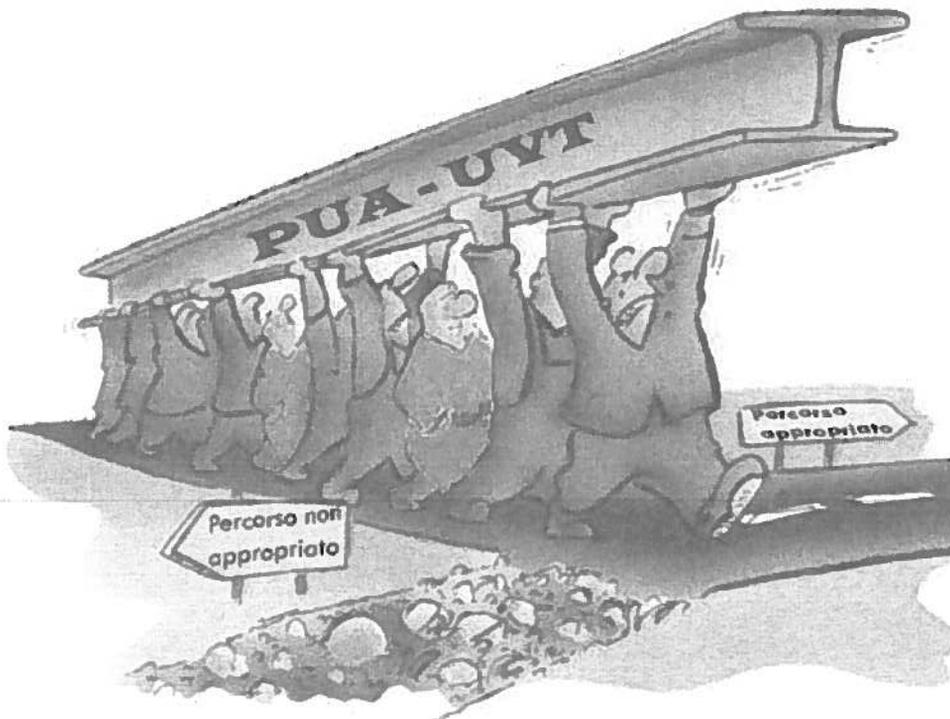


PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO PUA UVT



INDICE

INTRODUZIONE AL METODO	3
Presentazione del percorso.....	5
PUNTO UNICO DI ACCESSO	5
UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE	6
Destinatari	9
Attori coinvolti operativamente nella procedura.....	9
Obiettivi	9
Indicatori.....	10
Terminologia e abbreviazioni:	11
Gruppo di lavoro – Programmazione del percorso	13
RAGIONAMENTO CLINICO	14
NOTE ESPLICATIVE FLOW CHART	16
CONCLUSIONI.....	19
ALLEGATI.....	20
Scheda di valutazione psicologica	21
Scheda di segnalazione PUA	23
Scheda di valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (SVAMA)	25
Elenco Case Protette e RSA convenzionate con la ASL 6	43
Descrizione Sistema informatico atl@nte.....	44
Procedura per l'attivazione del Pua (fase intraospedaliera).....	45
Richiesta intervento di Assistenza sociale a favore di ospedalizzati	51
Procedura per l'attivazione dei servizi sociali comunali	53

INTRODUZIONE AL METODO

I percorsi clinico – organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione "sistemica" e complessiva delle prestazioni, della presa in carico dell'utente e quindi dell'assistenza offerta. Sempre più di frequente, infatti, il mondo sanitario richiede il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. Da qui l'esigenza di utilizzare un approccio di lavoro non più per funzioni ma per processi. Un approccio siffatto, attraverso la costruzione di un processo tecnico-gestionale, permette un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento, in quanto da la possibilità:

- di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili,
- di instaurare un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo,
- di misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici,
- di definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento,
- di garantire chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori,
- di migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate,
- di prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti,
- di facilitare la visione totale della problematica da gestire,
- di agevolare a delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute
- di migliorare le prestazioni, la qualità della vita del paziente
- di ridurre la frammentazione e lo scoordinamento della cura, il trattamento inappropriato e la negligenze dell'attività di prevenzione
- di lavorare secondo un approccio integrato e coordinato alla malattia, che coinvolge tutti i livelli assistenziali
- di conoscere il paziente in modo da personalizzare la cura in base ai propri bisogni
- di migliorare il sistema informativo standardizzato tra i vari attori organizzativi

Elaborare dei percorsi clinico organizzativi significa quindi costruire dei piani che coinvolgono più professioni e più discipline costruiti per le specifiche categorie di pazienti, predisposti e usati da chi eroga prestazioni sanitari per mettere in condizione chi fornisce l'assistenza di identificare, misurare, analizzare e migliorare i processi di cura e rendere il meno gravosa possibile la gestione della malattia al paziente. Nei Percorsi è pertanto identificata la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti ex-ante, raggiungendo quindi elevati obiettivi sia di efficacia che di efficienza.

La costruzione del percorso clinico organizzativo ideale porta anche all'individuazione e alla costruzione degli strumenti utili alla sua realizzazione. Tra questi fondamentale importanza hanno i Protocolli e le Procedure, strumenti che sono, allo stesso modo, costruiti dal gruppo di lavoro interessato nel processo.

Definizione di Protocollo: "Schema pre-definito, localmente concordato, di comportamento ottimale come dato di partenza per attività cliniche (o operative). Dà conto delle ragioni, vincoli, obiettivi delle attività in oggetto".

Definizione di Procedura: "Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo" (DPR 14.1.97). In generale: "Modo specificato per svolgere un'attività o un processo" [UNI EN ISO 9000:2000 P.to 3.4.5]. Una procedura deve esprimere chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi è il responsabile delle attività descritte.

Altri strumenti utilizzati a supporto della programmazione delle attività e della chiara individuazione delle responsabilità e che possono essere allegati al percorso sono il Diagramma di Gantt e la Matrice delle responsabilità. Con la matrice delle responsabilità si individuano le attività, gli attori e per ognuno di essi è indicato il grado di responsabilità. Il Diagramma di Gantt indica attività, responsabilità e tempi di esecuzione.

Il percorso è disegnato con una Flow chart (o algoritmo) .

Simboli della Flow Chart:

 INPUT-OUTPUT (ATTIVAZIONE DEL PERCORSO, RISULTATO DEL PERCORSO)

 ATTIVITA'

 QUESITO O SNODO DECISIONALE

 DOCUMENTO

 DIREZIONE DEL PERCORSO

Presentazione del percorso

Le mutate condizioni socio sanitarie della popolazione, caratterizzate da un aumento della vita media con conseguente maggiore incidenza di malattie cronico degenerative e oncologiche ha portato alla necessità di potenziare l'offerta di assistenza territoriale per evitare ricoveri ospedalieri impropri e soprattutto, per quanto possibile, permettere alla persona di restare nel proprio nucleo familiare.

Il Punto Unico di Accesso ai servizi alla persona e l'Unità di Valutazione Territoriale, istituiti Con Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n.7/5 del 21-02-2006, garantiscono l'equità dell'accesso e l'appropriatezza delle risposte attraverso un'adeguata valutazione del bisogno e la presa in carico appropriata.

I servizi devono essere collegati tra di loro da una logica unitaria con una adeguata programmazione che valorizzando tutte le risorse disponibili, prevenga sprechi e procedure difformi.

PUNTO UNICO DI ACCESSO

“Il **Punto Unico di Accesso (PUA)** rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale; è il luogo ed il momento di *integrazione* professionale delle diverse figure coinvolte e della *integrazione* istituzionale tra la componente sociale e sanitaria, finalizzata alla erogazione di una assistenza socio-sanitaria; è una struttura organizzativa formalmente presente in ogni Distretto socio-sanitario.

Il PUA garantisce la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi socio-sanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario e socio-sanitario.

Il PUA assicura adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia, garantisce, attraverso l'UVT, una valutazione multidimensionale e un progetto personalizzato, accorciando i tempi di risposta ed evitando percorsi complicati che costituiscono spesso le cause dell'ospedalizzazione impropria”. (Deliberazione della Giunta regionale n. 7/5 del 21.2.2006).

“Esso rappresenta il punto di coordinamento della presa in carico e **garantisce:**

- l'accoglienza, l'ascolto e la valutazione del bisogno complesso di natura socio-sanitaria da qualsiasi fonte esso provenga;
- l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- l'unitarietà della risposta;
- la funzione di prima valutazione del bisogno;
- la funzione di sportello informativo e orientamento dell'utente;
- la raccolta delle schede di contatto delle richieste di intervento che vi giungono;
- l'attivazione del percorso di Valutazione Multidimensionale, garantendo la tempestività della risposta fornita;
- la calendarizzazione delle sedute della Unità di Valutazione Territoriale (UVT);
- la convocazione dei componenti della UVT;
- la comunicazione di esito conclusivo del procedimento di valutazione dell'UVT alla persona portatrice di

bisogno o alla persona di riferimento indicata.

Le figure professionali che devono essere impegnate nel PUA sono

- infermiere;
- assistente sociale (AS);
- personale amministrativo;
- medico distrettuale
- psicologo

(allegato alla deliberazione della Giunta regionale n.15/24 del 13-04-2010).

