionato  Non occupato  
 Inabile al lavoro  Casalinga  
 Studente  
 Occupato dipendente  
 Occupato con rapporto precario/temporaneo  
 Occupato in forma autonoma  
 Altro \_\_\_\_\_

**Problemi Sociali (condizione rete familiare, condizione economica e abitativa, particolari condizioni di vulnerabilità sociale):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Grado d'istruzione**
- 1 Nessuno  4 Media superiore  
 2 Licenza elementare  5 Diploma universitario  
 3 Media Inf.  6 Laurea  
 7 Non dichiarato

- Tipologia di cure richieste**
- CURE DOMICILIARI  BASE  I-II-III LIVELLO  PALLIATIVE  
 RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE  
 RICOVERO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE  
 R1 – Speciale Unità Accoglienza Permanente (SUAP)  
 RICOVERO TEMPORANEO IN RSA (MAX 30 GG)  
*Scegliere una delle seguenti opzioni:*  R2 – Adulti non autosufficienti/cronici  
 R3 – Adulti non autosufficienti – Trattamento alto livello  
 R3 – Adulti non autosufficienti – Trattamento medio livello  
 R2D – Adulti non autosufficienti – Modulo Demenze  
 RD3 – Trattamento Alto Livello per Disabili Gravi  
 RD3 – Trattamento Medio Livello per Disabili Gravi  
 Non definita
- HOSPICE  
 OSPEDALE DI COMUNITA'  
 ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**MOTIVO DEL TRASFERIMENTO** \_\_\_\_\_

**SE LA PROPOSTA E' RESIDENZIALITA', INDICARE MOTIVO DI ACCESSO:**

- Perdita di autonomia (decorso degenerativo)  
 Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)  
 Insufficienza del supporto familiare  
 Solitudine  
 Alloggio non idoneo  
 Altra motivazione sociale

**E TIPOLOGIA DEI SERVIZI GIA' ATTIVI:**

- Servizi sanitari  Servizi sociali  Altro

### BISOGNI CLINICI ASSISTENZIALI

Area di bisogno (*una sola opzione*)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti | <input type="checkbox"/> Disagio e marginalità                           | <input type="checkbox"/> Malati oncologici                                   |
| <input type="checkbox"/> Disabili sensoriali                                   | <input type="checkbox"/> Dipendente e patologie collegate                | <input type="checkbox"/> Malati terminali                                    |
| <input type="checkbox"/> Disabili fisici                                       | <input type="checkbox"/> Sieropositivi e affetti da AIDS                 | <input type="checkbox"/> Soggetti affetti da disagio mentale                 |
| <input type="checkbox"/> Disabili psichici                                     | <input type="checkbox"/> Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva | <input type="checkbox"/> Soggetti affetti da patologie croniche degenerative |

**RILEVAZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE (DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI PROPOSTA DI ACCESSO A CURE DOMICILIARI)**

*Barrare il quadratino solo in caso di "bisogno presente"*

Rischio Infettivo legato all'assistenza	<input type="checkbox"/>	Trasfusioni	<input type="checkbox"/>
Broncoaspirazione / Drenaggio Posturale	<input type="checkbox"/>	Controllo Dolore	<input type="checkbox"/>
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Assistenza Stato Terminale Oncologico	<input type="checkbox"/>
Ventiloterapia	<input type="checkbox"/>	Assistenza Stato Terminale Non Oncologico	<input type="checkbox"/>
Tracheotomia	<input type="checkbox"/>	Trattamento Riabilitativo Neurologico	<input type="checkbox"/>
Dialisi	<input type="checkbox"/>	Trattamento Riabilitativo Ortopedico	<input type="checkbox"/>
Gestione Stomie	<input type="checkbox"/>	Trattamento Riabilitativo di Mantenimento	<input type="checkbox"/>
Prelievi venosi non occasionali	<input type="checkbox"/>	Interventi di Educazione Terapeutica	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Terapia Sottocutanea/Intramuscolare/Infusiva	<input type="checkbox"/>
Telemetria	<input type="checkbox"/>	Alterazioni Ritmo Sonno Veglia	<input type="checkbox"/>
Supervisione Continua	<input type="checkbox"/>	Gestione Catetere	<input type="checkbox"/>
Assistenza IADL	<input type="checkbox"/>	Eliminazione Urinaria e Intestinale	<input type="checkbox"/>
Assistenza ADL	<input type="checkbox"/>	Alimentazione Assistita	<input type="checkbox"/>
Supporto Caregiver	<input type="checkbox"/>	Alimentazione Enterale	<input type="checkbox"/>
SNG/PEG	<input type="checkbox"/>	Alimentazione Parenterale	<input type="checkbox"/>
Cura Ulcere Cutanee 1° e 2° grado	<input type="checkbox"/>	Cura Ulcere Cutanee 3° e 4° grado	<input type="checkbox"/>
Supporto Sociale	<input type="checkbox"/> →	Specifica: <input type="checkbox"/> Presenza parziale /Temporanea <input type="checkbox"/> Non presenza	
Disturbi Comportamentali	<input type="checkbox"/> →	Specifica: <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi	
Disturbi Cognitivi	<input type="checkbox"/> →	Specifica: <input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi	
Autonomia	<input type="checkbox"/> →	Specifica: <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. dipendente <input type="checkbox"/> Tot. dipendente	
Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> →	Specifica: <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> NO	
Grado di Mobilità	<input type="checkbox"/> →	Specifica: <input type="checkbox"/> Si sposta da solo (ev. con ausili) <input type="checkbox"/> Si sposta assistito <input type="checkbox"/> Non si sposta	

**PROPOSTA PIANO TERAPEUTICO (DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI PROPOSTA DI ACCESSO A CURE DOMICILIARI)**

Prestazione	Frequenza
Accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Assistenza tutelare	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Consulenza medico specialista	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Consulenza medico specialistica	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Controllo dispnea	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Controllo dolore	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Controllo medico specialista	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Controllo saturazione	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, ecc.)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Controllo sintomi psicocomportamentali (ansia, agitazione, angoscia, delirio ecc.)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Educazione del caregiver	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Educazione del caregiver alla gestione delle derivazioni urinarie	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Educazione del caregiver alla gestione di enterostomia	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Educazione del caregiver alla prevenzione delle lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Esami strumentali	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. Urine, esame colturale, ecc.)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivi elastici	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile

Gestione alvo comprese le enterostomie	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Gestione dei quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee, ecc)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Gestione nutrizione parenterale – gestione cvc	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Gestione ventilazione meccanica – tracheostomia – sostituzione cannula – broncoaspirazione – ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Igiene personale e mobilizzazione	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Iniziative terapeutiche attraverso le diverse vie di somministrazione	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Monitoraggio clinico	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Prelievo ematico	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Prescrizione di ausili e protesi	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Sedazione terminale/palliativa	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Teleconsulto	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Terapia infusione SC e EV	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Terapia iniettiva intramuscolare	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Terapia iniettiva sottocutanea	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Trasferimento competenze/educazione del caregiver/colloqui/nursing/addestramento	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Tattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Tattamento di rieducazione del linguaggio	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Tattamento di rieducazione motoria – respiratoria	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Vigilanza su corretta assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica, funzionale, sociale e monitoraggio)	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Visita programmata del medico di medicina generale/pediatra libera scelta	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile
Visita programmata del medico specialista	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Mensile

## QUESTIONARI

### ASSISTENZA INFERMIERISTICA

*Sono possibili più opzioni*

- Diabete insulinodipendente
- Scompenso cardiaco classe 3-4 NYHA con monitoraggio frequente di bilancio idrico, alimentazione e parametri vitali
- Cirrosi scompensata
- Tracheostomia
- Ossigenoterapia continuativa a lungo termine
- Sondino naso-gastrico, gastrostomia, PEG
- Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusione quotidiana
- Catetere vescicale
- Ano artificiale e/o ureterostomia
- Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica che richiede adeguamento della posologia
- Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche

### SENSORIO E COMUNICAZIONE

*Seleziona un'opzione per ciascun ambito*

<b>Linguaggio e comprensione</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Comprende solo frasi semplici <input type="checkbox"/> Comprensione non valutabile <input type="checkbox"/> Non comprende
<b>Linguaggio produzione</b>	<input type="checkbox"/> Parla normalmente <input type="checkbox"/> Linguaggio menomato ma esprime il suo pensiero <input type="checkbox"/> Si comprendono solo parole isolate <input type="checkbox"/> Non si esprime
<b>Udito</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Deficit, ma udito adeguato alle necessità personali <input type="checkbox"/> Grave deficit non correggibile <input type="checkbox"/> Sordità completa
<b>Vista</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Deficit, ma vista adeguata alle necessità personali <input type="checkbox"/> Grave deficit non correggibile <input type="checkbox"/> Cecità e bisogno di assistenza

**VALUTAZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Seleziona un'opzione per ciascun ambito

<b>Situazione cognitiva</b>	<input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Molto confuso, stuporoso
<b>Problemi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/> Assenti/lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
<b>Grado mobilità</b>	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo <input type="checkbox"/> Si sposta assistito <input type="checkbox"/> Non si sposta
<b>Supporto sociale</b>	<input type="checkbox"/> Ben assistito <input type="checkbox"/> Parzialmente assistito <input type="checkbox"/> Non assistito
<b>Necessità assistenza sanitaria</b>	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Intermedia <input type="checkbox"/> Elevata

**BISOGNI ASSISTENZIALI RILEVATI**

Seleziona un'opzione per ciascun ambito

<b>Autonomia</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente <input type="checkbox"/> Stato Vegetativo
<b>Riabilitazione</b>	<input type="checkbox"/> Nessuna riabilitazione <input type="checkbox"/> Riabilitazione neurologica <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Riabilitazione Ortopedica <input type="checkbox"/> Mantenimento in presenza di disabilità <input type="checkbox"/> Motorio
<b>Apparato respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Tosse e secrezioni <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Ventiloterapia <input type="checkbox"/> Tracheostomia
<b>Apparato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dimagrimento <input type="checkbox"/> Disidratazione <input type="checkbox"/> Nutrizione/disfagia
<b>Cognitivo comportamentale</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbo cognitivo moderato <input type="checkbox"/> Disturbo cognitivo grave <input type="checkbox"/> Disturbo comportamentale (BPSD) <input type="checkbox"/> Condizione di salute psichiatrica
<b>Ritmo sonno veglia</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ritmo sonno/veglia alterato <input type="checkbox"/> Rischi infettivo personale <input type="checkbox"/> Febbre
<b>Apparato gastrointestinale</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Sanguinamento gastrointestinale <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Diarrea
<b>Apparato urinario</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Ematuria <input type="checkbox"/> Esito <input type="checkbox"/> Dialisi
<b>Apparato tegumentario</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ulcera cutanea 1° e 2° grado <input type="checkbox"/> Ulcera cutanea 3° e 4° grado <input type="checkbox"/> Stato più grave di ulcera – non stadiabile <input type="checkbox"/> Cura della ferita <input type="checkbox"/> Altri problemi cutanei <input type="checkbox"/> Lacerazione o tagli non chirurgici <input type="checkbox"/> Lesioni Cute <input type="checkbox"/> Rischio sanguinamento acuto
<b>Oncologico terminale</b>	<input type="checkbox"/> Non oncologico/non terminale <input type="checkbox"/> Terminalità non oncologica <input type="checkbox"/> Oncologico <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia Acuto <input type="checkbox"/> Dolore presente
<b>Prestazioni</b>	<input type="checkbox"/> Prelievo venoso non occasionale <input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma <input type="checkbox"/> Telemetria <input type="checkbox"/> Trasfusioni <input type="checkbox"/> Terapia Endovenosa <input type="checkbox"/> Terapia intramuscolo/sottocutanea <input type="checkbox"/> Gestione CVC <input type="checkbox"/> Altri trattamenti <input type="checkbox"/> Educazione terapeutica <input type="checkbox"/> Supporto al caregiver <input type="checkbox"/> Catetere centrale
<b>Fragilità</b>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente

**SERVIZI RICHIESTI:**

**Gestione accessi venosi:** PICC PORT Midline CICC Ago cannula

**Gestione ulcere cutanee:**  Medicazione semplice (Specif. materiale necessario \_\_\_\_\_)  
 Medicazione avanzata (Specif. materiale necessario \_\_\_\_\_)  
 Pressione negativa (Specif. materiale necessario \_\_\_\_\_)

**Gestione ferita chirurgica**

**Gestione drenaggi**

**Gestione incontinenza:**  Urinaria  Fecale (Indicare tipologia di eventuali ausili ad assorbenza: \_\_\_\_\_)  
 Altri ausili necessari (fatta eccezione per cateteri vescicali) \_\_\_\_\_

**Gestione catetere vescicale:**  Calibro catetere (\_\_\_\_)  Catetere silicone  Catetere lattice  Catetere altro \_\_\_\_\_

Buste raccolta urine da gamba  Buste raccolta urine da letto

**Trattamento riabilitativo:**  Respiratorio  Motorio  Cognitivo  Logopedico

**Nutrizione Artificiale:**  Supplementazione orale *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 Enterale PEG/PEJ *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 Enterale SNG *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 Parenterale *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 Gestione accessi nutrizione enterale *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 PEG *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 PEJ *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_  
 Sondino naso-gastrico *Specificare alimenti:* \_\_\_\_\_

**Gestione stomie respiratorie**

Laringostomia *Specificare caratteristiche cannula* \_\_\_\_\_  
 Tracheostomia *Specificare caratteristiche cannula* \_\_\_\_\_

**Gestione stomie enterali** Diametro stomia: \_\_\_\_\_

**Digiunostomia:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Ileostomia:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Ciecostomia:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Colostomia ascendente:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Trasversostomia:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Colostomia discendente:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Sigmoidostomia:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Fondo aperto Fondo chiuso Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

#### Gestione stomie urinarie

**Ureterocutaneostomia monolaterale:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Placca piana Placca convessa  
Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Ureterocutaneostomia bilaterale:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Placca piana Placca convessa Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

**Ureteroileocutaneostomia:** Ausilio monopezzo Ausilio Due pezzi Placca piana Placca convessa Altro (Specificare: \_\_\_\_\_)

#### Terapia del dolore

**Proseguito di trattamento in corso:** Orale Infusione venosa Pompa elastomerica Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

**Trasfusioni:** Emotrasfusione Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

Broncoaspirazione

Ventilazione polmonare:  Tipologia ventilatore (Specificare \_\_\_\_\_) Tipologia materiale di consumo e quantitativi (Specificare \_\_\_\_\_) Cannula modello e quantitativi (Specificare \_\_\_\_\_) Maschera modello e quantitativi (Specificare \_\_\_\_\_) Altro materiale (Specificare \_\_\_\_\_)

**Ossigenoterapia:** Ossigeno liquido (Quantitativo 24 ore \_\_\_\_\_) Ossigeno gassoso (Quantitativo 24 ore \_\_\_\_\_)

Sedazione palliativa Dialisi Terapia infusiva

#### FIGURE PROFESSIONALI E, SE NECESSARIO, EVENTUALI COMPETENZE SPECIFICHE ED ORE SETTIMANALI

- Infermiere \_\_\_\_\_
- Fisioterapista \_\_\_\_\_
- Logopedista \_\_\_\_\_
- OSS \_\_\_\_\_
- Nutrizionista \_\_\_\_\_
- Algologo \_\_\_\_\_
- Anestesista \_\_\_\_\_
- Altri specialisti medici \_\_\_\_\_
- MMG/PLS \_\_\_\_\_
- Assistente Sociale \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Interventi di supporto psicologico

Interventi di supporto sociale

Assistenza spirituale

**Fornitura ausili:**  Letto articolato  Materasso antidecubito  Cought Assist (*Spec. Caratteristiche* \_\_\_\_\_)

Comunicatore (*Spec. Caratteristiche* \_\_\_\_\_)  Altro materiale di consumo (*Specific.* \_\_\_\_\_)

Altro (*Specific.* \_\_\_\_\_)

**Fornitura farmaci con modalità di somministrazione, frequenza e durata (vedi successiva scheda prescrizione)**

Altro \_\_\_\_\_

**TERAPIA IN ATTO**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPSE \_\_\_\_\_

IL MEDICO RESPONSABILE DI REPARTO  
Firma e timbro del Medico

Sottoscrizione da parte del paziente o del familiare di riferimento del consenso informato da allegare alla presente

SI  NO

**S.VAM.A. SCHEDA B**  
**VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE (VCOG)**

Cognome:

Nome:

CF: \_\_\_\_\_

<b>SITUAZIONE COGNITIVA - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE</b> (barrare la casella in caso di errore)	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
<b>TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA</b>	<b>VCOG</b>
Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10. Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:	
	<b>VCOG1</b>
Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:	
Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:	

<b>NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) CUMMINGS, 1994</b>					
<b>ITEMS</b>	<b>Non valutabile</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>F x G</b>	<b>Stress del caregiver</b>
Deliri					
Allucinazioni					
Agitazione					
Depressione/disforia					
Ansia					
Euforia/esaltazione					
Apatia/Indifferenza					
Disinibizione					
Irritabilità/Labilità					
Attività motoria aberrante					
Sonno					
Appetito*					
<b>TOTALE</b>					

\*se incapace di alimentarsi rispondere non valutabile legenda

<b>FREQUENZA</b> 0 1 2 3 4
<b>GRAVITA'</b> 0 1 2 3
<b>STRESS</b> 0 1 2 3 4

**FREQUENZA:** 0=mai; 1=raramente, meno di una volta a settimana; 2= talvolta, circa 1 volta a settimana; 3=frequentemente, diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni; 4= molto frequentemente, 1 o più volte al giorno.