Al PUA afferiscono le richieste relative a:

- Cure Domiciliari Integrate
- Assistenza socio-sanitaria residenziale
- Assistenza riabilitativa (residenziale ad alta intensità e a ciclo diurno);
- Altre progettualità territoriali

La richiesta può pervenire da parte di:

- Paziente stesso o i suoi familiari
- Rete informale (vicinato, amicizie ecc)
- MMG
- Servizio ospedaliero
- Servizi Sociali Territoriali
- Servizi Sanitari Territoriali
- Strutture Residenziali

UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE

Per le richieste di intervento che presentano maggiore complessità e che necessitano dell'integrazione di vari apporti professionali, si attiva l'Unità di Valutazione Territoriale.

L'Unità di Valutazione Territoriali (UVT) garantisce una adeguata valutazione dei bisogni della persona e del suo contesto e favorisce il processo di comunicazione fra il paziente e gli operatori.

L'UVT è il luogo in cui avviene l'integrazione tra le attività sanitarie della ASL e le attività sociali dei Comuni.

Le figure professionali che devono essere impegnate nella UVT sono:

Nucleo base (delibera n. 7/5 del 21.2.2006) :

- Medico di Distretto
- ~~Infermiere~~
- Assistente Sociale del Comune e/o della ASL
- paziente e / o familiare

Il nucleo base viene integrato, in base alla tipologia del Caso dalle seguenti figure:

- Medico specialista
- Assistente Sociale della ASL
- Psicologo
- MMG o PLS
- Infermiere

COMPITI DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE

Redazione di un progetto personalizzato multidisciplinare che dia risposte al bisogno complesso espresso dal paziente (**TEMPI**: entro cinque giorni nel caso di procedura attivata d'urgenza, entro quindici giorni negli altri casi).

Tale funzione avviene attraverso:

- valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno riferibile alla salute fisica, alle abilità cognitive, alle capacità di svolgere le attività di vita quotidiana, alle condizioni economiche e sociali.
- Proposta di un piano personalizzato che ricompone interventi sociali e sanitari, con diverso grado di intensità assistenziale
- Attuazione dei processi periodici di rivalutazione al fine di monitorare i risultati in funzione degli obiettivi prefissati.

Gli obiettivi specifici dei servizi erogati attraverso le prestazioni dell'Unità di Valutazione Territoriale sono:

- inserimento della persona nelle Cure Domiciliari
- inserimento della persona in tutti i regimi previsti per i trattamenti di riabilitazione globale ad alta intensità in regime continuativo
- inserimento della persona in strutture sanitarie, sociosanitarie accreditate in regime residenziale o diurno che comportano l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e azioni di protezione sociale
- dimissione di persone già assistite in strutture sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali e il successivo percorso nella rete integrata dei servizi territoriali
- monitoraggio dei bisogni e della domanda espressa dal territorio del distretto
- predisposizione, monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati (Ritornare a casa), ed eventuali altri progetti personalizzati che richiedono una valutazione multidimensionale.
- Integrazione tra territorio e presidio ospedaliero aziendale
- Curare i rapporti tra UVT e strutture ospedaliere extra-aziendali.

RUOLO DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DEL PUA- UVT

La figura della Psicologa, con formazione specifica in diagnosi e valutazione di pazienti con bisogni complessi, all'interno dell'Unità di Valutazione Territoriale prende in carico il paziente e la sua famiglia dal momento dell'espressione del bisogno fino alla conclusione del percorso. In una fase iniziale valuta i bisogni psichici ed emotivi e agevola l'emergere del bisogno reale in modo da individuare il percorso più adatto alla persona; successivamente elabora un piano di intervento psicologico e prende in carico il paziente e i suoi familiari. Il professionista utilizza strumenti validati in grado di misurare il Carico familiare, il livello di ansia e depressione, valutazione dello stato cognitivo, l'Impatto della malattia e le strategie di coping, i "risultati"

vengono inseriti in una scheda di valutazione psicologica (allegato 1), strumento utile per monitorare le diverse fasi del percorso.

Quadro normativo di riferimento

Livello nazionale

- PSN 2006-2008 e succ.
- Ministero del Lavoro Decreto 17/12/2008 Istituzione banca dati rilevazione prestazioni residenziali e semiresidenziali
- Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012, Ministro della Salute, Aprile 2010

Livello regionale Sardegna

- Delibera n.7/5 del 21.2.2006: Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale
- D.G.R. 25/26 del 13/06/2006: Linee di indirizzo RSA e CDI
- L.R. n° 23 del 23/12/2006: Sistema integrato dei servizi alla persona (Abrogazione L.R. 4/88)
- Delibera GR n.42/11 del 4/10/2006: linee di indirizzo per l'attuazione del programma sperimentale "Ritornare a casa", art 17 comma 1 LR 11 maggio 2006, n.4 e succ.
- Delibera GR .44/11 del 31/10/2007: Fondo per la non autosufficienza: potenziamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di valutazione territoriale
- Delibera GR n. 51/49 del 20/12/2007: Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate
- Linee di indirizzo regionali del 4/5/2006 sull'applicazione del DM 332/99 in materia di assistenza protesica (Dr. Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera, prot. n° 16531/3 del 4/5/2006)
- Linee di indirizzo alle ASL per l'attuazione del Piano d'azione relativo al potenziamento delle cure domiciliari integrate, approvato con DGR n.52 del 3/10/2008
- Delibera GR n.10/43 del 11/2/2009: linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita
- Delibera GR n.15/24 del 13/4/2010: Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari (Flussi Ministero)
- Nota n. 13583 del 25/6/2010 Direttore Servizio assistenza ospedaliera, residenziale, riabilitativa ed autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e sociosanitarie: sistema di valutazione multidimensionale-scheda valutazione multidimensionale delle persone adulte ed anziane
- Circolare n. 14747 del 12/7/2010: rilevazione degli indicatori raggiunti nel 2009 e previsione per il raggiungimento dell'obiettivo finale nel 2013, previsti dal "Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013" – Piano d'azione tematico "Servizi di cura per gli anziani" (DGR n.52/18 del 3/10/2008)
- Delibera GR n.19/9 del 12/5/2010: Accordo regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 (allegato T scheda propositiva per le Cure Domiciliari Integrate)

- Nota prot 19700 del 23/9/2010 Dr servizio assistenza ospedaliera, residenziale, riabilitativa ed autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e sociosanitarie: linee guida sul funzionamento delle UVT.
- DGR 06-09-2011 N. 37/12 : "Approvazione schemi tipo contrattuali".
- DGR 07-12w-2011 n. 49/14 "Progetto regionale "Riconoscimento del lavoro di cura del familiare, caregiver e integrazione dell'assistenza domiciliare in favore dei malati di SLA della Sardegna" finanziato con le risorse del "Fondo Nazionale per le non Autosufficienze" per l'anno 2011.

Destinatari

Tutte le persone portatrici di bisogno complesso:

- Persone anziane e loro familiari
- Persone con disabilità e loro familiari
- Persone con necessità di orientamento nei servizi sociosanitari
- Persone con problematiche non ben definite con necessità di ascolto e orientamento.

Il *bisogno "semplice"* è un bisogno che non presuppone né una Valutazione Multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

Il *bisogno "complesso"* presuppone la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare con l'integrazione socio-sanitaria, una Valutazione Multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

Attori coinvolti operativamente nella procedura

- Persona e famiglia
- MMG/PLS
- Medici di distretto
- Medici specialisti
- Psicologi
- Servizi sociali comunali
- Assistente sociale aziendale
- Infermiere
- Medici delle UO ospedaliere

Obiettivi

- Garantire una risposta appropriata, uniforme e tempestiva alla persona portatrice di bisogno complesso attraverso il coordinamento delle figure professionali e delle strutture operative coinvolte.
- Omogeneizzare le procedure nei due distretti.
- Unificare i tempi nella risposta ai bisogni complessi (rispettare i termini stabiliti dalle linee guida

regionali)

- Migliorare l'integrazione con l'ospedale aziendale

Indicatori

1. Numero di progetti personalizzati definiti entro i termini di tempo stabiliti dalle linee guida regionali/totale dei bisogni presentati (standard 70%) (in entrambi i distretti).
2. Numero di valutazioni monodimensionali presenti/numero di valutazioni monodimensionali richieste (standard 70%)
3. Numero delle segnalazioni effettuate dall'AS dell'H/totale delle segnalazioni dall'H (standard 75%)

L'audit sarà effettuato per distretto, con successiva elaborazione di dati complessivi.

Fonte dei dati per Audit: Sistema Atl@nte (allegato 7) e altra documentazione cartacea

Terminologia e abbreviazioni:

PUA: punto unico di accesso

UVT: unità di valutazione territoriale

Espressione formale del bisogno: attraverso la compilazione della scheda apposita.

Espressione informale del bisogno: attraverso l'esposizione verbale (anche per telefono) del problema.

MMG: medico di medicina generale (medico di famiglia)

PLS: pediatra di libera scelta

AS: Assistente sociale

H: Ospedale

U.O.: Unità operativa (reparto)

RSA: Residenze sanitarie assistenziali

Le residenze sanitarie assistenziali sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio, e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale.