**GRAVITÀ:** 0=mai; 1=lieve, presente ma produce poco disturbo al paziente; 2=moderato, disturbante e dirompente; 3=marcato, molto distruttivo e rappresenta una delle principali cause dei disturbi comportamentali o sofferenza o problema principale per il paziente.

**STRESS:** 0=nessuno; 1=minimo; 2=lieve; 3=moderato; 4=severo

<b>SITUAZIONE FUNZIONALE INDICE DI BARTHEL - Attività di Base</b>	
<b>ALIMENTAZIONE</b>	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.).	10
<b>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</b>	
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
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
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
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2

Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
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
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10
<b>USO DEL GABINETTO</b>	
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
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
<b>TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base) VADL</b>	

<b>MOBILITÀ INDICE DI BARTHEL</b>	
<b>TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA</b> (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
È indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15
<b>DEAMBULAZIONE</b> (funzionalmente valida)	<b>USO DELLA CARROZZINA</b> (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e Deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.	7

	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli	10
	Rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
<b>SCALE</b>		
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.		0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)		2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.		5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		8
Incapace di salire e scendere le scale.		10
<b>TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA' (VMOB)</b>		

PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI	VPIA	
Rischio non elevato di lesioni da decubito		0
Rischio elevato (*Exton Smith ≤10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)		10
*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti		
CONDIZIONI GENERALI:		
Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)		
STATO MENTALE:		
Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)		
ATTIVITA':		
Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)		
MOBILITA':		
Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)		
INCONTINENZA:		
No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)		
TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10):		
presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)		15
presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo - gradi III-IV)		25

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

**S.V.A.M.DI. SCHEDA B - VALUTAZIONE SPECIALISTICA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI TERRITORIALI**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N° TESSERA SANITARIA**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HANDICAP (L 104/92)				INVALIDITÀ CIVILE (L 118/71)				Accompagnamento (L 18/80)		
NO	IN CORSO	SI	Situazione di gravità	NO	NO	SI	≥ 33%	≥ 46%	NO	SI
				SI			≥ 66%	100		

Residenza:	_____	
Domicilio:	_____	
Comune:	_____	Prov.: _____
Recapiti telefonici:	_____	

CENNI ANAMNESTICI

DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE	Codice ICD-9CM
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	

TRATTAMENTI IN ATTO

**PARTE 1 – DESCRIZIONE CONDIZIONE DI SALUTE**

TAB. 1 – ICF			
Menomazioni Funzioni corporee		b ____ . __	b ____ . __
		b ____ . __	b ____ . __
Menomazioni Strutture corporee		s ____ . ____	s ____ . ____
Limitazioni delle Attività		d ____ . __	d ____ . __
		d ____ . __	d ____ . __
Restrizioni alla Partecipazione		d ____ . __	d ____ . __
Fattori Ambientali	Facilitatori	e ____ + _	e ____ + _
	Barriere	e ____ . __	e ____ . __

**PARTE 2 – VALUTAZIONE ASSISTENZA SANITARIA (VSAN)**

Riportare nella Tab. 1 il dato fornito dal medico di medicina generale (vedi Tab. 4 della Scheda A attivazione del percorso di accesso ai servizi territoriali).

TAB. 1 - CLASSE DI COMORBILITÀ	VCOM
Nessuna patologia con ISM > 2	0
Classe 1: 1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM non >1	5
Classe 2: 1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM non >2	15
Classe 3: 2 o più patologie con ISM = 3 o 1 patologia con ISM = 4	25

La Tab. 2 va compilata dalla UVBR o dal medico prescrittore

TAB. 2- ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP
Diabete insulinodipendente	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	10
Tracheostomia	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia, PEG	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusione quotidiana	10
Catetere vescicale	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica che richiede adeguamento della posologia	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	5
<b>Totale VIP</b>	

<b>PUNTEGGIO ASSISTENZA SANITARIA (VSAN=VCOM+VIP)</b>	
---	--

NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA		
PROFILO SANITARIO-PSAN		VSAN
<b>1</b>	Bassa	Punteggio = 0 - 5
<b>2</b>	Intermedia	Punteggio = 10 - 20
<b>3</b>	Elevata	Punteggio ≥ 50 - 60

**PARTE 3 – VALUTAZIONE COGNITIVA-COMPORTAMENTALE (VCOG)**

TAB. 1 - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE – SPMSQ	VCOG1
<i>Da compilare solo se l'assistito non ha un Ritardo Mentale</i>	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
<b>Totale VCOG1</b>	

TAB. 2 - RITARDO MENTALE <i>va compilata solo se l'assistito ha un ritardo mentale</i>				
Condizione	ICD 9CM-cod.	Grado di Severità	Valori di Q. I.	VCOG2
Ritardo Mentale	317	lieve	da 75-70 a 55-50	2
Ritardo Mentale	318.00	medio	da 55-50 a 40-35	3
Ritardo Mentale	318.01	grave	da 40-35 a 25-20	4
Ritardo Mentale	318.02	profondo	inferiore a 25-20	4

**Totale VCOG2**

*La tabella 3 che segue va compilata solo se l'assistito ha manifestato comportamenti aggressivi e comunque in base all'osservazione degli ultimi 30 giorni*

<b>TAB. 3 - PROBLEMI COMPORTAMENTALI</b>		
SI	NO	Vagare senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza
SI	NO	Usare linguaggio offensivo - ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone
SI	NO	Essere fisicamente aggressivo - ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone
SI	NO	Comportamento socialmente inadeguato - emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, atti osceni in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba
SI	NO	Rifiuta l'assistenza, prendere medicine, fare iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione
<b>ATTRIBUIRE IL PUNTEGGIO SOLO SE I PROBLEMI PREVALENTI SONO QUELLI COMPORTAMENTALI</b>		<b>VCOG3</b>
		<b>4</b>

**PUNTEGGIO VALUTAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE (VCOG= VCOG1 o VCOG2 o VCOG3)**

<b>SITUAZIONE COGNITIVA</b>		
<b>Profilo Cognitivo - PCOG</b>		<b>VCOG</b>
<b>01</b>	Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1= 0-3 VCOG2 = 2
<b>02</b>	Parzialmente Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3
<b>03</b>	Incapace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4
<b>04</b>	Problemi comportamentali prevalenti punteggio VCOG3 = 4	

**PARTE 4 – VALUTAZIONE FUNZIONALE (VADL)**

**INDICE di BARTHEL - ATTIVITÀ DI BASE**

<b>ALIMENTAZIONE</b>	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
<b>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</b>	
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
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
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
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10

<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
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
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10
<b>USO DEL GABINETTO</b>	
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
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
<b>Totale VADL</b>	

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

**PARTE 5 – VALUTAZIONE MOBILITÀ-VMOB**

**TAB.1 MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL**

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

<b>TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA</b>		
È indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
<b>DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)</b>	<b>USO DELLA CARROZZINA</b> (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.)	10

	L'autonomia deve essere > 50 m.	
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
<b>SCALE</b>		
	In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.	0
	In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)	2
	Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.	5
	Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
	Incapace di salire e scendere le scale.	10
<b>(Barthel)</b>		<b>Totale VMOB1</b>

**Tab.2 .MOBILITÀ - SCALA DI TINETTI - (N.B.: Compilare se la persona può assumere e mantenere la stazione eretta con o senza ausili)**

<b>1</b>	<b>Equilibrio da seduto</b>		<b>7</b>	<b>Equilibrio - Romberg sensibilizzato</b>		<b>11</b>	<b>Andatura - Lunghezza ed altezza del passo</b>	
	Si inclina, scivola dalla sedia	0		Comincia a cadere	0		<b>Piede sx</b>	
	E' stabile, sicuro	1		Oscilla, ma si riprende da solo	1		Il piede sx non supera il dx	0
<b>2</b>	<b>Equilibrio - Alzarsi dalla sedia</b>			Stabile	2		Il piede sx supera il dx	1
	E' incapace senza aiuto	0	<b>8</b>	<b>Equilibrio - Girarsi di 360 gradi</b>			Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
	Deve aiutarsi con le braccia	1		A passi discontinui	0		Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
	Si alza senza aiutarsi con le braccia	2		A passi continui	1	<b>12</b>	<b>Andatura - Simmetria del passo</b>	
<b>3</b>	<b>Equilibrio - Tentativo di alzarsi</b>			Instabile	0		Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
	E' incapace senza aiuto	0		Stabile	1		Il passo dx e il sx non sembrano uguali	1
	Capace, ma richiede più di un tentativo	1	<b>9</b>	<b>Equilibrio - Sedersi</b>		<b>13</b>	<b>Andatura - Continuità del passo</b>	
	Capace al primo tentativo	2		Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0		Interrotto o discontinuo	0
<b>4</b>	<b>Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)</b>			Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1		Continuo	1
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0		Sicuro, movimento continuo	2	<b>14</b>	<b>Andatura - Traiettorie</b>	
	Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1	<b>10</b>	<b>Andatura - Inizio della deambulazione</b>			Deviazione marcata	0
	Stabile senza ausili	2		Una certa esitazione, o più tentativi	0		Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
<b>5</b>	<b>Equilibrio nella stazione eretta prolungata</b>			Nessuna esitazione	1		Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0	<b>11</b>	<b>Andatura - Lunghezza ed altezza del passo</b>		<b>15</b>	<b>Andatura - Tronco</b>	
	Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1		<b>Piede dx</b>			Marcata oscillazione o uso di ausili	0
	Stabile, a base stretta, senza supporti	2		Il piede dx non supera il sx	0		Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
<b>6</b>	<b>Equilibrio - Romberg</b>			Il piede dx supera il sx	1		Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
	Instabile	0		Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0	<b>16</b>	<b>Andatura - Cammino</b>	
	Stabile	1		Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1		I talloni sono separati	0
							I talloni quasi si toccano durante il cammino	1

**(Tinetti) Totale VMOB2**

/28

**TOTALE EQUILIBRIO \_\_\_\_\_/16**

**PUNTEGGIO VALUTAZIONE MOBILITA'  
(VMOB= VMOB1 o VMOB2)**

MOBILITA'			
Profilo Mobilità-PMOB		VMOB	
<b>1</b>	Si sposta da solo	Punteggio Barthel MOB = 0 - 14	Punteggio Tinetti = 20 - 28
<b>2</b>	Si sposta assistito	Punteggio Barthel MOB = 15 - 29	Punteggio Tinetti = 7 - 19
<b>3</b>	Non si sposta	Punteggio Barthel MOB = 30 - 40	Punteggio Tinetti = 0 - 6

Codice Profilo	PSAN				PCOG					PADL				PMOB			
	1	2	3		1	2	3	4		1	2	3		1	2	3	

**ANNOTAZIONI:** \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE EX ART.26 L.833/78	PROPOSTA INVIO REGIME ASSISTENZIALE			
	<input type="checkbox"/>	AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/>	DOMICILIARE
	<input type="checkbox"/>	SEMIRESDENZIALE	<input type="checkbox"/>	RESIDENZIALE
	<input type="checkbox"/>	ATTIVAZIONE UVI		

DATA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e Firma Responsabile

-----

**Allegato MR: Matrice delle Responsabilità (R = Responsabile / C = Collabora / I = Informato)**

<b>Attività</b> / <b>Attore</b>	Dir. San. P.O.	Dir. U.O. P.O.	UDO	Ass. Soc. P.O.	Dir. Distretto	COT Distrettuale	Cure Dom. Distretto	Cure Pall. Distretto	Dir. UOC C. Dom.	Resp. UOS C. P. Dis.	Ass. Riab. Distretto	Ass. Soc. Distretto	Dir. UOC Str. Res. e Semir. Ter.	MMG/P LS	Respons. Farmacia Ospedaliera	Respons. Farmacia Territoriale
Identificazione del caso	I	R														
Segnalazione UDO	I	R														
Avvio e monitoraggio del percorso	I	C	R	C												
Eventuale compilazione della scheda di vulnerabilità sociale	I	I	C	R												
Condivisione del progetto di dimissione	I	C	R	C	I	R				R						
Valutazione COT Distrettuale			C	C	I	R				R				C		
Stesura definitiva del progetto di dimissione	I	R	R	C	I	R	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	R	C se è il setting scelto	C	C se è il setting scelto	C	C se coinvolto	C se coinvolto
Dimissione e presa in carico provvisoria e territorio	I	R	R	C	I	R	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	R	C se è il setting scelto	C	I	C	C se coinvolto	C se coinvolto
Presa in carico definitiva territorio					I	I	R se è il setting scelto	R se è il setting scelto	R se è il setting scelto	R	R se è il setting scelto	C	R se è il setting scelto	C		C se coinvolto

**Allegato VSA**

**Modello istanza nomina di Amministratore di Sostegno provvisorio ed urgente**

AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE

DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a .....nato/a a  
..... il ..... residente a  
..... via ..... n..... telefono  
ufficio.....telefono cellulare.....nella  
sua qualità di

- Medico Responsabile del .....
- Assistente Sociale del .....

**CHIEDE**

che venga nominato **con urgenza un Amministratore di Sostegno Provvisorio** a favore di del beneficiario/a ....., nato a ..... il .....  residente  domiciliato  dimora abituale  Altro \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, a ..... via....., attualmente ricoverato presso il Presidio Ospedaliero.....

Le ragioni per le quali si chiede l'Amministrazione di Sostegno sono le seguenti:

- il beneficiario come risulta dalla certificazione medica (allegata in copia) è affetto da<sup>2</sup>:  
.....  
.....
- in conseguenza di tale patologia egli/ella il beneficiario/a non è in grado di compiere in modo autonomo le seguenti attività<sup>3</sup>:  
.....  
.....

Pertanto l'amministratore di sostegno dovrà svolgere nell'interesse del beneficiario/a le seguenti attività:

<sup>1</sup> è da utilizzare solo nel caso in cui non sia possibile individuare il Comune di residenza/dimora abituale  
<sup>2</sup> specificare le eventuali infermità o menomazioni fisiche o psichiche,.....  
<sup>3</sup> specificare le attività che non consentono il regolare svolgimento delle attività quotidiane

- presentazione del consenso informato alla dimissione protetta urgente con trasferimento della persona presso:
  - residenza sociosanitaria per anziani
  - residenza sociosanitaria disabili
  - altra strutturaspecificare.....;
- rapporti con istituti di cura e di riabilitazione, pubblici e privati per la richiesta di ausili e/o presidi;
- presentazione di istanze ad Uffici della Pubblica Amministrazione per la richiesta di assistenza, di sussidi;
- altro specificare .....