Le RSA sono rivolte alle persone anziane e ai soggetti adulti non autosufficienti e delle loro famiglie, rispondono ai loro specifici bisogni e contrastano il ricorso improprio alla ospedalizzazione.

L' RSA offre infatti:

- una sistemazione residenziale con una connotazione il più possibile familiare, organizzata in modo da
- rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la
- socializzazione tra gli ospiti;
- gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a curare le malattie croniche e le loro
- riacutizzazioni e a prevenirne il danno ulteriore;
- un'assistenza individualizzata orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al
- mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere.

In particolare i suddetti interventi, fortemente integrati in un continuum di cure di carattere sanitario e sociosanitario, sono diretti:

- a contrastare la perdita di autonomia, condizione che impedisce la permanenza della persona nel proprio domicilio o non ne consente il rientro dopo un periodo di ricovero in un presidio ospedaliero o in una struttura territoriale di riabilitazione globale a ciclo continuativo;

- al recupero psicofisico e al mantenimento delle capacità residue, in vista del reinserimento nel proprio domicilio e nella comunità di appartenenza.

In riferimento al bisogno dell'ospite e dei suoi familiari, le RSA possono fornire risposte, con differenziata intensità delle cure e durata della degenza, a esigenze di ricovero per:

- osservazione medico-infermieristica, limitata nel tempo, dopo la risoluzione di un evento acuto grave senza necessità di accertamenti strumentali particolari e con terapia medica stabilizzata;
- attesa dell'adeguamento delle condizioni familiari o dell'ambiente domestico, in relazione alle mutate condizioni psico-fisiche, determinate dall'evento acuto, in soggetto anziano e/o disabile non autosufficiente;
- sollievo alla famiglia, per brevi periodi, anche ripetuti, nel caso di persone anziane e/o adulti con disabilità non autosufficienti;
- motivazioni di ordine sanitario e sociale, per periodi prolungati, nel caso di persone anziane e adulti non autosufficienti non più assistibili a domicilio

Case protette: sono strutture socio assistenziali destinate ad ospitare persone non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa. Al loro interno le prestazioni sanitarie di base sono garantite dal Medico di Medicina Generale, dall'Infermiere e dal Terapista della Riabilitazione.

Gruppo di lavoro – Programmazione del percorso

Dr.ssa Annaclara Melis	Medico Direttore Distretto Sanluri
Dr. Andrea Floris	Medico Direttore Servizio Socio - Sanitario
Dr. Pierpaolo Pateri	Dirigente Direttore del Servizio delle Professioni Sanitarie
Dr.ssa Giovanna Mocchi	Medico Distretto Sanluri
Dr. Aldo Casadio	Medico Direttore Distretto Guspini
Dott. Giuseppe Sechi	Medico Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero
Dott. Pietro Tardiola	Direttore dell'UO Medicina e del Dipartimento Medicina
Dott.ssa M.Francesca Tuveri	Assistente sociale Presidio Ospedaliero
Sig. Leonardo Mameli	Infermiere coordinatore Responsabile SPS Cure Domiciliari aziendale
Sig.ra Maria Grazia Cara	Infermiere Responsabile Cure Domiciliari Distretto Guspini
Sig.ra Tiziana Conti	Assistente sociale PUA UVT aziendale
Dr.ssa Barbara Corrias	Psicologa PUA UVT

Hanno partecipato inoltre alla redazione della procedura per il rapporto con i Servizi Sociali Comunali i seguenti operatori:

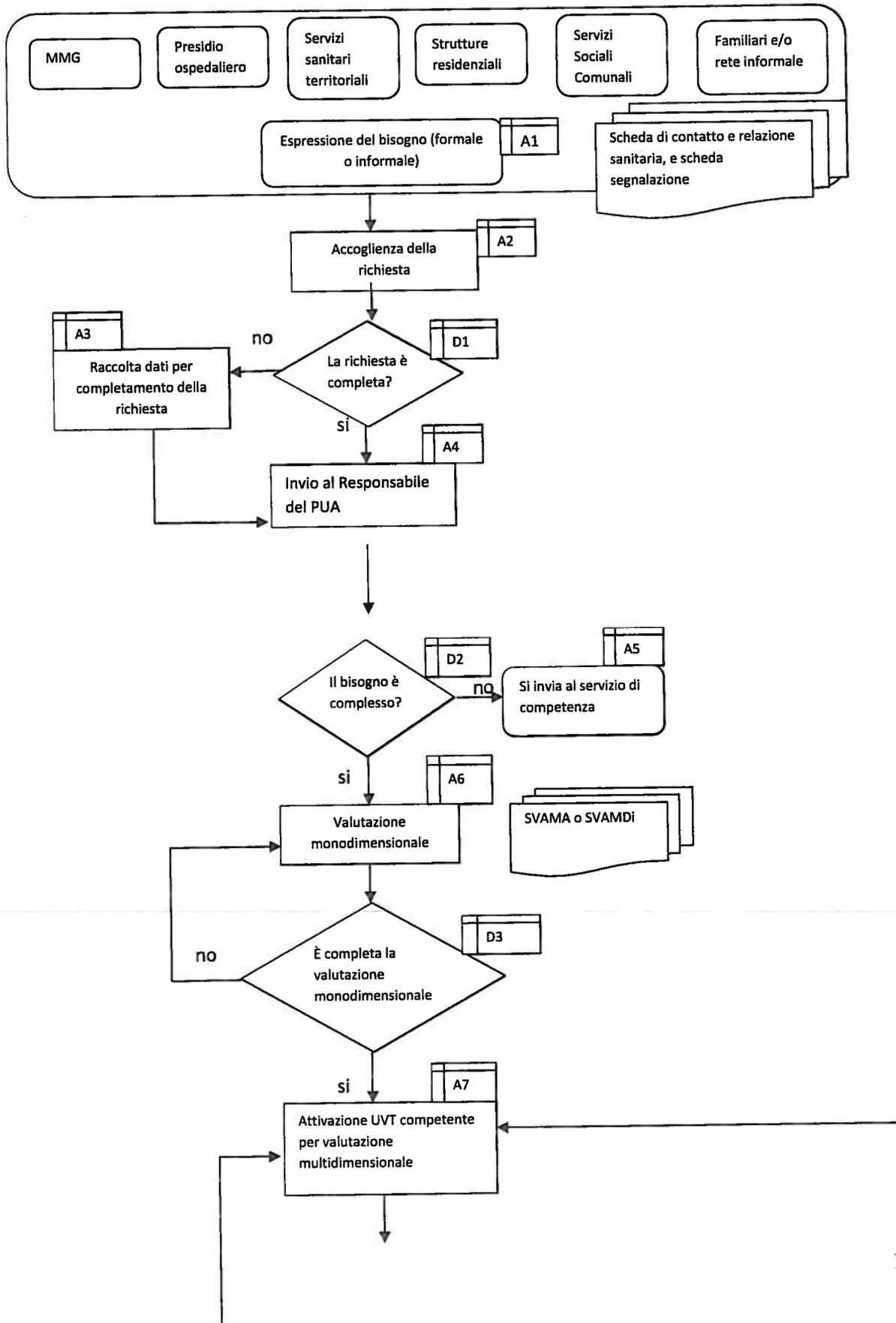
Dott.ssa Carta Rita assistente sociale del Comune di Pauli Arbarei
Dott.ssa Graziella Doi assistente sociale del Comune di Sanluri
Dott.ssa Antonella Piroi assistente sociale del Comune di Samassi
Dott.ssa Antonella Zedda assistente sociale del Comune di Villanovaforru
Dott.ssa Loredana Mascia assistente sociale del Comune di Sanluri
Dott. Alessandro Piloni assistente sociale del Comune di Tuili