Per ricoprire l'incarico di Amministratore di Sostegno:

- è persona idonea e disponibile il/la signor/a<sup>4</sup> \_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_
- non si dispone di alcun nominativo di persona idonea e disponibile da segnalare.

SI ALLEGA:

- fotocopia del documento di identità del ricorrente, del Medico Responsabile e dell'Assistente Sociale;
- certificato medico o copia di documentazione clinica della persona beneficiaria (preferibilmente rilasciati da struttura medica pubblica o dal medico di base);
- STATO di FAMIGLIA - Dichiarazione sostitutiva di Certificazione o di Atto di Notorietà della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno (laddove reperibile);
- estratto dell'atto di nascita della persona beneficiaria, (laddove reperibile);
- elenco dei parenti e affini (laddove reperibile)
- altro, specificare \_\_\_\_\_

Luogo , il .....

Firma e timbro  
Il Medico Responsabile

Firma e timbro  
L'Assistente Sociale

### **ELENCO DEI PARENTI E AFFINI**

<sup>4</sup> In tal caso allegare l'elenco dei parenti e affini conosciuti/comunicati da utente/familiari

**Nominativo dei parenti di I grado del beneficiario, tuttora viventi e maggiorenni, ove conosciuti sono:**

- Coniuge:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Convivente

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Figli:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Genitori:

Padre: Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Madre: Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Fratelli/sorelle

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Elenco con nominativo altri parenti entro il quarto grado e affini entro il secondo grado**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Allegato VSB**

**Modello istanza nomina di Amministratore di Sostegno**

AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE  
DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... residente a .....  
via ..... n.....  
telefono ufficio.....telefono cellulare.....

nella sua qualità di

- Medico Responsabile del .....;  
 Assistente Sociale del .....

**CHIEDE**

la nomina di un amministratore di sostegno a favore di del beneficiario/a  
..... nato a .....il.....   
residente  domiciliato  dimora abituale  Altro \_\_\_\_\_<sup>1</sup> a  
..... via ....., attualmente  
ricoverato presso .....

Le ragioni per le quali si chiede l'Amministrazione di Sostegno sono le seguenti:

- il beneficiario come risulta dalla certificazione medica (allegata in copia) è affetto da <sup>2</sup>  
.....  
.....  
- in conseguenza di tale patologia egli/ella il beneficiario/a non è in grado di compiere in modo  
autonomo le seguenti attività <sup>3</sup>  
.....  
.....

Pertanto l'amministratore di sostegno dovrà svolgere nell'interesse del beneficiario le seguenti  
attività:

- rapporti con istituti di cura e di riabilitazione, pubblici e privati;  
 presentazione di istanze ad Uffici della Pubblica Amministrazione per la richiesta di assistenza e  
di sussidi;

<sup>1</sup> è da utilizzare solo nel caso in cui non sia possibile individuare il Comune di residenza/dimora abituale

<sup>2</sup> specificare le eventuali infermità o menomazioni fisiche o psichiche, ...

<sup>3</sup> specificare le attività che non consentono il regolare svolgimento delle attività quotidiane

altro specificare: .....

.....

.....

Per ricoprire l'incarico di Amministratore di Sostegno

- E' persona idonea e disponibile il/la signor/a<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_
- non si dispone di alcun nominativo di persona idonea e disponibile da segnalare

SI ALLEGA:

- fotocopia del documento di identità del ricorrente, del Medico Responsabile e dell'Assistente Sociale;
- certificato medico o copia di documentazione clinica della persona beneficiaria (preferibilmente rilasciati da struttura medica pubblica o dal medico di base);
- STATO di FAMIGLIA - Dichiarazione sostitutiva di Certificazione o di Atto di Notorietà della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno (laddove reperibile);
- estratto dell'atto di nascita della persona beneficiaria, (laddove reperibile);
- elenco dei parenti e affini (laddove reperibile)
- altro, specificare \_\_\_\_\_

NB: Il beneficiario non potrà comparire all'udienza che eventualmente verrà fissata in quanto come indicato nella relazione medica si trova ricoverato c/o il Presidio Ospedaliero di

.....

Luogo , il .....

Firma e timbro  
Il Medico Responsabile

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro  
L'Assistente Sociale

\_\_\_\_\_

**ELENCO DEI PARENTI E AFFINI**

<sup>4</sup> In tal caso allegare l'elenco dei parenti e affini conosciuti/comunicati da utente/familiari

**Nominativo dei parenti di I grado del beneficiario, tuttora viventi e maggiorenni, ove conosciuti sono:**

- Coniuge:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Convivente

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Figli:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Genitori:

Padre: Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Madre: Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

- Fratelli/sorelle

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Elenco con nominativo altri parenti entro il quarto grado e affini entro il secondo grado**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_



## ELENCO COT ASL NAPOLI 2 NORD

Codice COT	Nome COT	Comune	CAP	E-mail	Telefono
COT012	Centrale Operativa Territoriale Frattamaggiore	Frattamaggiore(Na)	80027	cot12.farttamaggiore@aslnapoli2nord.it	081/18840247
COT013	Centrale Operativa Territoriale Caivano	Caivano(Na)	80023	cot13.caivano@aslnapoli2nord.it	081/18846298
COT014	Centrale Operativa Territoriale Marano Di Napoli	Marano di Napoli(Na)	80016	cot14.marano@aslnapoli2nord.it	081/18841410
COT015	Centrale Operativa Territoriale Giugliano In Campania	Giugliano in Campania(Na)	80014	cot15.giugliano@aslnapoli2nord.it	081/17591045
COT016	Centrale Operativa Territoriale Afragola	Afragola(Na)	80021	cot16.afragola@aslnapoli2nord.it	081/18846087
COT017	Centrale Operativa Territoriale Pozzuoli	Pozzuoli(Na)	80078	cot17.pozzuoli@aslnapoli2nord.it	081/18844989
COT018	Centrale Operativa Territoriale Giugliano In Campania Overbo	Giugliano in Campania(Na)	80014	cot18.giuglianooverbooking@aslnapoli2nord.it	081/18840306
COT019	Centrale Operativa Territoriale Ischia	Ischia(Na)	80077	cot19.ischia@aslnapoli2nord.it	081/18840393
COT020	Centrale Operativa Territoriale Afragola Centro Lumo	Afragola(Na)	80021	cot20.afragolacentrolumo@aslnapoli2nord.it	081/7051547
COT061	Centrale Operativa Territoriale di Acerra	Acerra(Na)	80011	cot2051.acerra@aslnapoli2nord.it	081/3196629

## ELENCO ODC ASL NAPOLI 2 NORD

*DA DELIBERA AZIENDALE N. 2070/2022*

1	ODC	G47H22000910001	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
2	ODC	G51B22000850001	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via San Giovanni a Campo, snc
3	ODC	G81B22000810001	VILLARICCA	NAPOLI	Località Frattole, snc
4	ODC	G77H22000920001	ARZANO	NAPOLI	Via Enrico Fermi, snc
5	ODC	G81B22000830001	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casacelle, snc
6	ODC	G97H22000330001	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Circumvallazione Esterna, snc
7	ODC	G87H22000540001	BACOLI	NAPOLI	Via G. De Rosa, 125
8	ODC	G87H22000560001	POZZUOLI	NAPOLI	Via Luigi Capuana, snc

RUOLO	NOME	FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE	Dott.ssa Maria <b>Femiano</b>	Direttore f.f. UOC Integrazione Sociosanitaria	<b>Firmato in originale</b>
	Dott. Claudio <b>Cimmino</b>	Direttore UOS Cup – Liste di attesa - Alpi	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Veronica <b>Minieri</b>	Responsabile Servizio Professioni Sanitarie	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Daniela <b>De Riso</b>	Staff Direzione Sanitaria	<b>Firmato in originale</b>
	Dott. Emilio <b>Di Fusco</b>	Referente Dimissioni Protette P.O. S. Maria delle Grazie	<b>Firmato in originale</b>
	Dott. Vincenzo <b>Primavera</b>	Referente Dimissioni Protette P.O. S. Giuliano	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Rosaria <b>Chianese</b>	Assistente Sociale Referente Dimissioni Protette P.O. San Giuliano	<b>Firmato in originale</b>
	Dott. Vincenzo <b>Russo</b>	Referente Dimissioni Protette P.O. S. Giovanni di Dio	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Giuseppina <b>Faletto</b>	Referente Dimissioni Protette Distretto Sanitario 42	<b>Firmato in originale</b>
COLLABORAZIONE	Dott.ssa Rosalba <b>Sarnataro</b>	Sociologo UOC Controllo di Gestione e Budgeting a supporto di UOC Integrazione Sociosanitaria	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Carolina <b>Molino</b>	Dirigente UOC U.O.C. Sistemi Informativi e Transizione Digitale	<b>Firmato in originale</b>
VERIFICA	Dott. Giacomo <b>Russo</b>	Direttore Dipartimento Cure Territoriali	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Paola <b>Sapio</b>	Direttore UOC Appropriatezza Clinica e Organizzativa	<b>Firmato in originale</b>
	Dott.ssa Maria Rosaria <b>Cerasuolo</b>	Direttore P.O. S. Giovanni di Dio	<b>Firmato in originale</b>
	Dott. Maurizio <b>Municinò</b>	Direttore U.O.C. Integrazione H-territorio	<b>Firmato in originale</b>
APPROVAZIONE	Dott. Pasquale <b>Di Girolamo Faraone</b>	Direttore Sanitario Aziendale	<b>Firmato in originale</b>

## SOMMARIO

<b>1.</b>	Premessa	pag. 03
<b>2.</b>	Scopo/Obiettivi	pag. 05
	<b>2.1</b> Scopo	pag. 05
	<b>2.2</b> Obiettivi	pag. 06
<b>3.</b>	Campo di applicazione/Destinatari	pag. 06
<b>4.</b>	Luoghi	pag. 06
<b>5.</b>	Documenti Aziendali	pag. 07
<b>6.</b>	Modifiche alla versione precedente	pag. 07
<b>7.</b>	Legenda	pag. 08
<b>8.</b>	Matrice di Responsabilità	pag. 09
<b>9.</b>	Procedura Generale	pag. 10
	<b>9.1</b> Procedura per la dimissione protetta dai Pronto Soccorso/OBI dei presidi ospedalieri → ospedale di comunità	pag. 10
	<b>9.2</b> Procedura per la dimissione protetta dai reparti dei presidi ospedalieri → ospedale di comunità	pag. 17
	<b>9.3</b> Procedura per la dimissione protetta dai reparti dei presidi ospedalieri → altre strutture territoriali diverse da ospedale di comunità	pag. 23
<b>10.</b>	Criteri per definire la vulnerabilità sociale e per l'identificazione del comune/ambito competente per la presa in carico territoriale per le persone con vulnerabilità sociale	pag. 30
<b>11.</b>	Condivisione del progetto assistenziale di dimissione protetta	pag. 31
<b>12.</b>	Gestione ed archiviazione dei documenti	pag. 32
<b>13.</b>	Formazione	pag. 32
<b>14.</b>	Monitoraggio e Indicatori	pag. 32
<b>15.</b>	Lista di distribuzione	pag. 35
<b>16.</b>	Approfondimenti	pag. 35
	<b>16.1</b> Caratteristiche dei pazienti per l'eleggibilità ai principali servizi sanitari/sociosanitari territoriali	pag. 35
	<b>16.2</b> Caratteristiche dei pazienti per l'eleggibilità ai principali servizi sociali territoriali	pag. 36

## ALLEGATI

- Allegato 1 - BRASS
- Allegato 2 - SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)
- Allegato 3 - SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE PROTETTA PER RICHIESTA TRANSIZIONE C.O.T. PER SETTING ASSISTENZIALI DIVERSI DA OdC
- Allegato 4 - SVAMA B
- Allegato 5 - SVAMDI B
- Allegato MR DP - Matrice delle Responsabilità
- Allegato VSA - Modello istanza nomina di Amministratore di Sostegno provvisorio ed urgente
- Allegato VSB - Modello istanza nomina di Amministratore di Sostegno
- COT Contatti ASL NA2 NORD
- Contatti Ospedali di Comunità ASL NAPOLI 2 NORD

## 1. PREMESSA

Il riacutizzarsi delle patologie croniche è una delle cause principali di ricovero ospedaliero. La risoluzione della fase acuta comporta il trasferimento di questi pazienti ad un'assistenza territoriale post-acuzie di medio o lungo periodo. Le maggiori criticità si registrano al momento della dimissione ospedaliera dei pazienti cosiddetti "fragili", la cui gestione, per le precarie condizioni cliniche o per l'inadeguatezza socioeconomica, non può essere delegata totalmente al contesto familiare. Spesso le dimissioni sono vissute dal paziente e dai familiari come un'interruzione delle cure, generando un senso di incertezza e di disorientamento rispetto alla paura di trovare un'adeguata risposta ai propri bisogni di cura e di assistenza. Succede che la mancanza di collegamento fra ospedale e territorio non consente la necessaria continuità delle cure e spesso non consente di fornire il minimo di informazioni per agevolare, "estrema ratio", anche una sintesi autonoma delle risposte necessarie. Questo determina il ripetersi di ricoveri, anche a distanza di brevi periodi, che spesso si prolungano oltre il tempo necessario, a causa della incapacità di garantire rapidamente un'assistenza extra ospedaliera appropriata.

Il percorso assistenziale integrato fra Ospedale e Territorio si concretizza nell'attivazione della "Dimissione Protetta", che concretamente rappresenta un graduale passaggio di setting assistenziale tra strutture che esprimono funzioni contigue.

Per **Dimissione Protetta** si intende la realizzazione di un percorso assistenziale, che governi il passaggio dal setting di cura di ricovero ospedaliero ad un altro (domicilio, struttura residenziale o semiresidenziale sanitaria o sociosanitaria) per i pazienti "fragili", in modo da garantire la continuità di cura e di assistenza. Infatti, è possibile che, al termine della degenza ospedaliera, questi pazienti hanno ancora bisogno di assistenza medica, nursing infermieristico e/o assistenza riabilitativa di durata variabile, da erogare al domicilio o in una struttura di degenza diversa.

La Dimissione Protetta deve essere intesa come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere, Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG/PLS del paziente, al fine di garantire certezza, appropriatezza e continuità di cura e di assistenza, con i conseguenti benefici per il paziente e la sua famiglia.

La complessità dell'assistenza alla persona "fragile" e/o non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera è legata principalmente a tre fattori:

- Il primo di questi riguarda il **cambiamento della politica sanitaria** che, nella logica di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica, ha individuato negli Ospedali il luogo per l'assistenza all'acuzie della malattia, riducendo in tal modo i giorni di degenza. In tale contesto, all'atto della dimissione ospedaliera, il paziente si trova in una condizione di piena convalescenza, che prevede la somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative;
- il secondo fattore è legato alla **condizione di fragilità del paziente** al momento della dimissione, che lo espone ad un maggior rischio di eventi avversi con conseguente disabilità e non autosufficienza;
- infine, il terzo fattore da considerare è quello legato ai **mutamenti sociologici della struttura familiare**, che hanno comportato una maggiore difficoltà delle famiglie a prendersi cura di una persona non autosufficiente e che necessita di assistenza sanitaria e sociale continuativa.

Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 inoltre furono già individuati tra i pazienti che necessitano maggiormente di continuità assistenziale assieme ai pazienti cronici, *“i pazienti post-acute dimessi dall’ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all’ospedale; essi necessitano di competenze cliniche e infermieristiche, con l’affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio”*. La problematica della dimissione ospedaliera di pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi, che necessitano di continuità delle cure, rappresenta una condizione alla quale il sistema sociosanitario deve provvedere offrendo risposte appropriate.