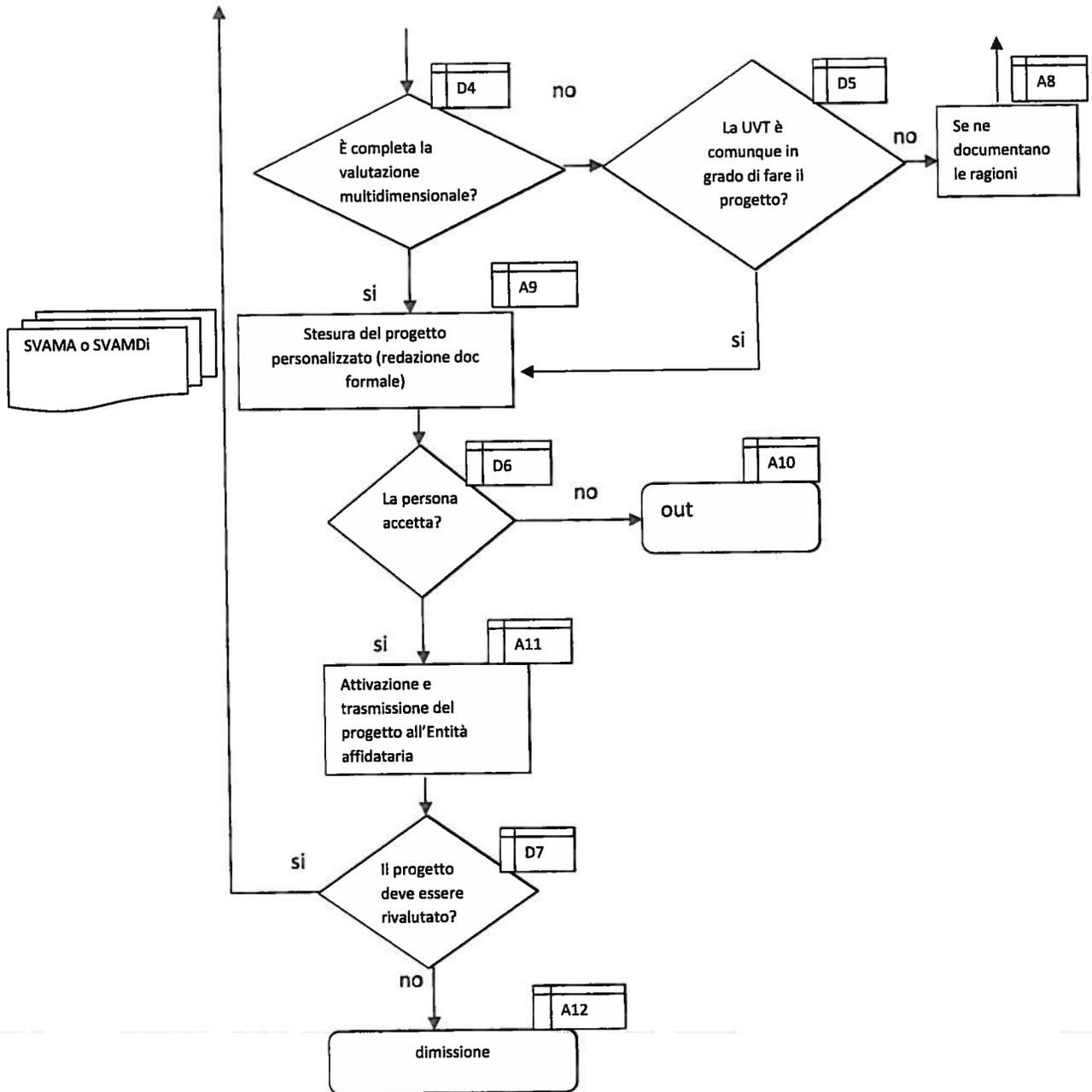
Sig.ra Barbara Collu Infermiere, Servizio Professioni Sanitarie, facilitatore gruppo lavoro.

Referente unico del percorso

Dr.ssa Annaclara Melis, Medico, Direttore del Distretto di Sanluri

RAGIONAMENTO CLINICO





NOTE ESPLICATIVE FLOW CHART**A = ATTIVITA'****D = QUESITO O SNODO DECISIONALE**

A1 = Espressione del bisogno (formale o informale): l'espressione del bisogno può arrivare da MMG, da medici delle U.O. ospedaliere per pazienti in dimissione, da servizi sanitari territoriali, da servizi sociali comunali, dai familiari della persona portatrice di bisogno o dalla rete informale (es. conoscenze).

L'espressione formale del bisogno si realizza attraverso la compilazione da parte dei soggetti segnalatori, della scheda di adesione (vedi allegato 2), l'espressione informale invece è verbale (contatto diretto con operatore PUA, contatto telefonico) con successiva formalizzazione attraverso la compilazione della scheda da parte del segnalatore. La scheda di contatto deve essere accompagnata dalla relazione sanitaria del medico di riferimento del paziente.

N.B.: per le dimissioni ospedaliere e da strutture residenziali la richiesta deve essere presentata almeno 3 giorni prima della dimissione prevista (senza considerare il sabato, la domenica e i festivi) affinché il PUA possa garantire la tempestività e la continuità della risposta.

Per le dimissioni dal Presidio Ospedaliero aziendale deve essere applicata la "Procedura attivazione PUA-UVT da P.O." (allegato 6) e la "Procedura per l'attivazione dei servizi sociali comunali" (allegato 7).

A2= Accoglienza della richiesta: la richiesta viene accolta dall'operatore del PUA, presente in ogni distretto, che provvede al protocollo della stessa che comprova la data del ricevimento. Eventuali domande di rivalutazione del progetto non potranno essere ripresentate a meno di motivate e significative variazioni sanitarie e sociali.

Per quanto riguarda i bisogni complessi dei pazienti ricoverati presso le UO dell'H aziendale, deve essere coinvolta di norma l'AS presente in ospedale (telefono 070 9378352), in caso di sua assenza ci si deve rivolgere al PUA competente per Distretto.

A3= raccolta dati per il completamento della richiesta: l'operatore del PUA se possibile raccoglie immediatamente i dati mancanti o ne sollecita il completamento, se il proponente è un professionista sanitario, anche attraverso una comunicazione formale.

D1= La richiesta è completa?: l'operatore PUA verifica la completezza della scheda di contatto e la presenza della relazione sanitaria.

A4=: Invio al responsabile del PUA: che verificata la pertinenza della domanda individua le figure professionali che dovranno effettuare la valutazione monodimensionale e raccogliere i dati necessari per la valutazione multidimensionale e multi professionale.

D2= il bisogno è complesso?: il bisogno viene valutato dai componenti del PUA.

A5=si invia al servizio di competenza: bisogno non complesso che richiede soddisfazione con intervento semplice (prescrizione di ausili, visita specialistica o altro)

A6= valutazione monodimensionale: l'operatore amministrativo del PUA, su indicazione del responsabile, invia copia della richiesta ad ogni professionista perchè possa essere effettuata la valutazione del bisogno per quanto di competenza con la compilazione della scheda prevista dalla normativa regionale (SVAMA allegato 3)

D3 = è completa la valutazione monodimensionale? Il responsabile del PUA verifica che siano state effettuate le valutazioni. Può richiedere approfondimenti per l'ambito specifico.

A7= Attivazione UVT competente per valutazione multidimensionale: da parte del coordinatore del PUA che stabilisce la data e l'ora della riunione della UVT. Può avvenire a seguito di una nuova richiesta di presa in carico o essere necessaria a seguito della valutazione al termine di un precedente piano.

D4 = È completa la valutazione multidimensionale?: valutazione effettuata in sede UVT da tutti i componenti.

D5= La UVT è comunque in grado di fare la valutazione? Tutti gli operatori concorrono a raccogliere e fornire informazioni utili ad effettuare una completa valutazione del caso, sia rispetto all'analisi della situazione, che rispetto alla disponibilità di risorse attivabili per l'attuazione del progetto. E' importante acquisire anche e soprattutto la volontà dell'utente o dei suoi famigliari, costituendo quest'ultima aspetto fondamentale della valutazione.

A8= Se ne documentano le ragioni. L'UVT non è in grado di fare la valutazione, predisporre un verbale in cui vengono elencate le cause che non consentono la definizione di progetto. Conserva una copia del verbale e ne consegna una alla famiglia, ai servizi sociali del comune.

A9= Stesura del progetto personalizzato (redazione doc formale). (allegato 3).

Nel progetto personalizzato verranno precisati i tempi massimi per l'avvio delle procedure socio-sanitarie delle seguenti prestazioni:

Unita' Operativa/Servizio	URGENTE	ORDINARIO
Cure Domiciliari integrate	4 giorni	15 giorni
Assistenza sociosanitaria residenziale (RSA, Casa Protetta)	4 giorni	15 giorni
Assistenza riabilitativa residenziale (ad alta intensità, a ciclo diurno)	4 giorni	15 giorni
Altre progettualità territoriali integrate (Progetto ritornare a casa, Centro diurno polivalente)	Non previsto dalla norma	15 giorni
Assistenza domiciliare comunale	4 giorni	15 giorni

I tempi dell'avvio delle procedure non coincidono necessariamente con l'erogazione delle prestazioni/interventi in quanto condizionati dai processi delle singole Unità operative.

E' compito del Responsabile UVT, consegnare o trasmettere in forma scritta al richiedente o ad un suo referente e ai servizi sociali comunali copia del verbale UVT ed il nominativo dell'operatore di riferimento entro **tre giorni** successivi alla data di valutazione.

D6= La persona accetta? La persona, o in caso di impedimento un suo rappresentante legale, da il proprio consenso firmando il verbale.

A10=out: sul verbale si specifica che l'utente non accetta il progetto personalizzato proposto, se ne elencano le motivazioni e lo stesso utente/delegato lo sottoscrive.

A11= Attivazione e trasmissione del progetto all'Entità affidataria: RSA, Case Protette, Cure Domiciliari, ecc. (allegato 5: elenco RSA e Case Protette) Il Responsabile UVT contatta telefonicamente l'entità affidataria concordando la data di inserimento dell'utente e successivamente invia entro 24 ore la comunicazione formale.

D7 = Il piano è a termine? Se si nuova convocazione dell'UVT per il riesame del caso e la valutazione dei risultati ottenuti rispetto ai risultati attesi e rispetto al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto individualizzato e stesura di un nuovo piano che proroghi il progetto originario o lo modifiche in base alle risultanze della nuova valutazione multidimensionale e multidisciplinare se no **A12**

A12= dimissione

INDIRIZZI DEL PUA

- **Distretto di Sanluri**

Presso poliambulatorio via Bologna tel. / fax 070 9359549

- **Distretto di Guspini**

Presso poliambulatorio via Montale tel. 070 97611604 - fax 97611628

CONCLUSIONI

A pochi mesi dalla implementazione del percorso si è resa necessaria la revisione dello stesso per quanto riguarda la parte dei rapporti con la struttura ospedaliera aziendale. A fronte di una comunicazione non sempre omogenea si è allargato il gruppo di lavoro ad una maggiore rappresentanza degli attori ospedalieri favorendo momenti di integrazione e ricerca di soluzioni condivise. L'analisi delle cause e la ricerca delle soluzioni hanno portato alla redazione di apposita procedura per l'attivazione del PUA nella fase intra-ospedaliera.

Ancora sussistono le criticità relative alla assenza dell'assistente sociale nel Distretto di Guspini.

Prossima revisione prevista a sei mesi a meno di presenza di ulteriori criticità.

Per quanto riguarda il dettaglio del percorso riferito alle Cure Domiciliari e alla Riabilitazione globale si fa riferimento ai percorsi specifici.

2ª revisione novembre 2012

Condivisione procedura di segnalazione casi / attivazione assistenti sociali comunali.

ALLEGATI

1. Scheda di valutazione psicologica
2. Scheda adesione PUA
3. Scheda di valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane. (SVAMA)
4. Elenco RSA e Case Protette
5. Sistema Atl@nte
6. Procedura attivazione PUA-UVT da P.O.
7. Procedura per l'attivazione dei servizi sociali comunali.

Scheda di valutazione psicologica

VALUTAZIONE PSICOLOGICA

NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ DATA : _____

Stato civile: _____ Istruzione _____

Occupazione attuale _____ Precedente _____

Da quando la situazione occupazionale è cambiata? _____

Diagnosi _____

Mese/anno _____

 Richiesta intervento psicologico: 1. SI 2. NO

Test somministrati

PUNTEGGI

Geriatric Depression Scale

Short Portable Mental Status

Altro:

VALUTAZIONE FINALE DELLA PSICOLOGA
PAZIENTE

CAREGIVER: _____

Et : _____

Stato civile: _____

Occupazione: _____

Richiesta intervento psicologico: 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO	
Test somministrati	PUNTEGGI
Caregiver burden inventory	
Scala di valutazione della malattia cronica sulla famiglia	

Ha sospeso l'attività lavorativa per assistere il suo congiunto? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input checked="" type="checkbox"/> SI temporaneamente 3. <input type="checkbox"/> NO	
Da quando il suo congiunto è malato lei ha fatto uso di psicofarmaci?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input checked="" type="checkbox"/> NO
Prima della malattia del suo congiunto prendeva psicofarmaci?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input checked="" type="checkbox"/> NO

VALUTAZIONE FINALE DELLA PSICOLOGA	FAMIGLIA

VALUTAZIONI PERIODICHE

DATA-SEDE

--

PSICOLOGA PUA-UVT

FIRMA _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi)

Io sottoscritto, consapevole delle responsabilità di carattere penale e civile derivante da dichiarazioni mendaci, dichiaro ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

di essere residente in

che il proprio familiare è residente in

che la famiglia convivente si compone di :

Cognome e nome.	Luogo e data di nascita.	Rapporto con il dichiarante.
1.....	1.....	1.....
2.....	2.....	2.....
3.....	3.....	3.....
4.....	4.....	4.....
5.....	5.....	5.....
6.....	6.....	6.....
7.....	7.....	7.....
<i>Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione del proprio domicilio.</i>		

Data ____/____/____ Firma del richiedente _____

Al sensi del D. Lgs 198/2003 AUTORIZZO codesto Servizio al trattamento e archiviazione dei dati personali consentendone l'accesso a tutti i collaboratori nei vari percorsi procedurali connessi, per tutto il periodo necessario alla presa in carico.

Data ____/____/____ Firma _____

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.T.	
NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA (vedi scheda "Valutazione Sanitaria") VIP	
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale") VPIA	
POTENZIALE RESIDUO (da valutare in U.V.T.) VPOT	
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL e MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarse probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	50

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizie della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toiletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE				100

PROFILO DELL'AUTONOMIA			
SITUAZIONE COGNITIVA			
PCOG	VCOG		
1	lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
2	confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
3	molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
DISTURBI COMPORTAMENTALI			
PCOG	problemi comportamentali prevalenti (se presenti indicare nel riquadro a fianco, indipendentemente dal punteggio SPMSQ. Si tratta infatti di un'informazione aggiuntiva alla valutazione cognitiva indicata con PCOG 1, 2 o 3.)		
4			
MOBILITÀ			
PMOB	VMOB		
1	si sposta da solo		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
2	si sposta assistito		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 20
3	non si sposta		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40
SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)			
PADL	VADL		
1	autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 40
3	totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60
NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA			
PSAN	VSAN		
1	bassa		Punteggio = 0 - 5
2	intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	elevata		Punteggio = 25
SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE			
PSOC	VSOC		
1	ben assistito		Punteggio = 0 - 60
2	parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240
CODICE PROFILO (pcog + pmob + padl + psan)			
PROF		<input type="checkbox"/>	PSOL

VERBALE U.V.T.																																														
NOME:	DATA DI NASCITA:																																													
SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:																																														
SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.T. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:																																														
La persona viene valutata dall'UVT non autosufficiente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																														
CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE:																																														
<input type="checkbox"/> 01 ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	<input type="checkbox"/> 06 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA																																													
<input type="checkbox"/> 02 OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA	<input type="checkbox"/> 07 ALTRE FORME DI ASSISTENZA																																													
<input type="checkbox"/> 03 OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE	<input type="checkbox"/> 08 LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI																																													
<input type="checkbox"/> 04 CENTRO DIURNO	<input type="checkbox"/> 09 ALLOGGIO PROTETTO																																													
<input type="checkbox"/> 05 ASSISTENZA DOMICILIARE																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">convocati</th> <th style="width: 10%;">presenti</th> <th style="width: 40%;">PARTECIPANTI</th> <th style="width: 20%;">Nome</th> <th style="width: 10%;">Firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Responsabile U.V.T.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>Medico curante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Assistente sociale</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>Esperto (Settimid)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Responsabile U.V.T.			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Medico curante			<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	Assistente sociale			<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	Esperto (Settimid)			<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6				<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7				<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8			
convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Responsabile U.V.T.																																												
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Medico curante																																												
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	Assistente sociale																																												
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	Esperto (Settimid)																																												
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5																																													
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6																																													
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7																																													
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Il responsabile del caso sarà: _____ <input type="checkbox"/> attivazione <input checked="" type="checkbox"/> verifica </td> <td style="width: 50%;"> Verifica programmata: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.T. </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> DATA: </td> </tr> </table>		Il responsabile del caso sarà: _____ <input type="checkbox"/> attivazione <input checked="" type="checkbox"/> verifica	Verifica programmata:	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.T.		DATA:																																								
Il responsabile del caso sarà: _____ <input type="checkbox"/> attivazione <input checked="" type="checkbox"/> verifica	Verifica programmata:																																													
TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.T.																																														
DATA:																																														

S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

NOME: _____ **DATA DI NASCITA:** () () () () () ()

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ **DATA:** () () () () () ()

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	no	si
Diabete insulino dipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessita di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro-die), aimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessita come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale ed ureterosomia	0	5
Nevrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia analgica con oppioidi che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti ed altre lesioni della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	0	50

SENSORIO E COMUNICAZIONE	
LINGUAGGIO (COMPRESIONE)	
0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non capisce
LINGUAGGIO (PRODUZIONE)	
0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime
UDITO (eventualmente con protesi)	
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa
VISTA (eventualmente con occhiali)	
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

INDICARE FINO A 3 PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UVM)