Nel complesso, dunque, il percorso di dimissione protetta può incorrere in diverse difficoltà; una delle più ricorrenti è la **coordinazione tra i vari servizi sanitari e tra i servizi sanitari e sociali** che rappresenta oggi una sfida complessa ma essenziale per garantire un’assistenza sanitaria e sociale efficace ed equa. L’inadeguata comunicazione tra i possibili attori coinvolti – quali ospedali, medici di base, servizi sociali, altre strutture sanitarie – e la mancata conoscenza dell’effettiva disponibilità di risorse – o meglio, del numero effettivo dei posti fruibili in strutture di cura alternative come, ad esempio, RSA o hospice – o possibilità di organizzare le cure a domicilio, costituiscono i fattori che più di frequente ostacolano la suddetta coordinazione e di conseguenza tendono a complicare il percorso di dimissione protetta.

Nell’ambito delle innovazioni proposte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e della DGRC n. 682 del 13 dicembre 2022 che definisce le linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR:

- le **Centrali Operative Territoriali-COT**, nell’ottica di dover fungere da raccordo tra i vari servizi e tra i vari professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali – rappresentano un valido strumento per coordinare e migliorare il processo di dimissione protetta, in quanto il nuovo modello organizzativo COT riguarda, in particolare, la procedura di “transizione” tra i diversi setting assistenziali, i modi di attivazione dei servizi territoriali e il collegamento funzionale nell’ambito della rete dei servizi.
- gli **Ospedali di Comunità (OdC)** rappresentano un reale potenziamento della rete dei servizi sanitari territoriali. L’OdC, in quanto struttura sanitaria dotata di posti letto territoriali destinata a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata”, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio.

## 2. SCOPO/OBIETTIVI

### 2.1 SCOPO

Il presente documento viene redatto per aggiornare la procedura di dimissione protetta, in conformità alle innovazioni proposte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e della DGRC n. 682 del 13 dicembre 2022 che definisce le linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR. Nel dettaglio, in coerenza con:

- la normativa sulle Centrali Operative Territoriali (COT), stabilita dal Decreto Dirigenziale della Direzione Salute della Regione Campania n. 428/2024;
- la normativa sugli Ospedali di Comunità (OdC), stabilita dal Decreto Dirigenziale della Direzione Salute della Regione Campania n. 19461/2025.

In particolare, tale aggiornamento interessa:

- la modalità di transizione tra i diversi setting assistenziali, le procedure di attivazione dei servizi territoriali e il coordinamento funzionale all'interno della rete dei servizi, in coerenza con il modello organizzativo adottato per le COT, che favorisce un coordinamento più efficace e integrato tra ospedale e servizi territoriali. Nella nuova procedura, la piattaforma COT diviene il fulcro organizzativo per la transizione post-dimissione ospedaliera, migliorando il coordinamento, la comunicazione e la tempestività degli interventi assistenziali sul territorio.
- l'aggiornamento dei setting assistenziali territoriali verso cui poter realizzare la dimissione ospedaliera protetta, con particolare riferimento all'innovazione intervenuta con l'attivazione degli OdC

Difatti, l'aggiornamento della procedura:

- rafforza il collegamento funzionale tra ospedale e territorio con l'obiettivo di garantire una presa in carico tempestiva e completa, evitando percorsi diretti ospedale-territorio non mediati dalla rete.
- facilita una gestione multidisciplinare e integrata, che attiva la dimissione protetta con un progetto assistenziale individualizzato volto a garantire la continuità e appropriatezza delle cure sul territorio;

La procedura revisionata rappresenta inoltre un fondamentale input per il miglioramento della messa in rete dell'ospedale con il territorio, quest'ultimo rafforzato con l'avvio degli ulteriori servizi attivati, contribuendo a definire un modello organizzativo più efficiente e integrato.

L'aggiornamento della procedura si fonda sul contributo degli esperti coinvolti nella redazione e su evidenze scientifiche che supportano azioni metodologiche basate sull'efficacia, la razionalizzazione e l'appropriatezza dell'intervento. È stata sviluppata nel rispetto dei principi di miglioramento continuo della qualità e della sostenibilità nel tempo. Analogamente, in virtù dell'esperienza acquisita durante l'applicazione, è previsto un monitoraggio periodico degli esiti con aggiornamenti annuali, qualora necessari.

## 2.2 OBIETTIVI

L'obiettivo generale della procedura revisionata è quello di ridefinire le competenze e le responsabilità degli attori coinvolti al fine di garantire un processo di transizione organizzato e integrato del paziente dal contesto ospedaliero a quello territoriale, assicurando la continuità e la qualità del Percorso Assistenziale, nel rispetto degli indirizzi forniti dal Decreto Dirigenziale della Direzione Salute Regione Campania n. 428/2024, modello organizzativo della COT, degli Ospedali di Comunità di cui al Decreto Dirigenziale della Direzione Salute della Regione Campania n. 19461/2025, delle tipologie di servizi sociosanitari residenziali più recentemente attivati (R1, RD2, ecc).

Gli obiettivi specifici sono finalizzati a:

- garantire un coordinamento multidisciplinare e tempestivo tra ospedale e servizi territoriali, attraverso la piattaforma COT. La struttura ospedaliera, attraverso l'UDO, dovrà comunicare alla COT distrettuale, almeno 72 ore prima della data prevista di dimissione, l'imminente dimissione protetta del paziente, trasmettendo i dati di valutazione clinica del paziente e definizione di fabbisogno.
- ottimizzare le risorse della rete assistenziale tramite un sistema integrato di comunicazione, monitoraggio e raccolta dati clinici.
- assicurare la continuità terapeutica e assistenziale, soprattutto per pazienti fragili, garantendo loro un accompagnamento alla dimissione ospedaliera, secondo un percorso protetto, che ne assicuri la continuità di assistenziale e/o di cura, secondo un modello di presa in carico globale, che favorisca il benessere del paziente e della famiglia con l'inserimento nel setting più adeguato alla gestione del caso.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE/DESTINATARI

La procedura riguarda tutti gli operatori, dei Presidi Ospedalieri Aziendali dell'ASL Napoli 2 Nord, coinvolti, in qualunque modo, nella presa in carico del paziente ricoverato, nella sua gestione clinica ed assistenziale e nella sua dimissione. Riguarda inoltre tutti gli operatori dei Distretti Sanitari, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali e gli operatori sociali e sociosanitari degli Enti Pubblici e presenti sul territorio coinvolti, in qualunque modo, nella presa in carico territoriale del paziente in dimissione ospedaliera e nella sua gestione clinica ed assistenziale.

La procedura deve essere applicata sia in ambito ospedaliero, che negli ambiti territoriali correlati ai bisogni ed alla residenza della persona fragile in dimissione ospedaliera.

La procedura deve la continuità terapeutica ed assistenziale alla persona fragile in dimissione dall'Ospedale.

## 4. LUOGHI

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Sul territorio completamente conurbato gravitano 32 comuni, sui quali sono distribuiti:

- N. 4 Presidi Ospedalieri (S. Maria delle Grazie – Pozzuoli, San Giuliano – Giugliano in Campania, Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d'Ischia, S. Giovanni di Dio –

Frattamaggiore), ai quali si aggiunge lo stabilimento Gaetanina Scotto di Procida, afferente al P.O. S Maria delle Grazie di Pozzuoli;

- N. 13 Distretti Sanitari (Pozzuoli, Ischia, Giugliano, Marano, Qualiano, Mugnano, Frattamaggiore, Arzano, Casoria, Afragola, Caivano, Acerra, Casalnuovo);
- Servizi territoriali domiciliari e residenziali.

## 5. DOCUMENTI AZIENDALI

Vi sono alcune condizioni morbose, che già utilizzano alcuni percorsi di dimissione ospedaliera dedicati e regolamentati da specifici PDTA, Procedure ed Atti di indirizzo emanati a livello Aziendale, la procedura di dimissioni protette SUAP e quella aziendale precedente.

Fatto salvo quanto previsto da questi ultimi da un punto di vista clinico ed assistenziale, la procedura organizzativa da adottare viene aggiornata dal presente documento.

Di seguito riportiamo le condizioni morbose, che già prevedono la fase di continuità assistenziale nel loro Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale:

<b>Materia</b>	<b>Normativa di riferimento</b>
Pazienti oncologici	Rete GOM - Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 50/2020 e Delibera Aziendale n. 1289 del 22/10/2020
Fratture di Femore	Percorso Riabilitativo della persona con frattura di femore - Delibera Aziendale n. 139 del 05/02/2018 e n. 1186 del 15/10/2018
Ictus	Percorso Riabilitativo Unico e Integrato della Persona con Ictus – DCA n. 23 del 10/03 2015 e Delibera Aziendale n. 977 del 08/08/2018
R1-SUAP	Procedura per la messa in rete delle “R1- SUAP Residenze Sanitarie Assistenziali Unità di Cura Intensiva con i Servizi Territoriali e Ospedalieri dell’ASL Napoli 2 Nord”, delibera Aziendale n. 2095 del 04/11/2024 e successive modifiche ed integrazioni.
Pazienti Ospiti degli Ospedali di Comunità	“Modello operativo degli Ospedali di Comunità - Regione Campania” redatto in ottemperanza alle “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11, Decreto Dirigenziale n. 604 del 08/07/2025 Presenza d’atto della Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale n. 604 del 08/07/2025 ad oggetto “PNRR-M6C1I1.3: Ospedale di Comunità – Approvazione modello operativo degli OdC” – Delibera aziendale N. 2292 del 25/11/2025

## 6. MODIFICHE ALLA VERSIONE PRECEDENTE

Nell’ambito delle innovazioni proposte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le centrali operative territoriali-COT, nell’ottica di dover fungere da raccordo tra i vari servizi e tra i vari professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali – rappresentano un valido strumento per coordinare e migliorare il processo di dimissione protetta, in quanto il nuovo modello organizzativo COT riguarda, in particolare, la procedura di “transizione” tra i diversi setting assistenziali, i modi di attivazione dei servizi territoriali e il collegamento funzionale nell’ambito della rete dei servizi.

Quanto sopra, unitamente alla necessità di adeguare e migliorare alcune fasi del percorso di Dimissioni Protette ha reso necessario revisionare la Procedura Generale delle Dimissioni Protette per i Pazienti Fragili, approvata con Delibera Aziendale n. 270 del 24/02/2022.

## 7. LEGENDA (ordine alfabetico)

Ass. Riab. Distretto	- Assistenza Riabilitativa Distretto
Ass. Soc. Distretto	- Assistente Sociale Distretto
Ass. Soc. P.O.	- Assistente Sociale Presidio Ospedaliero
COT distrettuale	- Centrale Operativa Territoriale del Distretto Sanitario
COT aziendale	- Centrale Operativa Territoriale della ASL Napoli 2
Cure Dom. Distretto	- Cure Domiciliari Distretto
Cure Pall. Distretto	- Cure Palliative Distretto
Dir. Distretto	- Direzione Distretto
Dir. San. P.O.	- Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero
Dir. UOC C. Dom.	- Direzione UOC Cure Domiciliari
Dir. UOC C. P.	- Direttore UOC Cure Primarie
Dir. UOC Str. Res. e Semir. Ter.	- Direttore UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali Territoriali
Dir. U.O. P.O.	- Direzione Unità Operativa Presidio Ospedaliero
ENI	- Europeo Non Iscritto
GOM	- Gruppi Oncologici Multidisciplinari.
Hospice	- Struttura residenziale, alternativa o complementare al domicilio del paziente, in cui vengono garantite prestazioni assistenziali di cure palliative ad altissimo livello rivolte a tutti i malati affetti da malattie inguaribili, in fase avanzata ed evolutiva.
MMG/PLS	- Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta
MR	- Matrice di Responsabilità
OdC	- Ospedale di Comunità struttura sanitaria territoriale destinata a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata
PIATTAFORMA COT	- Piattaforma regionale - sistema regionale SINFONIA-COT - per la facilitazione e la gestione delle attività di raccordo tra ospedale e territorio per la gestione delle transizioni
P.U.A.	- Porta Unica di Accesso, articolazione distretto
Resp. UOS C.P. Dis.	- Responsabile UOS Cure Primarie Distretto
RD-1	- Struttura residenziale ex art. 26 Riabilitazione
RSA-RD3	- Residenza Sanitaria Assistenziale-Strutture sociosanitarie residenziali per la disabilità
RSA (R1, R1SUAP, R2, R2D, R3)	- Residenza Sanitaria Assistenziale – Strutture sociosanitarie residenziali per la non autosufficienza
SPRAR	- Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati
STP	- Straniero temporaneamente presente
SVAMA	- Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e anziane.
SVAMDI	- Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Disabili.
UDO	- Unità Dimissione Ospedaliero
UVBR	- Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo
UVI	- Unità di Valutazione Integrata
UVMM	- Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale

## 8. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

**Matrice delle Responsabilità (R = Responsabile / C = Collabora / I = Informato)**

Attore Attività	Dir. San. P.O.	Dir. U.O. P.O.	UDO	Ass. Soc. P.O.	Dir. Distretto	COT Distrettuale	Cure Dom. Distretto	Cure Pall. Distretto	Dir. UOC C. Dom.	Resp. UOS C. P. Dis.	Ass. Riab. Distretto	Ass. Soc. Distretto	Dir. UOC Str. Res. e Semir. Ter.	MMG/P LS	Respons. Farmacia Ospedaliera	Respons. Farmacia Territoriale
Identificazione del caso	I	R														
Segnalazione UDO	I	R														
Avvio e monitoraggio del percorso	I	C	R	C												
Eventuale compilazione della scheda di vulnerabilità sociale	I	I	C	R												
Condivisione del progetto di dimissione	I	C	R	C	I	R				R						
Valutazione COT Distrettuale			C	C	I	R				R				C		
Stesura definitiva del progetto di dimissione	I	R	R	C	I	R	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	R	C se è il setting scelto	C	C se è il setting scelto	C	C se coinvolto	C se coinvolto
Dimissione e presa in carico provvisoria e territorio	I	R	R	C	I	R	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	C se è il setting scelto	R	C se è il setting scelto	C	I	C	C se coinvolto	C se coinvolto
Presa in carico definitiva territorio					I	I	R se è il setting scelto	R se è il setting scelto	R se è il setting scelto	R	R se è il setting scelto	C	R se è il setting scelto	C		C se coinvolto

Vedi tabella in dimensioni originali: allegato MR

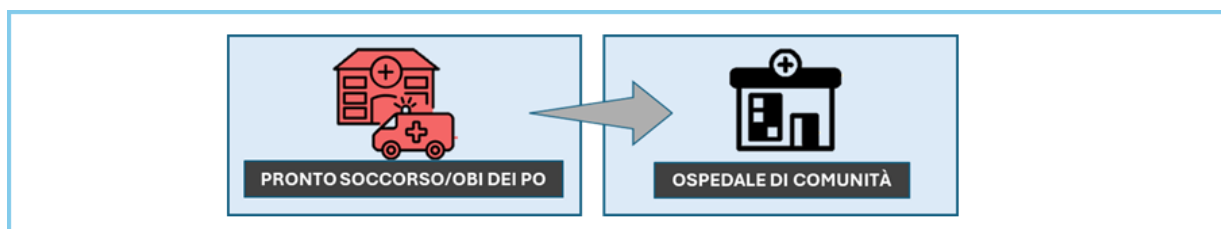
## 9. PROCEDURA GENERALE PER LA DIMISSIONE PROTETTA

La presente Procedura Generale di “Dimissione Protetta” riguarda principalmente i pazienti residenti sul territorio dell’ASL Napoli 2 Nord, che provengono dai Presidi Ospedalieri Aziendali o da Case di Cura ubicate sul territorio di competenza dell’ASL Napoli 2 Nord, anche se è fortemente raccomandata la sua adozione per i pazienti dell’ASL Napoli 2 Nord dimessi da strutture ospedaliere extra aziendali e per i pazienti non residenti sul territorio dell’ASL Napoli 2 Nord dimessi dai Presidi Ospedalieri ad essa afferenti, come di seguito sarà specificato. Tale procedura tiene conto della recente disciplina delle Centrali Operative Territoriali-COT<sup>1</sup> (definita con Decreto Dirigenziale della Direzione Salute Regione Campania n. 428/2024) e del manuale utente del Sistema Informativo per la gestione delle Centrali Operative Territoriali<sup>2</sup> (manuale utente Soresa) e rafforzato con l’avvio degli ulteriori servizi attivati.