MALATTIE GENERALI	
<input type="checkbox"/> A17 Coma	<input type="checkbox"/> A88 Effetti tossici da altre sostanze
<input type="checkbox"/> A18 Sindrome aporitmica	<input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgica / trattamento medico
<input type="checkbox"/> A19 Carcinomatosi (vedi primitiva sconosciuta)	<input type="checkbox"/> A89 Conseguenza applicazione protesi
<input type="checkbox"/> A20 Incisione / lesione traumatica NSA	<input type="checkbox"/> A90 Anomalia multiple congenite
<input type="checkbox"/> A41 Protraumatismo / lesioni interne	<input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia
<input type="checkbox"/> A42 Effetti tardivi di un trauma	<input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spaz.
<input type="checkbox"/> A44 Avvelenamento da sostanze medicinale	
SANGUE / LINFATICI / MILZA	
<input type="checkbox"/> B71 Leucemia cronica / non specifica	<input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro
<input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin	<input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati
<input type="checkbox"/> B73 Leucemia	<input type="checkbox"/> B82 Pseudo / difetti coagulazione / piastrine
<input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne	<input type="checkbox"/> B87 Sferromegalia
<input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec.	<input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC)
<input type="checkbox"/> B78 Anemie ereditarie eritocitarie	<input type="checkbox"/> B89 Altre malattie sangue / infatici / milza
<input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite	
SISTEMA DIGERENTE	
<input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale	<input type="checkbox"/> D87 Ectesi di funzione gastrica
<input type="checkbox"/> D20 Diarrea infettiva / dissenteria	<input type="checkbox"/> D68 Appendicite
<input type="checkbox"/> D32 Epatite virale	<input type="checkbox"/> D69 Emia regionale
<input type="checkbox"/> D74 Neoplasia maligna stomaco	<input type="checkbox"/> D90 Emia diaframmatica / disseibasi
<input type="checkbox"/> D75 Neoplasia maligna colon / retto	<input type="checkbox"/> D91 Altre emie addominali
<input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas	<input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare
<input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec.	<input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile
<input type="checkbox"/> D81 Anomalia congenite	<input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa
<input type="checkbox"/> D82 Malattia di denti / gengive	<input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale
<input type="checkbox"/> D83 Malattia di bocca / lingua / labbra	<input type="checkbox"/> D96 Epistassi
<input type="checkbox"/> D84 Malattia dell'esofago	<input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche
<input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale	<input type="checkbox"/> D98 Colelitiasi / colelitisi
<input type="checkbox"/> D96 Altre ulcere peptiche	<input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente
OCCHIO	
<input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi	<input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione
<input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite	<input type="checkbox"/> F92 Cataratta
<input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina	<input type="checkbox"/> F93 Glaucoma
<input type="checkbox"/> F83 Retinopatia	<input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità
<input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula	<input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari
<input type="checkbox"/> F85 Ulcera corale (inf. epitelica)	

ORECCHIO	
<input type="checkbox"/> H83 Tinnito / ronzio / ronzio	<input type="checkbox"/> H88 Otite cronica, altre infezioni orecchio
<input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio	<input type="checkbox"/> H84 Neoplasia dell'orecchio
<input type="checkbox"/> H75 Neoplasia dell'orecchio	<input type="checkbox"/> H86 Tono / gradi di sordità NSA
<input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano	<input type="checkbox"/> H89 Altre malattie orecchio / mastoide
<input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa	
SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO	
<input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardipatia	<input type="checkbox"/> K86 Ipertensione non complicata
<input type="checkbox"/> K73 Anomalia congenita cuore / sistema circolatorio	<input type="checkbox"/> K87 Ipertensione con coinvolgimento organi bersaglio
<input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris	<input type="checkbox"/> K88 Ipertensione polmonare
<input type="checkbox"/> K75 Infarto miocardico acuto	<input type="checkbox"/> K89 Ischemia cerebrale transitoria
<input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche	<input type="checkbox"/> K90 Colpo / accidente cerebrovascolare
<input type="checkbox"/> K77 Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> K91 Aterosclerosi nei cuore / cervello
<input type="checkbox"/> K78 Fibrillazione atriale / flutter	<input type="checkbox"/> K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
<input type="checkbox"/> K79 Tachicardia parossistica	<input type="checkbox"/> K93 Embolia polmonare
<input type="checkbox"/> K80 Batti ectopici tutti i tipi	<input type="checkbox"/> K94 Flebite / tromboflebite
<input type="checkbox"/> K82 Cuore polmonare cronico	<input type="checkbox"/> K95 Vene varicose delle gambe (escl 597)
<input type="checkbox"/> K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA	<input type="checkbox"/> K96 Altre malattie sistema circolatorio
<input type="checkbox"/> K84 Altre malattie del cuore	
SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO	
<input type="checkbox"/> L70 Infezioni	<input type="checkbox"/> L83 Sindromi colonna cervicale
<input type="checkbox"/> L71 Neoplasia	<input type="checkbox"/> L84 Osteoartriti colonna
<input type="checkbox"/> L72 Frattura radio / ulna	<input type="checkbox"/> L85 Deformità acquisite della colonna
<input type="checkbox"/> L73 Frattura caviglia / tibia	<input type="checkbox"/> L86 Lesione disc. lombare / radiazione
<input type="checkbox"/> L74 Frattura caviglia / piede	<input type="checkbox"/> L88 Artrite reumatoide / condizioni affini
<input type="checkbox"/> L75 Frattura femore	<input type="checkbox"/> L89 Osteoartriti dell'anca
<input type="checkbox"/> L76 Altre fratture	<input type="checkbox"/> L90 Osteoartriti del ginocchio
<input type="checkbox"/> L77 Distorsione e stiramento caviglia	<input type="checkbox"/> L91 Altre osteoartriti
<input type="checkbox"/> L78 Distorsione e stiramento ginocchio	<input type="checkbox"/> L92 Sindromi della spalla
<input type="checkbox"/> L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni	<input type="checkbox"/> L95 Osteoporosi
<input type="checkbox"/> L80 Lussazione	<input type="checkbox"/> L97 Lesione intima cronica dei vasi
<input type="checkbox"/> L81 Altre lesioni traumatiche	<input type="checkbox"/> L98 Deformità acquisite degli arti
<input type="checkbox"/> L82 Anomalia congenita	<input type="checkbox"/> L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico
SISTEMA NERVOSO	
<input type="checkbox"/> N17 Vertigine / capogiro (escl H82)	<input type="checkbox"/> N85 Anomalia congenita
<input type="checkbox"/> N19 Disturbi del linguaggio	<input type="checkbox"/> N86 Sclerosi multipla
<input type="checkbox"/> N70 Poliomielite / altri enterovirus	<input type="checkbox"/> N87 Parkinsonismo
<input type="checkbox"/> N71 Meningite / encefalite	<input type="checkbox"/> N88 Epilessia tutti i tipi
<input type="checkbox"/> N72 Tetano	<input type="checkbox"/> N89 Emicrania
<input type="checkbox"/> N73 Altre infezioni sistema nervoso	<input type="checkbox"/> N90 Cefalea a grappolo
<input type="checkbox"/> N74 Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
<input type="checkbox"/> N75 Neoplasia benigna	<input type="checkbox"/> N92 Neuralgia del trigemino
<input type="checkbox"/> N76 Neoplasie non spec	<input type="checkbox"/> N93 Sindrome del tunnel carpale
<input type="checkbox"/> N79 Commozione cerebrale	<input type="checkbox"/> N94 Altre nevralgie periferiche
<input type="checkbox"/> H81 Altre lesioni traumatiche	<input type="checkbox"/> N99 Altre malattie del sistema nervoso
DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI	
<input type="checkbox"/> P13 Encopresi	<input type="checkbox"/> P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
<input type="checkbox"/> P15 Abuso cronico di alcool	<input type="checkbox"/> P75 Disturbo isterico / ipocondriaco
<input type="checkbox"/> P17 Abuso di tabacco	<input type="checkbox"/> P76 Disturbo depressivo
<input type="checkbox"/> P18 Abuso di medicinali	<input type="checkbox"/> P77 Tentative di suicidio
<input type="checkbox"/> P19 Abuso di droghe	<input type="checkbox"/> P78 Neuroscizia / sumanaga
<input type="checkbox"/> P20 Disturbi di memoria / concentrazione	<input type="checkbox"/> P79 Altro disturbo neuroscizia
<input type="checkbox"/> P70 Demenza senile / Alzheimer	<input type="checkbox"/> P80 Disturbo di personalità
<input type="checkbox"/> P71 Altre psicosi organica	<input type="checkbox"/> P85 Ritardo mentale
<input type="checkbox"/> P72 Schizofrenia tutti i tipi	<input type="checkbox"/> P86 Altro / non spec psicosi
<input type="checkbox"/> P73 Psicosi affettiva	<input type="checkbox"/> P89 Altri disturbi mentali / psicologici
SISTEMA RESPIRATORIO	
<input type="checkbox"/> R70 Tubercolosi respiratori (escl A70)	<input type="checkbox"/> R15 Altre neoplasie maligne
<input type="checkbox"/> R80 artrosi / gravità / senza polmonite	<input type="checkbox"/> R39 Anomalia congenita sistema respiratorio
<input type="checkbox"/> R81 Polmonite	<input type="checkbox"/> R31 Bronchite cronica / bronchiectasie
<input type="checkbox"/> R82 Tutte le pleuriti (escl R70)	<input type="checkbox"/> R35 Enfisema / BPCO
<input type="checkbox"/> R83 Altre infezioni del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> R36 Asma
<input type="checkbox"/> R84 Neoplasia maligna bronchi / polmone	<input type="checkbox"/> R39 Altre malattie sistema respiratorio

CLUTE E AMMESSI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> S13 Abscessi / scabbia | <input type="checkbox"/> S84 Impetigine |
| <input type="checkbox"/> S18 Lacerazione / taglio | <input type="checkbox"/> S85 Cisti piloniche / istore |
| <input type="checkbox"/> S19 Altre lesioni traumatiche pelle | <input type="checkbox"/> S87 Dermatite atopica / eczema |
| <input type="checkbox"/> S70 Herpes zoster | <input type="checkbox"/> S88 Dermatite da contatto / altro eczema |
| <input type="checkbox"/> S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari | <input type="checkbox"/> S89 Escartema da pannolino |
| <input type="checkbox"/> S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle | <input type="checkbox"/> S91 Foruncoli |
| <input type="checkbox"/> S74 Dermatofitosi | <input type="checkbox"/> S52 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare |
| <input type="checkbox"/> S75 Micosi / candidosi (altre) | <input type="checkbox"/> S94 Unghia incarnita / altre malattie unghie |
| <input type="checkbox"/> S76 Altre malattie infettive pelle | <input type="checkbox"/> S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa) |
| <input type="checkbox"/> S77 Neoplasie maligne della pelle | <input type="checkbox"/> S98 Chiridia |
| <input type="checkbox"/> S80 Altre (non spec. neoplasie pelle | <input type="checkbox"/> S99 Altre malattie pelle / tessuto sottocutaneo |