Per facilitare la gestione della procedura, in considerazione della specificità della dimissione verso l’Ospedale di Comunità (OdC) seguono tre paragrafi che delineano il percorso da gestire nelle seguenti tre situazioni:

- **9.1 DIMISSIONE PROTETTA DAI PRONTO SOCCORSO/OBI DEI PRESIDOSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ**
- **9.2 DIMISSIONE PROTETTA DAI REPARTI DEI PRESIDOSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ**
- **9.3 DIMISSIONE PROTETTA DAI DAI REPARTI DEI PRESIDOSPEDALIERI → SETTING ASSISTENZIALI TERRITORIALI DIVERSI DALL’OSPEDALE DI COMUNITÀ**

### 9.1 PROCEDURA PER LA DIMISSIONE PROTETTA DAI PRONTO SOCCORSO/OBI DEI PRESIDOSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ



Lo scopo di questa procedura è definire e standardizzare il processo di dimissione protetta del paziente dall’ospedale per acuti verso l’Ospedale di Comunità (OdC), garantendo continuità assistenziale, sicurezza clinica e adeguato coordinamento con i servizi territoriali.

Si applica a tutti i Pronto Soccorso/OBI dei Presidi Ospedalieri della ASL Napoli 2 Nord e si estende ai servizi territoriali responsabili dell’accoglienza in OdC, secondo il modello operativo regionale degli OdC della Regione Campania

<sup>1</sup>Il modello è scaricabile al seguente link: [https://casadivetro.regione.campania.it/PD20240011859\\_009650877.pdf](https://casadivetro.regione.campania.it/PD20240011859_009650877.pdf)

<sup>2</sup>Il manuale rappresenta uno strumento operativo a supporto di tutti gli operatori coinvolti nella gestione delle transizioni degli assistiti nell’ambito delle Centrali Operative Territoriali. L’ultima versione è scaricabile al seguente link: [https://e.learning.soresa.it/pluginfile.php/45148/mod\\_resource/content/1/COT\\_Manuale%20Utente\\_v.6.1.pdf](https://e.learning.soresa.it/pluginfile.php/45148/mod_resource/content/1/COT_Manuale%20Utente_v.6.1.pdf)

Tale tipologia di dimissione protetta è rivolta a pazienti che presentano i seguenti CRITERI DI ELEGIBILITÀ.

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 3 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

Tale tipologia di dimissione protetta NON può essere attivata per pazienti che presentano i seguenti CRITERI DI ESCLUSIONE

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 4$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti con età minore di 18 anni compiuti




**Se il paziente è da dimettere in modalità protetta ma non risulta elegibile per il ricovero in OdC, attivare la procedura di dimissione protetta di cui al punto 9.3 per i soli pazienti che non hanno bisogno di fruire di un ricovero in reparto ospedaliero.**

Per tali pazienti è possibile anche, al fine di poter meglio definire il bisogno assistenziale, far transitare il paziente in OBI, soprattutto se è valutato dall'Ospedale (PS ed UDO) di poter garantire la dimissione protetta nel tempo massimo di 44 ore.

**È fatto obbligo garantire l'erogazione del I° ciclo terapeutico alla dimissione.**

La Procedura di “Dimissione Protetta” da PRONTO SOCCORSO/OBI → OSPEDALE DI COMUNITÀ si articola in tre fasi:

- 1) la **fase ospedaliera** prevede:
  - a. l’identificazione del caso eleggibile al percorso di dimissione protetta (a cura del PS/OBI) e condivisione del percorso con il paziente/famiglia;
  - b. l’avvio del percorso di dimissione protetta con la valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica, e proposta del setting di cura OdC, con compilazione della “SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC) - **Allegato 2** (a cura del PS/OBI);
  - c. la trasmissione all’Unità Dimissioni Ospedaliere (UDO) della richiesta di attivazione di dimissione protetta, congiuntamente alla “SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC) - **Allegato 2** (a cura del PS/OBI);
  - d. la registrazione immediata da parte dell’UDO, in piattaforma Centrale Operative Territoriali (COT), dei dati anagrafici, dei bisogni assistenziali del paziente da dimettere in modalità protetta e relativa proposta di setting assistenziale territoriale OdC e programma di dimissione. La piattaforma individuerà la COT distrettuale di appartenenza dell’assistito e trasferirà la segnalazione alla COT individuata.

<b>FASE OSPEDALIERA</b> <i>DP PRONTO SOCCORSO → OSPEDALE DI COMUNITÀ</i>		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Identificare i pazienti eleggibili Formalizzare la proposta di cura Digitalizzare e smistare la richiesta attraverso la piattaforma COT Coinvolgere famiglia/caregivers</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<i>Personale PS/OBI Paziente/Famiglia/Caregiver UDO (Unità Dimissioni Ospedaliere)</i>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<i>Scheda di Ricovero in OdC – a cura Pronto Soccorso Piattaforma COT – a cura dell’UDO</i>

- 2) la **fase**, che possiamo definire di “**continuità assistenziale**”<sup>3</sup>, di **condivisione fra ospedale e territorio**, di cui al punto 1e prevede:
  - a. la condivisione con l’articolazione territoriale della valutazione e della proposta assistenziale;
  - b. la definizione dell’effettivo programma di dimissione, entro massimo 48 ore dalla data di registrazione della transizione in piattaforma COT;

In questa fase, la COT visualizza la richiesta di transizione attraverso il sistema di ricezione delle notifiche ed effettua la valutazione di conformità formale del report di valutazione, richiedendo,

<sup>3</sup>Questa fase, che concerne la condivisione delle informazioni tra ospedale e territorio, con l’introduzione delle COT è stata quella che ha subito maggiori cambiamenti. Difatti, è questa fase che vede coinvolte le UDO e le COT che si interfacciano attraverso la piattaforma regionale, così da assicurare che la valutazione dei bisogni del paziente fosse comunicata efficacemente ai servizi territoriali e che il programma di dimissione personalizzato fosse condiviso e che rispondesse alle esigenze specifiche del paziente.


in caso di esito negativo, le opportune correzioni al setting inviante (UDO) o approfondimenti all'équipe territoriale. In tale fase, l'équipe territoriale potrà chiedere all'UDO, attraverso la COT-D, approfondimenti, integrazioni, e di definire e condividere il programma di dimissione attraverso l'attivazione di un teleconsulto.

La COT-D prende in carico la richiesta e consulta la piattaforma aggiornata in tempo reale di tutti i servizi disponibili della rete territoriale per poter, con il coinvolgimento dei servizi distrettuali competenti per il setting assistenziale, definire l'effettivo programma di dimissione entro massimo 48 ore dalla data di registrazione della transizione in piattaforma COT e:

- prenota il posto letto in OdC (entro massimo 48 ore dalla data di registrazione della transizione in piattaforma COT) attraverso la piattaforma regionale COT, nelle more della messa a sistema, trasferisce la richiesta di transizione all'OdC ed al servizio distrettuale competente per il setting assistenziale OdC;

La COT:

- comunica la struttura individuata all'UDO richiedente, che comunica al PS/OBI dimettente ed attraverso esso al paziente caregiver, l'imminente trasferimento;
- organizza e coordina il trasferimento del paziente, con mezzi non propri;
- monitora l'avvenuta dimissione, il trasferimento e l'avvenuta presa in carico da parte dell'OdC, congiuntamente all'evoluzione degli eventi e degli attori coinvolti nel percorso assistenziale;

<b>FASE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b> <i>DP PRONTO SOCCORSO → OSPEDALE DI COMUNITÀ</i>			
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Coordinare Condividere Dialogare</i>	<i>Ospedale e territorio dialogano tramite la tecnologia</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>COT Distrettuale (Centrale Operativa Territoriale) UDO (Unità Dimissioni Ospedaliere) Equipe Territoriale</b>	
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Scheda di Ricovero in OdC – a cura del Reparto Piattaforma Regionale COT – a cura dell'UDO e della COT-D Piattaforma TM Sinfonia, per eventuale Teleconsulto Mail per trasferimento alla COT-D ed all'OdC la Scheda di Ricovero in OdC</b>	

3) la **fase territoriale**, che prevede:

- a. l'attivazione delle risorse necessarie a garantire la Dimissione Protetta, per l'attuazione, contestuale alla stessa dimissione, del programma di cui al punto 2b, della durata massima di 30 giorni. La contestualità della tempistica può essere derogata, solo per casi eccezionali e adeguatamente motivati.
- b. la continuità della presa in carico della persona a livello territoriale, con la stesura del relativo programma di cura ed assistenziale definitivo, derivante dalla rivalutazione multidimensionale del bisogno, per il periodo successivo ai primi 30 giorni, anche al fine di facilitare la transizione ad altro setting assistenziale.

Nel caso in cui trattasi di pazienti dimessi da strutture ospedaliere extra aziendali il percorso ha inizio dalla fase "2", se possibile, o direttamente dalla fase "3" e potrà essere attivato dalla struttura dimettente, dal MMG o dai familiari.

Nel caso in cui trattasi di pazienti non residenti sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, il percorso si limiterà alla fase "1", eventualmente dovrà contemplare anche la fase "2", se possibile.

FASE TERRITORIALE DP PRONTO SOCCORSO → OSPEDALE DI COMUNITÀ		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Attuare il piano assistenziale e stabilizzare nel setting extra-ospedaliero.</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Ospedale di Comunità (OdC) Servizi Distrettuali MMG (Medico di Medicina Generale)</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Scheda di ricovero ODC Piattaforma TM SINFONIA Piattaforma COT Valutazione Multidimensionale (VMD o UVI), entro i 30 giorni dall'accesso del paziente all'OdC per la eventuale continuità delle cure in altro setting assistenziale</b>

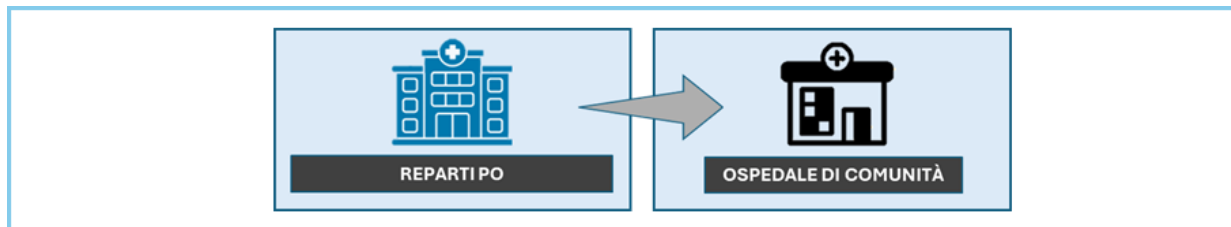
Si riporta di seguito la tabella riepilogativa della procedura poc' anzi illustrata:

TABELLA RIEPILOGATIVA PS/OBI → ODC					
Fase	Competenza	Attività	Tempistica	Attori	Strumenti
1.a	Ospedale	Identificazione del caso con individuazione dei pazienti eleggibili in dimissioni protette vs OdC	Contestualmente alla presa in carico del paziente al PS/OBI	PS/OBI	“SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC) Per la sola parte della <b>SCALA DI VALUTAZIONE NEWS 2</b>
1.b	Ospedale	Valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica, e proposta del setting di cura OdC .	Contestualmente alla presa in carico del paziente al PS/OBI	PS/OBI	“SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)
1.c	Ospedale, con attivazione UDO	Trasmissione all'Unità Dimissioni Ospedaliere (UDO) della richiesta di attivazione di dimissione protetta verso OdC	Immediatamente dopo il completamento della valutazione di cui al punto 1.b	PS/OBI	“SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)
1.d	Ospedale, UDO, Territorio-VMD COT	Registrazione da parte dell'UDO, in piattaforma COT, dei dati anagrafici, dei bisogni assistenziali del paziente da dimettere in modalità protetta e relativa proposta di setting assistenziale territoriale e programma di dimissione,	Immediatamente dopo la ricezione della richiesta di attivazione della dimissione protetta verso OdC	UDO,  Equipe COT-D  Equipe territoriale interessata per il	<b>Piattaforma COT,</b> Per l'UDO: compilazione modulo “inserimento richieste compilazione COT” e comunicazione mail per invio della “SCHEDA DI RICOVERO IN

		<p>compilando il modulo “inserimento richieste compilazione COT” per rilevare il bisogno clinico ed individuare il setting assistenziale. Inoltro richiesta di transizione alla COT-D di riferimento; invio alla PUA distrettuale/COT e p.c. all’ OdC, via mail, della</p> <p><b>“SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC).</b></p> <p>La COT-D visualizza la richiesta di transizione con ricezione notifica piattaforma COT-D, effettua controllo dati/documenti per validazione o, in caso contrario, richiesta integrazioni/modifiche a UDO o equipe territoriale. Solo in caso di non condivisione della proposta di piano di dimissione la COT-D insieme ad equipe territoriale, attiva teleconsulto con UDO per valutazione congiunta ed eventuale ridefinizione della proposta assistenziale</p>		<p>setting assistenzial e OdC,</p>	<p><b>OSPEDALE DI COMUNITA (OdC).</b>alla COT-D</p> <p>Per la COT-D: per ricezione richiesta transizione e validazione</p> <p><b>piattaforma TM SINFONIA</b> per eventuale Teleconsulto</p>
2.a	Territorio Ospedale	<p>Prendere in carico la transizione o rifiutarla. Dopo che è stata presa in carico la richiesta di transizione potrà procedere con l’inoltro della transizione all’OdC individuato.</p> <p>A regime, l’inoltro avverrà direttamente da piattaforma COT all’interfaccia OdC</p> <p>Comunicazione da parte della COT della struttura individuata e della disponibilità effettiva dei servizi di cura all’UDO richiedente, che comunica al PS/OBI dimettente ed attraverso esso al paziente</p>	<p>Entro massimo 48 ore dalla data di registrazione della transizione in piattaforma COT</p>	<p>UDO,</p> <p>Equipe COT-D</p> <p>Equipe territoriale interessata per il setting assistenzial e OdC,</p>	<p>Piattaforma COT, comunicazione mail</p> <p>“SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)</p> <p>,piattaforma TM SINFONIA per eventuale Teleconsulto</p>

		caregiver, l'imminente trasferimento.			
3.a	Territorio COT	Attivazione delle risorse necessarie a garantire la Dimissione Protetta e del setting assistenziale OdC  Monitoraggio della COT del paziente, anche tramite telemedicina e contatti telefonici. Eventuali criticità vengono gestite in tempo reale, evitando ricoveri impropri.	Entro massimo 48 ore dalla data di registrazione della transizione in piattaforma COT	Equipe COT-D  Equipe territoriale interessata per il setting assistenzial e OdC,	Piattaforma COT,  comunicazione mail  "SCHEMA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)

## 9.2 . PROCEDURA GENERALE PER LA DIMISSIONE PROTETTA DAI REPARTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ



Lo scopo di questa procedura è definire e standardizzare il processo di dimissione protetta del paziente dall'ospedale per acuti verso l'Ospedale di Comunità (OdC), garantendo continuità assistenziale, sicurezza clinica e adeguato coordinamento con i servizi territoriali.

Si applica a tutti i REPARTI dei Presidi Ospedalieri della ASL Napoli 2 Nord e si estende ai servizi territoriali responsabili dell'accoglienza in OdC, secondo il modello operativo regionale degli OdC della Regione Campania

Tale tipologia di dimissione protetta è rivolta a pazienti che presentano i seguenti CRITERI DI ELEGIBILITÀ.

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 3 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

Tale tipologia di dimissione protetta NON può essere attivata per pazienti che presentano i seguenti CRITERI DI ESCLUSIONE

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 4$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti con età minore di 18 anni compiuti

**Se il paziente è da dimettere in modalità protetta ma non risulta eleggibile per il ricovero in OdC, attivare la procedura di dimissione protetta di cui al punto 9.3.  
È fatto obbligo garantire l'erogazione del I° ciclo terapeutico alla dimissione.**

La Procedura di “Dimissione Protetta” da REPARTI OSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ si articola in tre fasi:

- 1) la **fase ospedaliera** prevede:
  - a. l'identificazione del caso eleggibile al percorso di dimissione protetta (a cura del Reparto ospedaliero con il supporto del Servizio Sociale Ospedaliero ) e condivisione del percorso con il paziente/famiglia;
  - b. l'avvio del percorso di dimissione protetta con la valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica, e proposta del setting di cura OdC, con compilazione della scheda BRASS e della “SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC) - **Allegato 2** (a cura del Reparto ospedaliero con il supporto del Servizio Sociale Ospedaliero);
  - c. la trasmissione all'Unità Dimissioni Ospedaliere (UDO) della richiesta di attivazione di dimissione protetta, congiuntamente alla scheda BRASS (**Allegato 1**) ed alla “SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)- **Allegato 2**, entro 72 ore dalla data presunta di dimissione (a cura del Reparto ospedaliero con il supporto del Servizio Sociale Ospedaliero);
  - d. la registrazione immediata da parte dell'UDO, in piattaforma Centrale Operative Territoriali (COT), dei dati anagrafici, dei bisogni assistenziali del paziente da dimettere in modalità protetta e relativa proposta di setting assistenziale territoriale OdC e programma di dimissione. La piattaforma individuerà la COT distrettuale di appartenenza dell'assistito e trasferirà la segnalazione alla COT individuata. L'UDO potrebbe richiedere, in tale fase, alla COT di attivare un teleconsulto (anche con il supporto della piattaforma regionale Telemedicina TM-Sinfonia) con l'Equipe distrettuale per valutare l'idoneità dell'OdC o per l'individuazione del tipo di setting territoriale più adeguato ai bisogni del paziente.

<b>FASE OSPEDALIERA</b> <i>DP REPARTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ</i>		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Identificare il paziente idoneo Valutarne la stabilità clinica e il carico assistenziale Formalizzare la proposta di trasferimento verso l'OdC, garantendo l'informazione al paziente</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Reparto Ospedaliero Servizio Sociale Ospedaliero Paziente/Famiglia/Caregiver UDO (Unità Dimissioni Ospedaliere)</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Scheda di Ricovero in OdC Scala Valutazione NEWS2 Piattaforma COT Scheda BRASS Piattaforma TM-Sinfonia (Telemedicina)</b>

- 2) la **fase**, che possiamo definire di **“continuità assistenziale”<sup>4</sup>**, di **condivisione fra ospedale e territorio**, di cui al punto 1e prevede:
- a. la condivisione con l’articolazione territoriale della valutazione e della proposta assistenziale;
  - b. la definizione dell’effettivo programma di dimissione;

In questa fase, la COT visualizza la richiesta di transizione attraverso il sistema di ricezione delle notifiche ed effettua la valutazione di conformità formale del report di valutazione, richiedendo, in caso di esito negativo, le opportune correzioni al setting inviante (UDO) o approfondimenti all’équipe territoriale. In tale fase, l’équipe territoriale potrà chiedere all’UDO, attraverso la COT-D, approfondimenti, integrazioni, e di definire e condividere il programma di dimissione attraverso l’attivazione di un teleconsulto.

La COT-D prende in carico la richiesta e consulta la piattaforma aggiornata in tempo reale di tutti i servizi disponibili della rete territoriale per poter, con il coinvolgimento dei servizi distrettuali competenti per il setting assistenziale, definire l’effettivo programma di dimissione entro massimo 72 ore dalla data prevista di dimissione e:

- prenota il posto letto in OdC (entro massimo 24 h prima della dimissione) attraverso la piattaforma regionale COT, nelle more della messa a sistema, trasferisce la richiesta di transizione all’OdC ed al servizio distrettuale competente per il setting assistenziale OdC;

La COT:

- comunica la struttura individuata all’UDO richiedente, che comunica al Reparto ospedaliero dimettente ed attraverso esso al paziente caregiver, l’imminente trasferimento;
- organizza e coordina il trasferimento del paziente, con mezzi non propri;
- monitora l’avvenuta dimissione, il trasferimento e l’avvenuta presa in carico da parte dell’OdC, congiuntamente all’evoluzione degli eventi e degli attori coinvolti nel percorso assistenziale;

<b>FASE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b> <i>DP REPARTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ</i>		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Assicurare la trasmissione delle informazioni cliniche e sociali tra ospedale e servizi territoriali; convalidare l’appropriatezza del setting (OdC); garantire la disponibilità reale del posto letto, definendo il programma di dimissione personalizzato</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Reparto Ospedaliero</b> <b>UDO (Unità Dimissioni Ospedaliere)</b> <b>COT-D (Centrale Operativa Territoriale)</b> <b>Equipe Territoriale interessata</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Piattaforma COT</b> <b>Teleconsulto (TM-Sinfonia)</b> <b>Scheda di Ricovero in OdC</b> <b>Mail per trasferimento alla COT-D della Scheda di Ricovero in OdC</b>




<sup>4</sup>Questa fase, che concerne la condivisione delle informazioni tra ospedale e territorio, con l’introduzione delle COT è stata quella che ha subito maggiori cambiamenti. Difatti, è questa fase che vede coinvolte le UDO e le COT che si interfacciano attraverso la piattaforma regionale, così da assicurare che la valutazione dei bisogni del paziente fosse comunicata efficacemente ai servizi territoriali e che il programma di dimissione personalizzato fosse condiviso e che rispondesse alle esigenze specifiche del paziente.

3) la **fase territoriale**, che prevede:

- a. l'attivazione delle risorse necessarie a garantire la Dimissione Protetta, per l'attuazione, contestuale alla stessa dimissione, del programma di cui al punto 2b, della durata massima di 30 giorni. La contestualità della tempistica può essere derogata, solo per casi eccezionali e adeguatamente motivati.
- b. la continuità della presa in carico della persona a livello territoriale, con la stesura del relativo programma di cura ed assistenziale definitivo, derivante dalla rivalutazione multidimensionale del bisogno, per il periodo successivo ai primi 30 giorni, anche al fine di facilitare la transizione ad altro setting assistenziale.

Nel caso in cui trattasi di pazienti dimessi da strutture ospedaliere extra aziendali il percorso ha inizio dalla fase "2", se possibile, o direttamente dalla fase "3" e potrà essere attivato dalla struttura dimettente, dal MMG o dai familiari.

Nel caso in cui trattasi di pazienti non residenti sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, il percorso si limiterà alla fase "1", eventualmente dovrà contemplare anche la fase "2", se possibile.

FASE TERRITORIALE DP REPARTI DEI PRESIDII OSPEDALIERI → OSPEDALE DI COMUNITÀ		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Garantire l'accoglienza del paziente OdC; attuare il programma terapeutico entro i 30 giorni previsti; definire, tramite una valutazione multidimensionale, il percorso assistenziale definitivo per il periodo successivo.</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Ospedale di Comunità (OdC) MMG (Medico di Medicina Generale): Equipe Multidimensionale (Distretto) Familiari / Caregiver</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Scheda di ricovero ODC Piattaforma TM SINFONIA Piattaforma COT Valutazione Multidimensionale (VMD o UVI), entro i 30 giorni dall'accesso del paziente all'OdC per la eventuale continuità delle cure in altro setting assistenziale</b>

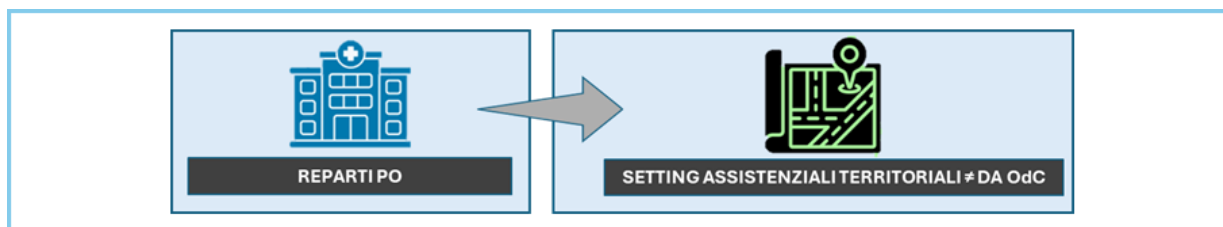
Si riporta di seguito la tabella riepilogativa della procedura poc'anzi illustrata:

TABELLA RIEPILOGATIVA REPARTI PO → ODC					
Fase	Competenza	Attività	Tempistica	Attori	Strumenti
1.a	Ospedale	Identificazione del caso con individuazione dei pazienti eleggibili in dimissioni protette vs OdC	Contestuale alla compilazione della cartella clinica	Unità Operative Presidi Ospedalieri con il Servizio Sociale Ospedaliero	“SCHEDE DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC) Per la sola parte della <b>SCALA DI VALUTAZIONE NEWS 2</b> ”

1.b	Ospedale	Valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica, e proposta del setting di cura OdC .	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	Unità Operative Presidi Ospedalieri con il Servizio Sociale Ospedaliero	SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)  scheda BRASS
1.c	Ospedale, con attivazione UDO	Trasmissione all'Unità Dimissioni Ospedaliere (UDO) della richiesta di attivazione di dimissione protetta verso OdC	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	Unità Operative Presidi Ospedalieri	<b>SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)</b>  scheda BRASS
1.d	Ospedale, UDO, Territorio, UVI, COT	<p>Registrazione da parte dell'UDO, in piattaforma COT, dei dati anagrafici, dei bisogni assistenziali del paziente da dimettere in modalità protetta e relativa proposta di setting assistenziale territoriale e programma di dimissione, compilando il modulo "inserimento richieste compilazione COT" per rilevare il bisogno clinico ed individuare il setting assistenziale. Inoltre richiesta di transizione alla COT-D di riferimento; invio alla PUA distrettuale/COT, via mail, della</p> <p><b>"SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC).</b></p> <p>La COT-D visualizza la richiesta di transizione con ricezione notifica piattaforma COT-D, effettua controllo dati/documenti per validazione o, in caso contrario, richiesta integrazioni/modifiche a UDO o equipe territoriale. Solo in caso di non condivisione della proposta di piano di dimissione la COT-D insieme ad equipe territoriale, attiva teleconsulto con UDO per valutazione congiunta ed eventuale ridefinizione della proposta assistenziale</p>	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	<p style="text-align: center;">UDO, Equipe COT-D</p> <p>Equipe territoriale interessata per il setting assistenziale OdC,</p>	<p><b>Piattaforma COT,</b> Per l'UDO: compilazione modulo "inserimento richieste compilazione COT" e comunicazione mail per invio della</p> <p><b>SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC) e della scheda BRASS</b> .alla COT-D</p> <p>Per la COT-D: per ricezione richiesta transizione e validazione</p> <p><b>,piattaforma TM SINFONIA</b> per eventuale Teleconsulto</p>

2.a	Territorio Ospedale	<p>Prendere in carico la transizione o rifiutarla. Dopo che è stata presa in carico la richiesta di transizione potrà procedere con l'inoltro della transizione all'OdC individuato.</p> <p>A regime, l'inoltro avverrà direttamente da piattaforma COT all'interfaccia OdC Comunicazione da parte della COT della struttura individuata e della disponibilità effettiva dei servizi di cura all'UDO richiedente, che comunica al PS/OBI dimettente ed attraverso esso al paziente caregiver, l'imminente trasferimento.</p>	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	<p>UDO,</p> <p>Equipe COT-D</p> <p>Equipe territoriale interessata per il setting assistenziale OdC,,</p>	<p>Piattaforma COT, comunicazione mail</p> <p>SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)</p> <p>Scheda BRASS</p> <p>piattaforma TM SINFONIA per eventuale Teleconsulto</p>
3.a	Territorio COT	<p>Attivazione delle risorse necessarie a garantire la Dimissione Protetta e del setting assistenziale OdC</p> <p>Monitoraggio della COT del paziente, anche tramite telemedicina e contatti telefonici. Eventuali criticità vengono gestite in tempo reale, evitando ricoveri impropri.</p>	Contestualmente alla data di dimissione e fino a trenta giorni dalla dimissione	<p>Equipe COT-D</p> <p>Equipe territoriale interessata per il setting assistenziale OdC,</p>	<p>Piattaforma COT, comunicazione mail</p> <p>SCHEDA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA (OdC)</p>

### 9.3. PROCEDURA GENERALE PER LA DIMISSIONE PROTETTA DAI REPARTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI → SETTING ASSISTENZIALI TERRITORIALI DIVERSI DA OSPEDALE DI COMUNITÀ



Lo scopo di questa procedura è definire e standardizzare il processo di dimissione protetta del paziente dall'ospedale per acuti verso setting assistenziali diversi dall'Ospedale di Comunità (OdC), garantendo continuità assistenziale, sicurezza clinica e adeguato coordinamento con i servizi territoriali.

Si applica a tutti i Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari della ASL Napoli 2 Nord e si estende ai servizi territoriali responsabili dell'accoglienza nei diversi setting assistenziali.

Nello specifico il percorso della dimissione protetta è destinato a:

- 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 sinergico, inducono un deficit parziale o totale delle capacità e delle performance dell'individuo;
- persone con patologie in atto o esiti delle stesse, che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- persone con patologie cronico-evolutive invalidanti (neurologiche, cardiache gravi, oncologiche, ecc ...);
- persone in fase avanzata di malattie inguaribili;
- persone affette da demenza e/o malattia di Alzheimer;
- persone con patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- persone con bisogni riabilitativi.

Se il target precedentemente illustrato restituisce una prospettiva basata su criteri ampi e clinico-sociali, con attenzione alla fragilità globale del paziente – il cui focus è un approccio olistico, centrato sulla persona e sulla complessità dei bisogni – con le innovazioni derivanti dal nuovo modello operativo, che vede le COT protagoniste, emerge che la selezione dei pazienti è guidata anche dalla presenza di una delle seguenti patologie oggetto del monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

- Diabete;
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO);
- Scompenso cardiaco;
- Asma;
- Gastroenterite;
- Patologie psichiatriche.

A supporto dell'identificazione del caso si ritiene indispensabile l'adozione di uno strumento di valutazione, che orienti, in maniera oggettiva, la decisione sull'arruolamento dei pazienti.

L'analisi della letteratura internazionale ha portato all'individuazione della Blaylock Risk Assessment Screening Score (Brass), che viene descritta per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile, con la conseguente necessità di pianificare la dimissione.

La Brass, che si allega al presente documento, dovrà essere somministrata contestualmente alla compilazione della cartella clinica ad ogni paziente eleggibile nel percorso di dimissione protetta. L'identificazione del caso eleggibile al percorso di dimissione protetta si svolge nell'ambito dell'U.O. del P.O., in cui è ricoverato il paziente, l'azione rientra nel contesto delle responsabilità del Dirigente Medico preposto all'U.O., che dovrà vigilare sulla corretta applicazione di questa parte della procedura.