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> T05 Anorexia nervosa / bulimia | <input type="checkbox"/> T65 Ipotroidismo / mixedema |
| <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso | <input type="checkbox"/> T67 Ipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> T11 Disidratazione | <input type="checkbox"/> T90 Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide | <input type="checkbox"/> T91 Carenze vitaminica / altro disturbo nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T73 Altre (non spec neoplasie | <input type="checkbox"/> T92 Goitre |
| <input type="checkbox"/> T82 Obesità (BMI >=30) | <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico |
| <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI <30) | <input type="checkbox"/> T99 Altre malattie endocrino metaboliche nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iparmiadismo / tireotossicosi | |

SISTEMA URINARIO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> U04 Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> U70 Altre neoplasie non spec tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U70 Pielonefrite / pielite acuta | <input type="checkbox"/> U85 Anomalia congenita tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA | <input type="checkbox"/> U88 Ginecologia infettiva |
| <input type="checkbox"/> U75 Neoplasie maligne del rene | <input type="checkbox"/> U95 Calcoli urinari di ogni tipo / sede |
| <input type="checkbox"/> U76 Neoplasie maligne della vescica | <input type="checkbox"/> U99 Altre malattie sistema urinario |

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice | <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / altre NSA |
| <input type="checkbox"/> X76 Neoplasie maligne della mammella | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale |
| <input type="checkbox"/> X77 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> X09 Altre malattie sistema genitale femminile |
| <input type="checkbox"/> X81 Altre (non spec neoplasie genit femminile | |

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Y74 Cistite / epididimitis | <input type="checkbox"/> Y76 Altre neoplasie maligne |
| <input type="checkbox"/> Y77 Neoplasie maligne prostata | <input type="checkbox"/> Y99 Altre malattie genit masch / incl testes |

COMPILATORE

nome: _____

firma: _____

S.V.A.M.A. VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE
--

NOME: _____	DATA DI NASCITA: [][][][][][][][][]
SEDE DI VALUTAZIONE: _____	DATA: [][][][][][][][][]

SITUAZIONE COGNITIVA	
SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (barrare la casella in caso di errore)	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	
Che giorno è della settimana?	
Come si chiama questo posto?	
Qual è il suo indirizzo?	
Quanti anni ha?	
Quando è nato?	
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa?)	
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	VCOG
<p>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:</p>	
	VCOG1
<p>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:</p>	
<p>Nel caso si tratti di soggetti psicogenetici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:</p>	

SITUAZIONE FUNZIONALE INDICE DI BARTHEL - Attività di Base (Barbare per ogni area un unico punteggio)	
ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibile. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo (tagliare il cibo, se lo desidera, usare sale e pepe, squamare il formo, ecc).	0
Incapace 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, zuccherare o altro nella tazzina, usare sale e pepe, squamare il formo, 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 (intubato, SNG, PEG, ecc).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice 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 (trattamenti, 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 nei lavarsi.	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, acconciare i capelli e rendersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, compresa le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciare i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere o chiudere correttamente gli indumenti, attaccarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un cerastio od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, staci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettere supposte o praticarsi un enteroclisma se neces.	0
Puro necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclistami; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulizia da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto e l'uso di dispositivi come pannolini, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinentia.	10
CONTINENZA URINARIA	
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
Incontinentia ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinentia e incapace di dimora esterno, la voce che interessa. Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10

USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarli, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comodina o la padella, o il piattocchia, ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla.	0
Necessità di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa in modo indipendente il wc che per svuotarla e pulirla.	2
Necessità di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i tessuti/arredi e per lavare le mani.	5
Necessità di aiuto per tutti gli aspetti.	9
Completamente dipendente.	10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	
MOBILITÀ INDICE DI BARTHEL	
TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA o CARROZZINA (completare anche in caso di paziente totalmente a letto)	
È indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi a letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare la pedana, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e riassestarsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia e 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. Necessaria una persona per facilitare l'andare con o senza un sollevatore meccanico.	15
DEAMBULAZIONE (Lunghiarmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulatore per 50 m, senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesa se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e alzarsi gli ausili a portata di mano.	0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessità di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
Necessità 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, girarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.
	Capace di spostarsi autonomamente per percorsi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
Necessità della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza o l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutta la parte mancante.
Non in grado di deambulazione autonoma.	15
	0 15
SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampella 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 disprea, ecc.)	2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.	5
Necessità di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITÀ	
VILOB	

DOMANDA DI INTERVENTO: Motivo della domanda (una sola risposta) 01 <input type="checkbox"/> perdita di autonomia 02 <input type="checkbox"/> famiglia non in grado di provvedere 03 <input type="checkbox"/> malattia 04 <input type="checkbox"/> alloggio non idoneo 05 <input type="checkbox"/> altro		La persona è informata della domanda? 1 <input type="checkbox"/> sì 2 <input type="checkbox"/> no
Iniziativa della domanda (una sola risposta) 01 <input type="checkbox"/> propria 02 <input type="checkbox"/> familiare o amica 03 <input type="checkbox"/> soggetto o familiare obbligato 04 <input type="checkbox"/> assistente sociale o infermiere 05 <input type="checkbox"/> medico 06 <input type="checkbox"/> tutore 07 <input type="checkbox"/> altro soggetto	Tipologia della domanda (una sola risposta) 01 <input type="checkbox"/> genetica 02 <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare 03 <input type="checkbox"/> centro diurno 04 <input type="checkbox"/> ospitalità temporanea assistita 05 <input type="checkbox"/> altra ospitalità temporanea 06 <input type="checkbox"/> accoglimento in residenza	
Medico curante: _____ Tel. _____		
PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE: Cognome e nome _____ Via _____ Comune _____ Tessuto _____ grado di parentela _____		

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) <small>(ART.43) O: coniuge, figli e discendenti prossimi, partner e ascendenti prossimi, genitori e nonni, suoceri, fratelli e sorelle</small>										
1	Cognome e nome	2 Indirizzo	3 Telefono	4 Indirizzo e-mail	5 SICCO			6 SICCOPE		
					ADL	IADL	Super-visione	ADL	IADL	Sicco-ricerca
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)										
1										
2										
3										

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnalare i servizi attivi)				<small>h/sett. min/sett.</small>	
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (ora/sett)	3	PASTI A DOMICILIO	6	VIGILANZA-ACCOMPAGNAMENTO
		4	TELESOCORSO	7	IGIENE DELLA CASA
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (ora/sett)	5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	8	ASSISTENZA ALLA PERSONA

C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, GI = genitore, NO = non/a, O = onde diretto, I = riposta/indietro, NU = jere/n/nuora, AL = altro familiare, VI = altri d'ind
 C = convivente, V = immediata vicinanza, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza o lo è stata finora)
 precisare se si occupa di ADL: bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti, ADL pulizia casa acquisti, preparazione pasti, lavanderia, super-ke e di natura no-Taj
 indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per i fut

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)	
<input type="checkbox"/> proprietà <input type="checkbox"/> usufrutto <input type="checkbox"/> titolo gratuito <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: § a <input type="checkbox"/> privata § b <input type="checkbox"/> pubblica E' in atto lo sfratto esecutivo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta) <i>(risponde ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i>	
<input type="checkbox"/> servita <input type="checkbox"/> poco servita <input type="checkbox"/> isolata	
ARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)	
<input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> solo esterne <input type="checkbox"/> interne	piano: _____ ascensore <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
GIUDIZIO SINTETICO	
<input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servita) <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con lacune interne ed esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, inadatto ed igienico ed abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiava, età sfratto esecutivo, età isolata)	
NOTE:	

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita e anche solo di importo)</i>	€.
RISPARMI DELL'ANZIANO:	<input type="checkbox"/> non inferiori a € 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a € 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre € 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€.
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500,00 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente si
NOTE:	

Elenco Case Protette e RSA convenzionate con la ASL 6

CASA PROTETTA	
Casa Protetta Zucca Congia	Sanluri
Casa Protetta Madonna del Carmine	Furtei
Casa Protetta Santa Maria Assunta	Guspini
Casa Floris	Guspini
Casa Protetta Fra Nicola da Gesturi	Selegas
Casa Protetta della Mercedes	Cagliari
Casa Protetta Villa degli Ulivi	Monastir
Casa Protetta Sacro Cuore	Serramanna
Casa Protetta Villa Serafini	Serramanna
Fondazione Randazzo	Vallermosa
Casa Protetta Sant'Elia	Nuxis
Casa Protetta Rosa del Marganai	Iglesias
Casa Protetta AIAS	Cortoghiana
Casa Protetta AIAS	Decimomannu
Casa Protetta AIAS	Domusnovas
RSA	
RSA Fondazione Randazzo	Vallermosa
RSA Fondazione Randazzo	Monastir
RSA Fondazione Randazzo	Su Planu
RSA Rosa del Marganai	Iglesias
RSA San'Elia	Nuxis
RSA Mons. V. Angioni	Flumini di Quartu
RSA Villa degli ulivi	Monastir

Descrizione Sistema informatico atl@nte

L'ASL 6 di Sanluri ha da tempo adottato come sistema informativo e informatico per la gestione dei percorsi assistenziali per le persone con disabilità, anziani che usufruiscono di prestazioni in RSA, in Casa Protetta e dei servizi di Cure Domiciliari Integrate, il Sistema Atl@nte.