**L'identificazione del caso eleggibile al percorso di dimissione protetta è contestuale alla compilazione della cartella clinica.**




**È fatto obbligo garantire l'erogazione del I° ciclo terapeutico alla dimissione.**

Tale tipologia di dimissione protetta è rivolta a pazienti che presentano i CRITERI DI ELEGIBILITÀ specifici per i diversi setting assistenziali di cui al paragrafo 11 di questa procedura.

La Procedura generale per la dimissione protetta dai reparti dei Presidi Ospedalieri → setting assistenziali territoriali diversi da Ospedale di Comunità si articola in 3 fasi:

1) la **fase ospedaliera** prevede:

- a. l'identificazione del caso eleggibile al percorso di dimissione protetta e condivisione del percorso con il paziente/famiglia (a cura del reparto);
- b. l'avvio del percorso di dimissione protetta con la valutazione dei bisogni di cura assistenziali, sanitari e sociali, e proposta setting di cura territoriale, con compilazione della scheda di dimissione ed elaborazione della proposta del programma di dimissione" (a cura del reparto con il supporto del servizio sociale ospedaliero);
- c. la trasmissione all'Unità Dimissioni Ospedaliere (UDO) della richiesta di attivazione di dimissione protetta, congiuntamente alla **SCHEDA BRASS (Allegato 1)** e la **SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE PROTETTA PER RICHIESTA TRANSIZIONE C.O.T. PER SETTING ASSISTENZIALI DIVERSI DA OdC (Allegato 2)**, entro 72 ore dalla data presunta di dimissione;
- d. la registrazione immediata da parte dell'UDO, in piattaforma Centrale Operative Territoriali (COT), dei dati anagrafici, dei bisogni assistenziali del paziente da dimettere in modalità protetta e relativa proposta di setting assistenziale territoriale e programma di dimissione. La piattaforma individuerà la COT distrettuale di appartenenza dell'assistito e trasferirà la segnalazione alla COT individuata. L'UDO potrebbe richiedere, in tale fase, alla COT di attivare un teleconsulto (anche con il supporto della piattaforma regionale Telemedicina TM-Sinfonia) con l'UVI distrettuale per l'individuazione del tipo di setting territoriale più adeguato ai bisogni del paziente.

<b>FASE OSPEDALIERA</b> <i>DP REPARTI PO → SETTING ASSISTENZIALI TERRITORIALI DIVERSI DA OSPEDALE DI COMUNITÀ</i>		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Individuare il paziente fragile, valutarne i bisogni multidimensionali (sanitari e sociali) e formalizzare la richiesta di dimissione protetta verso il territorio</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Reparto Ospedaliero Servizio Sociale Ospedaliero UDO (Unità Dimissioni Ospedaliere) COT Distrettuale Componenti UVI Distrettuale</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Scheda BRASS Scheda di segnalazione Dimissione Protetta Scheda B della SVAMA/SVAMDI Piattaforma COT Piattaforma TM-Sinfonia (per eventuale Telemedicina/Teleconsulto)</b>

2) la **fase**, che possiamo definire di **“continuità assistenziale”**<sup>5</sup>, di **condivisione fra ospedale e territorio** prevede:

- a. la condivisione con l’articolazione territoriale della valutazione e della proposta assistenziale di cui al punto 1e;
- b. la definizione dell’effettivo programma di dimissione;

In questa fase, la COT visualizza la richiesta di transizione attraverso il sistema di ricezione delle notifiche ed effettua la valutazione di conformità formale del report di valutazione, richiedendo, in caso di esito negativo, le opportune correzioni al setting inviante (UDO) o approfondimenti all’UVI. In tale fase, l’UVI potrà chiedere all’UDO, attraverso la COT-D, approfondimenti, integrazioni, e di definire e condividere il Piano attraverso l’attivazione di un teleconsulto.




La COT-D prende in carico la richiesta e consulta la piattaforma aggiornata in tempo reale di tutti i servizi disponibili della rete territoriale per poter, con il coinvolgimento dei servizi distrettuali competenti per il setting assistenziale, completare la valutazione multidimensionale del bisogno e definire l’effettivo programma di dimissione entro massimo 72 ore dalla data prevista di dimissione e:

- nel caso in cui sia individuato un ambito di cura residenziale territoriale, prenotare il posto letto (24 h prima della dimissione) attraverso la piattaforma regionale COT, nelle more della messa a sistema, trasferisce la richiesta di transizione al servizio distrettuale competente per il setting assistenziale proposto dall’UDO;
- nel caso in cui si preveda l’attivazione di un servizio quale l’ADI, trasferire e condividere la richiesta di transizione con il servizio distrettuale competente per il setting assistenziale, garantendo l’organizzazione delle cure domiciliari richieste entro 24 h prima della dimissione.

La COT:

<sup>5</sup>Questa fase, che concerne la condivisione delle informazioni tra ospedale e territorio, con l’introduzione delle COT è stata quella che ha subito maggiori cambiamenti. Difatti, è questa fase che vede coinvolte le UDO e le COT che si interfacciano attraverso la piattaforma regionale, così da assicurare che la valutazione dei bisogni del paziente fosse comunicata efficacemente ai servizi territoriali e che il programma di dimissione personalizzato fosse condiviso e che rispondesse alle esigenze specifiche del paziente.

- comunica la struttura individuata o la disponibilità effettiva dei servizi di cura domiciliari all'UDO richiedente, che comunica al reparto dimettente ed attraverso esso al paziente caregiver, l'imminente trasferimento;
- organizza e coordina il trasferimento del paziente, con mezzi non propri;
- monitora l'avvenuta dimissione, il trasferimento e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/struttura territoriale preposto, congiuntamente all'evoluzione degli eventi e degli attori coinvolti nel percorso assistenziale;




<b>FASE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b> <i>DP REPARTI PO → SETTING ASSISTENZIALI TERRITORIALI DIVERSI DA OSPEDALE DI COMUNITÀ</i>		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Garantire la transizione sicura del paziente dall'ospedale al territorio, validando la conformità della richiesta e definendo l'effettivo programma di dimissione (residenziale o domiciliare) attraverso il coordinamento digitale tra UDO e COT.</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Reparto Ospedaliero</b> <b>UDO (Unità Dimissioni Ospedaliere)</b> <b>COT-D (Centrale Operativa Territoriale)</b> <b>Componenti UVI (Unità di Valutazione Integrata)</b> <b>Servizi Distrettuali (ADI / Strutture Residenziali)</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Piattaforma Regionale COT</b> <b>Mail per trasferimento alla COT-D del Report di Valutazione</b> <b>Teleconsulto (TM-Sinfonia)</b>

3) la **fase territoriale** prevede:

- a. l'attivazione delle risorse necessarie a garantire la Dimissione Protetta, per l'attuazione, contestuale alla stessa dimissione, del programma di cui al punto 2b, della durata massima di 30 giorni. La contestualità della tempistica può essere derogata, solo per casi eccezionali e adeguatamente motivati.
- b. la continuità della presa in carico della persona a livello territoriale, con la stesura del relativo programma di cura ed assistenziale definitivo, derivante dalla rivalutazione multidimensionale del bisogno, per il periodo successivo ai primi 30 giorni.

Nel caso in cui trattasi di pazienti dimessi da strutture ospedaliere extra aziendali il percorso ha inizio dalla fase "2", se possibile, o direttamente dalla fase "3" e potrà essere attivato dalla struttura dimettente, dal MMG o dai familiari.

Nel caso in cui trattasi di pazienti non residenti sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord dimessi dai P.O. aziendali, il percorso si limiterà alla fase "1", eventualmente dovrà contemplare anche la fase "2" da gestire con Distretti e COT-D fuori ASL.

FASE TERRITORIALE		
DP REPARTI PO → SETTING ASSISTENZIALI TERRITORIALI DIVERSI DA OSPEDALE DI COMUNITÀ		
	<b>OBIETTIVI-CHIAVE</b>	<i>Garantire l'immediata attivazione delle cure sul territorio (residenziali o domiciliari) e definire, tramite una valutazione approfondita, il percorso assistenziale definitivo che il paziente seguirà dopo i primi 30 giorni di dimissione protetta.</i>
	<b>ATTORI COINVOLTI</b>	<b>Servizi Territoriali Componenti UVI MMG (Medico di Medicina Generale) Strutture Extra-Aziendali Familiari/Caregivers</b>
	<b>STRUMENTI UTILI</b>	<b>Programma di Dimissione (punto 2b) Valutazione Multidimensionale (VMD o UVI), entro i 30 giorni dall'accesso del paziente al setting assistenziale da dimissione protetta ospedaliera, per la eventuale continuità delle cure nello stesso o in altro setting assistenziale</b>

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa della procedura poc'anzi illustrata:

Fase	Competenza	Attività	Tempistica	Attori	Strumenti
1.a	Ospedale	Identificazione del caso con individuazione dei pazienti eleggibili in dimissioni protette	Contestuale alla compilazione della cartella clinica	Unità Operative Presidi Ospedalieri con il Servizio Sociale Ospedaliero	scheda Brass <b>“Allegato 1”</b>
1.b	Ospedale	Valutazione dei bisogni di cura assistenziali, sanitari e sociali, e proposta setting di cura territoriale, con compilazione della scheda di dimissione ed elaborazione della proposta del programma di dimissione.	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	Unità Operative Presidi Ospedalieri con il Servizio Sociale Ospedaliero	<b>Allegato 2</b> - scheda di segnalazione dimissione protetta per richiesta transizione C.O.T Scheda B Svama ( <b>all. 3</b> ) o Svamdi ( <b>all 4</b> ), in relazione all'area di bisogno della persona
1.c	Ospedale, con attivazione UDO	Trasmissione all'Unità Dimissioni Ospedaliere (UDO) della richiesta di attivazione di dimissione protetta	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	Unità Operative Presidi Ospedalieri	scheda Brass <b>“Allegato 1”</b> <b>Allegato 2</b> - scheda di segnalazione dimissione protetta per richiesta transizione C.O.T Scheda B Svama ( <b>all 3</b> ) o Svamdi ( <b>all 4</b> ), in relazione all'area di bisogno della persona

1.d	Ospedale, UDO, Territorio, UVI, COT	<p>Registrazione da parte dell'UDO, in piattaforma COT, dei dati anagrafici, dei bisogni assistenziali del paziente da dimettere in modalità protetta e relativa proposta di setting assistenziale territoriale e programma di dimissione, compilando il modulo "inserimento richieste compilazione COT" per rilevare il bisogno clinico ed individuare il setting assistenziale. Inoltre richiesta di transizione alla COT-D di riferimento; invio alla PUA distrettuale/COT, via mail, dell'<b>Allegato 2</b> - scheda di segnalazione dimissione protetta per richiesta transizione C.O.T, della Scheda B Svama (<b>all 3</b>) o Svamdi (<b>all 4</b>), in relazione all'area di bisogno della persona, della scheda Brass "<b>Allegato 1</b>". Visualizzazione della richiesta di transizione con ricezione notifica piattaforma COT-D, controllo dati/documenti per validazione o, in caso contrario, richiesta integrazioni/modifiche a UDO o UVI.</p> <p>Solo in caso di non condivisione della proposta di piano di dimissione, attivazione teleconsulto UDO e UVI per valutazione congiunta ed eventuale ridefinizione della proposta assistenziale</p>	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	UDO, Equipe COT-D Servizi territoriali interessati per area di bisogno e setting assistenziale proposto da Ospedale, PUA, UVI	piattaforma COT, compilazione modulo "inserimento richieste compilazione COT" per rilevare il bisogno clinico ed individuare il setting assistenziale.. comunicazione mail per invio dell <b>Allegato 2</b> - scheda di segnalazione dimissione protetta per richiesta transizione C.O.T, della Scheda B Svama ( <b>all 3</b> ) o Svamdi ( <b>all 4</b> ), in relazione all'area di bisogno della persona, della scheda Brass " <b>Allegato 1</b> " Teleconsulto, piattaforma SINFONIA
2.a	Territorio Ospedale	<p>Prendere in carico la transizione o rifiutarla. Se la richiesta di transizione prevede l'attivazione del servizio RSA, dopo che è stata presa in carico potrà procedere con l'inoltro</p>	Entro 72 ore dalla data presunta di dimissione	Equipe COT-D, UDO, UVI, Servizi territoriali interessati per area di bisogno	Piattaforma COT, SIGARS, AnDiamo, SIGAP, etc.  comunicazione mail per l'acquisizione

		<p>della transizione al Sistema Informativo per la Gestione dell' Assistenza Sociosanitaria Residenziale e Semiresidenziale della Regione Campania (SIGARS) e lo stato diventerà "In attesa di compilazione PAI". Se prevede l'attivazione ADI, il sistema inoltra in automatico la richiesta al sistema informativo per la Gestione dell' Assistenza Assistenza Domiciliare Integrata della Regione Campania – AnDiamo. A regime, per altri setting l'inoltro avverrà verso SIGAP, SISM, etc Comunicazione da parte della COT della struttura individuata e della disponibilità effettiva dei servizi di cura all'UDO richiedente, che comunica al reparto dimettente ed attraverso esso al paziente caregiver, l'imminente trasferimento.</p>		e setting assistenziale proposto	<p>degli ulteriori documenti di ricezione del bisogno clinico ed individuazione del setting assistenziale inviati dall'UDO</p> <p>Strumenti già in uso per gli specifici setting assistenziali</p>
3.a	Territorio COT	<p>Attivazione delle risorse necessarie a garantire la Dimissione Protetta e del setting assistenziale richiesto e condiviso. Monitoraggio della COT del paziente, anche tramite telemedicina e contatti telefonici. Eventuali criticità vengono gestite in tempo reale, evitando ricoveri impropri.</p>	Contestualmente alla data di dimissione e fino a trenta giorni dalla dimissione	<p>Equipe COT-D, UVI Servizi territoriali interessati per area di bisogno e setting assistenziale proposto</p>	<p>Piattaforma SINFONIA, COT, SIGARS, AnDiamo, SIGAP, etc., altri Strumenti già in uso per gli specifici setting assistenziali</p>

## 10. CRITERI PER DEFINIRE LA VULNERABILITÀ SOCIALE E PER L'IDENTIFICAZIONE DEL COMUNE/AMBITO COMPETENTE PER LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE

Si individuano le tipologie di dimissione protetta, come di seguito descritte:

1. PRESENZA DI BISOGNI SANITARI ED ASSENZA DI VULNERABILITÀ SOCIALE - Dimissione Protetta per persone con bisogni assistenziali e/o di cura prevalentemente sanitari, senza problematiche sociali che possano ostacolare l'efficacia degli interventi necessari e con la presenza di una rete familiare idonea a supportarli –
1. PRESENZA DI BISOGNI SANITARI E DI VULNERABILITÀ SOCIALE - Dimissione Protetta per persone con bisogni assistenziali e/o di cura sociosanitari, che richiedono una presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, con problematiche sanitarie, che non possono essere gestite soltanto dal MMG, con la presenza di problematiche sociali che possono ostacolare l'efficacia degli interventi sanitari necessari e con la presenza di una rete familiare insufficiente a supportarli.
2. PRESENZA DI VULNERABILITÀ SOCIALE E PRESENZA DI BISOGNI SANITARI GESTIBILI AL PROPRIO DOMICILIO ATTRAVERSO L'MMG E RETE FAMILIARE- Dimissione Protetta per persone con bisogni prevalentemente sociali, con problematiche sanitarie, che possono essere gestite dal MMG e che non hanno la presenza di una rete familiare idonea al ri-accoglimento in casa.

I criteri per **definire la vulnerabilità sociale** sono i seguenti:

- persona con 65 anni e oltre e/o con Disabilità, Senza Fissa Dimora, Straniera immigrata extra-comunitaria non regolare – STP, Straniera neocomunitaria indigente/priva di risorse che non ha copertura sanitaria – ENI, Rom, Straniera richiedente asilo e/o titolare di protezione umanitaria o internazionale in situazione di accoglienza in SPRAR, in CAS (Centri Accoglienza Straordinaria);
- persona senza casa o con alloggio improprio/non adeguato (baracca, container, basso, etc);
- assenza della rete familiare o presenza della rete familiare ma non collaborante;
- persona senza reddito personale e/o in condizione di bisogno economico e senza aiuto da familiari, parenti o altri.

Per l'**identificazione del Comune/Ambito competente per la presa in carico territoriale**. Il criterio si rivolge alle seguenti due tipologie di persone: persone residenti e persone non residenti, molte delle quali senza fissa dimora.

Per le **persone residenti** il Comune/Ambito Territoriale competente per la presa in carico è identificato in:

- Comune di “residenza attuale”, se tale luogo di residenza è identificabile in una abitazione propria o di familiari;
- Comune di “residenza storica”, nel caso di utenti che avesse acquisito la residenza presso la Struttura Sanitaria/SocioSanitaria territoriale, cioè il Comune nel quale l'utente era residente prima del primo ricovero in struttura territoriale sanitaria o sociosanitaria.

Per le **persone non residenti, ma temporaneamente presenti sul territorio**, molte delle quali senza fissa dimora, bisogna precisare che rientrano in tali categorie anche gli Stranieri temporaneamente presenti senza permesso di soggiorno e/o in situazione giuridica di presenza irregolare, i richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria o internazionale in situazione di accoglienza in SPRAR o in CAS (Centri Accoglienza Straordinaria), i neocomunitari che non hanno copertura sanitaria, la popolazione Rom.

Per i cittadini stranieri privi di residenza, al fine della individuazione Comune/Ambito Territoriale competente per la presa in carico, si considerano i “legami significativi” con il territorio di riferimento. Sono da ritenersi legami significativi con il territorio gli elementi sotto riportati secondo il seguente ordine di priorità:

1. domicilio dichiarato, verificato tramite la Questura che ha rilasciato il permesso di soggiorno, qualora non risultante nel permesso di soggiorno;
2. domicilio dichiarato al momento del rilascio del codice STP/ENI;
3. ospitalità di fatto presso persone residenti sul territorio del Comune di riferimento;
4. comprovato svolgimento di un’attività lavorativa, presso soggetti economici presenti sul territorio del Comune;
5. presenza di parenti residenti o domiciliati nel Comune di riferimento.

Per i cittadini italiani privi di residenza, il Comune/Ambito Territoriale competente per la presa in carico è identificato nel Comune ove la persona ha il domicilio, e in mancanza di questo, nel Comune di nascita. Qualora non emergesse nessun legame significativo con alcun Comune sia a livello locale che nazionale, si individua quale Amministrazione titolare della presa in carico, il Comune/Ambito Territoriale in cui è stata prestata attività di primo intervento di primo soccorso (118) e/o è stato disposto il ricovero ospedaliero.

Sempre al fine di garantire la protezione sociale delle persone vulnerabili da dimettere dagli ospedali, si definisce, inoltre, che:

- nel caso in cui non sia possibile indirizzare ai corrispondenti servizi del Comune di competenza, il Comune sul cui territorio insiste l’Ospedale e/o la Struttura territoriale sanitaria/sociosanitaria interviene garantendo quanto utile per la dimissione protetta delle persone medesime, comunicandolo preventivamente agli altri Comuni e agli Stati competenti e richiedendo a tali Enti l’assunzione del caso e degli oneri di assistenza corrispondenti e riservandosi di promuovere azione di rivalsa per il recupero dei costi sostenuti;
- i Comuni, nel rispetto della normativa di settore, riconoscono alle persone senza dimora inserite all’interno di tale percorso di presa in carico, la possibilità di essere iscritta nei registri anagrafici secondo le modalità previste dalla legge.

## 11. CONDIVISIONE DEL PROGETTO ASSISTENZIALE DI DIMISSIONE PROTETTA

Il percorso di accompagnamento della Dimissione Protetta, **indipendentemente dalla condizione di vulnerabilità sociale**, richiede la valutazione dei bisogni del paziente, la condivisione del progetto assistenziale con lo stesso e i familiari/*care givers*, l’individuazione di un operatore di riferimento/case manager e del setting di cura più appropriato a rispondere ai bisogni della persona.

Relativamente alla condivisione del percorso di dimissione protetta con il paziente, si distinguono due tipologie/modalità/situazioni:

- paziente “competente”, in tal caso la scelta sarà solo sua e non potrà essere vicariata da altri salvo che sia il paziente stesso ad indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di esprimere il consenso in sua vece (art. 1 comma 3 l. 219/2017);
- paziente che non presenta una piena facoltà di autodeterminazione consapevole in ordine al bene salute e necessita di tutela perché non ha una rete familiare o la rete familiare esiste ma non è collaborante e/o maltrattante, in tal caso, ai fini del consenso alla procedura, sarà possibile, attraverso il Responsabile del Servizio e l’Assistente Sociale, depositare l’istanza di nomina di amministratore di sostegno, in forma scritta ai sensi dell’art. 404 e s. s. del c.c., presso il Tribunale competente per il luogo ove il beneficiario ha fissato la sua dimora abituale, se questa fosse diversa dal luogo di residenza anagrafica. Se trattasi di dimissione protetta urgente, l’istanza da depositare è quella di nomina di amministratore di sostegno “provvisorio ed urgente” (Allegato VSA) - “Modello istanza nomina di Amministratore di Sostegno provvisorio ed urgente”, utilizzabile con allegato elenco della documentazione da allegare. Se trattasi di dimissione protetta NON urgente, l’istanza da depositare è quella di nomina di amministratore di sostegno (Allegato VSB) - “Modello istanza nomina di Amministratore di Sostegno”, utilizzabile con allegato elenco della documentazione da allegare.

## 12. GESTIONE ED ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI

La documentazione correlata alla presente procedura è disponibile sulle piattaforme istituzionali citate nelle varie fasi operative.

La documentazione cartacea trasmessa tramite posta elettronica, nelle more della piena funzionalità delle suddette piattaforme, dovrà essere conservata agli atti delle strutture aziendali che la producono e da quelle che la ricevono.

## 13. FORMAZIONE

L’implementazione della presente Procedura Generale necessita di un adeguato processo di formazione/informazione degli operatori coinvolti, che oltre a fornire le competenze specifiche per la sua applicazione, deve necessariamente approfondire le seguenti tematiche: strumenti di classificazione, scale di valutazione ed equipe multidisciplinari e multiprofessionali, utilizzo delle piattaforme istituzionali dedicate.

È compito della UOC Formazione, sentito i redattori della presente procedura, elaborare ed attuare uno specifico programma formativo da svolgere entro i primi sei mesi dall’entrata in vigore della stessa.

## 14. MONITORAGGIO E INDICATORI

La Procedura Generale prevede revisioni semestrali e, quindi, richiede un’attività di monitoraggio, che deve iniziare a partire dal quarto mese dall’entrata in vigore e procedere a cadenza trimestrale, per cui il primo periodo oggetto del monitoraggio sarà quello del II trimestre di vigenza.

Tale monitoraggio resta in carico alla UOC Appropriatelyzza Clinica ed Organizzativa.

Gli indicatori individuati per l’attività di monitoraggio sono:

1. numero totale di pazienti fragili reclutati nella procedura/numero totale di pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati;
2. numero totale di pazienti fragili dimessi dall'ospedale presi in carico a livello territoriale/numero totale di pazienti arruolati nella procedura;
3. numero totale di pazienti fragili presi in carico a livello territoriale contestualmente alla dimissione/numero di pazienti arruolati nella procedura.

## 15. LISTA DI DISTRIBUZIONE

La Procedura Generale sarà adottata con l'emanazione di un atto deliberativo predisposto dalla Direzione Sanitaria, che sarà pubblicato sul sito aziendale ed inviato a tutti i Direttori di Dipartimento e di UOC, con l'incarico di distribuirlo a cascata a tutti gli altri dirigenti ed operatori interessati alla sua applicazione.

## 16. APPROFONDIMENTI

### 16.1. CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI PER L'ELEGGIBILITÀ AI PRINCIPALI SERVIZI SANITARI/SOCIOSANITARI TERRITORIALI

Come già detto nella Procedura Generale, è eleggibile al presente percorso di dimissione protetta la persona, adulta o anziana, in situazione di vulnerabilità sociale. Si riportano di seguito le principali caratteristiche dei pazienti (bisogni assistenziali) collegate ai diversi setting assistenziali.

- **OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC):** paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio; assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 3 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3); intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3); percorso diagnostico completato; prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni); programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione; L'OdC non è l'ambito di cura appropriato in caso di: pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 4$  o uno dei parametri uguale 3); pazienti con diagnosi non ancora definita; paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ; pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato; pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia; pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.); presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio; pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative; sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica; pazienti con età minore di 18 anni compiuti
- **RIABILITAZIONE - Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva extraospedaliera - RD1 intensiva - ex art. 26):** persone disabili non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica, con disabilità importanti e complesse, modificabili, di norma in fase successiva a quella ospedaliera, quando non è più necessaria assistenza medica nelle 24 ore, per condizioni che richiedono un elevato impegno assistenziale

riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore ma tali da consentire una elevata intensità di cura riabilitativa (almeno 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero). L' RD1 intensiva è un servizio residenziale riabilitativo deputato alla presa in carico e al trattamento di persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica, con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore.

- **RIABILITAZIONE - Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva extraospedaliera - RD1 estensiva - ex art. 26**; persone non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 90 minuti giornalieri (6 giorni su7) e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale sociosanitario sulle 24 ore.

L'RD1 estensiva è un servizio residenziale riabilitativo deputato alla presa in carico e al trattamento di persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 90 minuti giornalieri (6 giorni su 7) e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale sociosanitario sulle 24 ore.

- **RSA disabili - RD3**: persone adulte con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, che necessitano di un medio livello di assistenza sanitaria, con attività di riabilitazione a bassa complessità ed intensità, di mantenimento delle abilità funzionali residue, a fronte di un alto o di un moderato impegno assistenziale e tutelare.

L'RD3 è un servizio residenziale per persone adulte con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, con diverso grado di non autosufficienza, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, che necessitano di trattamenti terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue. Condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio, o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale, senza pregiudizio per lo stato di salute, o infine l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale.

- **Unità di Cure Residenziali intensive - R1/SUAP**: Soggetti non autosufficienti o disabili gravissimi che presentano contemporaneamente più condizioni/necessità assistenziali tali da richiedere cure intensive di tipo medico infermieristico che non sono in grado di svolgere le normali funzioni confinati a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale e hanno necessità di supporto continuativo ed assistenza sanitaria intensiva, assistenza infermieristica H24, purché non siano presenti disturbi del comportamento e/o aggressività.

L'R1 è un servizio residenziale ad alta intensità assistenziale di tipo sanitario, deputato a garantire trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario. L'ingresso in R1 avviene sempre in forma e modalità pianificata, non avviene a seguito di emergenze di tipo clinico o medico poiché i pazienti sono già in carico ai servizi sanitari e sono inviati su segnalazione degli stessi. Per l'inserimento in tale setting la presenza/assenza di supporto sociale e della rete familiare rileva soltanto in

associazione e in presenza dei bisogni sanitari assistenziali che richiedono una risposta complessa e articolata e soprattutto se vi è necessità di assistenza infermieristica H24.

- **RSA per adulti non autosufficienti/cronici Unità di cura estensiva R2:** persone non autosufficienti e/o cronici, con patologie che non presentano particolari criticità e sintomi complessi, che non necessitano di ricoveri ospedalieri e non sono trattabili e gestibili con altre modalità assistenziali o al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, in quanto richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, integrata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

L'R2 è un servizio residenziale deputato ad erogare trattamenti residenziali estensivi, modulati ed organizzati a seconda delle necessità degli ospiti adulti non autosufficienti e/o cronici, con patologie che non presentano particolari criticità e sintomi complessi, che non necessitano di ricoveri ospedalieri e non sono trattabili e gestibili con altre modalità assistenziali o al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, in quanto richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, integrata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

- **RSA adulti/anziani con demenze R2D:** persone con patologie neurodegenerative e disturbi cognitivi e demenze anche in fase acuta e che richiedono un elevato livello di tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, integrata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

L'R2D è un servizio residenziale per persone anziane/adulte non autosufficienti affette da Disturbi Cognitivi e Demenze nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a severi disturbi del comportamento e/o dell'affettività NON assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità e che necessitano di un elevato livello di tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, integrata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Trattasi di pazienti in carico ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze Aziendali (in sigla "CDCD") e che richiedono una gestione clinico/farmacologica/riabilitativa/tutelare non effettuabile al proprio domicilio

- **RSA adulti/anziani non autosufficienti - R3:** persone adulte totalmente o parzialmente non autosufficienti, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità, comunque senza la compromissione delle funzioni vitali, e di persone affette da demenze/disturbi cognitivi non associati a disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, con necessità di trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale (quanto previsto per la);

L'R3 è un servizio residenziale per persone anziane/adulte non autosufficienti, malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti con ridotta o completa perdita dell'autonomia, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità senza la compromissione delle funzioni vitali, soggetti affetti da disturbi cognitivi lievi/moderati **SENZA DISTURBI COMPORTAMENTALI E/O DELL'AGGRESSIVITA'**, con necessità di trattamenti estensivi, di mantenimento funzionale e lungo assistenza, non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità

- **Unità di Cure residenziali HOSPICE:** persone affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e, a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata. L'Hospice è la struttura residenziale **nodo della rete delle Cure Palliative**. L'Hospice prioritariamente assistenza e ricovero temporaneo a pazienti prevalentemente affetti da patologie neoplastiche terminali che necessitano di assistenza palliativa e supporto nutrizionale non garantibili a domicilio, poiché tale tipologia di assistenza è un'alternativa alla domiciliarità laddove non è possibile mantenere il paziente a domicilio.

## 16.2. CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI PER L'ELEGGIBILITÀ AI PRINCIPALI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

- **“Comunità tutelare per persone non autosufficienti”** - Servizio residenziale per persone adulte ed anziane non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse ma che richiedono un alto grado di assistenza tutelare, caratterizzato da alta intensità assistenziale, alto livello di protezione sociale e basso livello di assistenza sanitaria, che garantisce interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale che facilitano il recupero dell'autonomia psicofisica.
- **“Casa Albergo per anziani”** - Servizio residenziale per persone ultrasessantacinquenni autonome e semiautonome/con ridotta autonomia ed un elevato bisogno di assistenza alla persona con elevato bisogno di assistenza alla persona e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, caratterizzato da media/alta intensità assistenziale e medio/alto livello di protezione sociale. Servizio con prevalente accoglienza alberghiera, con offerta di servizi collettivi di protezione, finalizzato a garantire adeguate condizioni di vita e di limitare il rischio di isolamento sociale ed affettivo e le conseguenti implicazioni sul livello di autonomia.
- **“Comunità Alloggio per anziani”** e **“Comunità Alloggio per persone con disabilità”** - Servizio residenziale per persone ultrasessantacinquenni o con disabilità, autonome e semiautonome che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa, caratterizzato da media intensità assistenziale e medio livello di protezione sociale e che sono in grado di condividere risorse e capacità di coabitazione.
- **“Gruppo appartamento per anziani”** - Servizio residenziale per persone ultrasessantacinquenni, autonome e semiautonome che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa, caratterizzato da un basso livello di protezione sociale, con apporto di servizi e prestazioni assistenziali su richiesta degli ospiti. Servizio prevalentemente autogestito dagli ospiti.
- **“Gruppo appartamento per persone con disabilità”** - Servizio residenziale per persone adulte con disabilità, autonome e semiautonome che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa, caratterizzato da un medio livello di protezione sociale e che sono in grado di condividere risorse e capacità di coabitazione, pur nel contesto di una soluzione abitativa autonoma.