Trattasi di un "modello di gestione" che trova applicazione informatica in un sistema con database e software centralizzato, con accesso "secondo autorizzazione specifica" a tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura.

Il sistema, pur nella complessità dei percorsi assistenziali, consente un buon governo dei rapporti con l'utenza e con gli erogatori ed è tale da consentire un notevole beneficio sia in termini di "conoscenza dei percorsi individuali e quindi dei risultati conseguiti", sia nella gestione dei volumi di spesa e quindi dei rapporti anche amministrativi con i vari centri.

Alla luce di questi vantaggi questa ASL ha proposto ai Centri di Riabilitazione contrattualizzati, utilizzo di Sistema Atl@nte. Tale adozione consente di gestire congiuntamente:

- Le informazioni relative all'utenza in carico ai servizi
- Le informazioni di presa in carico, dimissione, ricoveri ospedalieri, ecc.
- Le informazioni relative al ciclo di riabilitazione/servizio erogato (sia esso residenziale, semiresidenziale, domiciliare ed ambulatoriale)
- Le informazioni relative ai percorsi di cura con gestione dei progetti all'interno del sistema
- La eventuale valutazione/classificazione con l' utilizzo di schede di valutazione e classificazione presenti
- La gestione della rendicontazione economica con la predisposizione di un prospetto di sintesi per la fatturazione.
- La gestione dei rapporti contrattuali tra Centri e ASL.

Quanto sopra specificato ha l'intento di ridurre i tempi di gestione delle informazioni, i possibili errori, gli elementi di burocrazia che li contraddistinguono e facilitare quindi i rapporti tra ASL e Centri a favore di una maggiore concentrazione sui risultati dei percorsi sanitari e sociosanitari che interessano i nostri cittadini.

Questa Azienda Sanitaria ha messo a disposizione a tutti i Centri di Riabilitazione il sistema informatico e la formazione per l'utilizzo appropriato del programma Atl@nte , attualmente i Centri sono collegati al Sistema informatico.

Procedura per l'attivazione del Pua (fase intraospedaliera)

Data di prima emissione	Redazione		Verifica		Approvazione	
	Data	Gruppo di lavoro	Data	Facilitatore	Data	Direttore
Rev. n. 1.0 Giugno 2012		Mocci				

PREMESSA

“Uno dei principali obiettivi del Ssn è garantire la continuità delle cure:

- tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi etc.);
- tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio, il post dimissione, che il paziente a volte si vede costretto ancora ad affrontare da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso.
- del trattamento terapeutico quando necessario.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, delle fasi di passaggio tra i vari *setting* assistenziali”. (BOZZA Piano sanitario Nazionale 2011-2013)

INTRODUZIONE

L'analisi del processo ha evidenziato la necessità di condividere un percorso con gli assistenti sanitari del comune.

L'integrazione della procedura operativa per l'attivazione del **Punto Unico di Accesso (PUA)** per la persona portatrice di bisogno complesso ricoverata presso il Presidio Ospedaliero Aziendale nasce dalla rilevazione che ancora manca l'uniformità nell'attivazione del processo di presa in carico territoriale.

OBIETTIVI

- **Uniformare le procedure di attivazione del PUA.**
- **Migliorare integrazione Ospedale-Territorio**

- **Garantire la continuità delle cure nella dimissione presa in carico**

CAMPO DI APPLICAZIONE

Le procedure e le attività riportate nel documento devono essere sistematicamente adottate da tutto il personale coinvolto nel processo di presa in carico, nel rispetto delle varie competenze professionali.

TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, SIMBOLI: Glossario

PUA = Punto Unico di Accesso

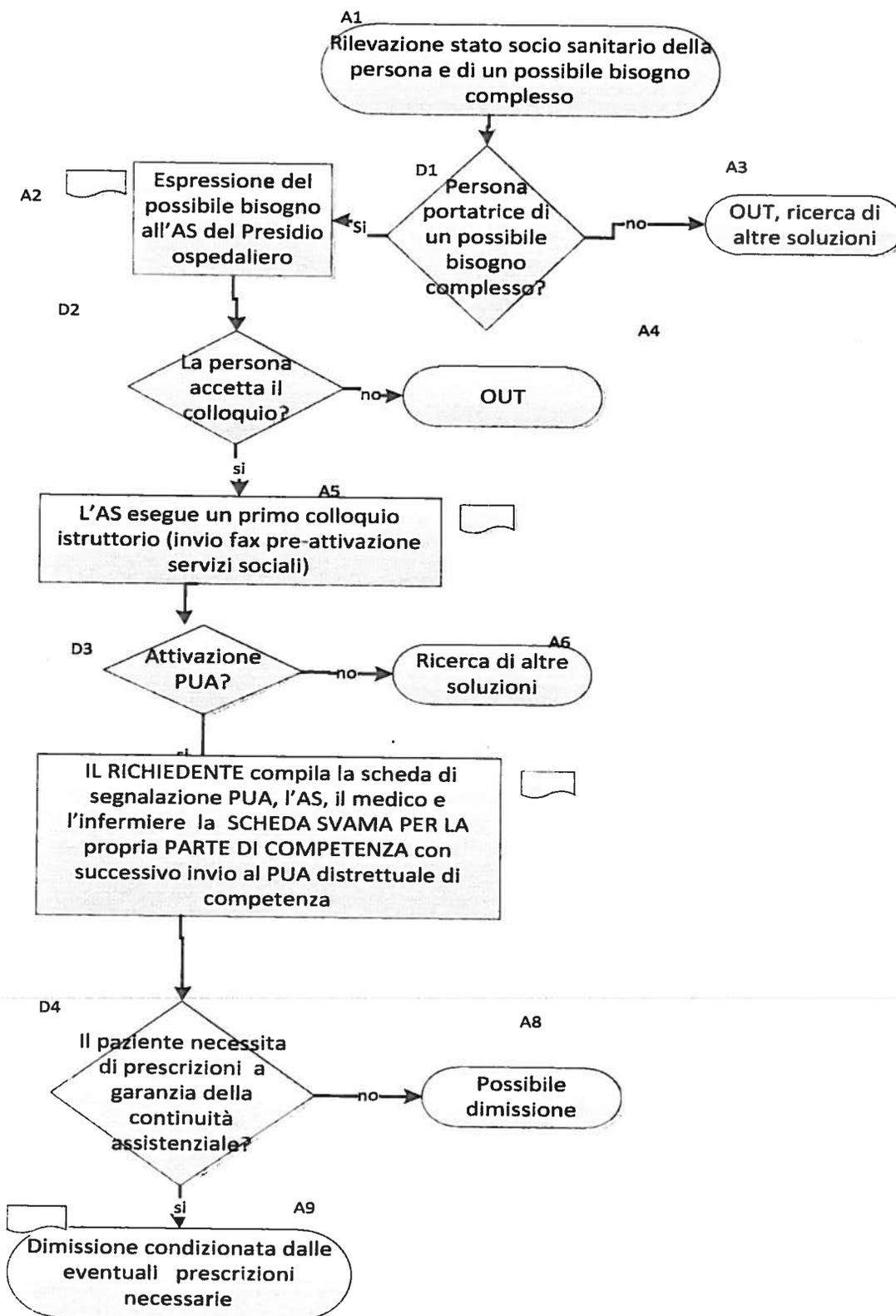
U.O. = Unità Operativa

A.S. = Assistente Sociale

BISOGNO "COMPLESSO"= presuppone la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale con l'integrazione socio-sanitaria, una Valutazione Multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

BISOGNO "SEMPLICE"= è un bisogno che non presuppone né una Valutazione Multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

PROCEDURA ATTIVAZIONE PUA: "FASE
INTRAOSPEDALIERA"



Legenda flow-chart

A1: Rilevazione stato socio sanitario della persona e di un possibile bisogno complesso: la rilevazione deve avviarsi il prima possibile. La valutazione deve essere fatta dal medico "responsabile del caso" ma può essere promossa anche dall'infermiere o dal coordinatore di UO in accordo con il personale medico. La tempestività della valutazione risulta necessaria al fine di poter rispettare i tempi organizzativi, utili alle strutture che riceveranno la persona (altre strutture assistenziali residenziali o territoriali) per organizzare la sua presa in carico.

D1: persona portatrice di un possibile bisogno complesso?

A2: Espressione del possibile bisogno complesso all'AS del Presidio ospedaliero: attraverso la compilazione della scheda di richiesta di intervento di AS a favore di ospedalizzati (ALLEGATO 1). In caso di assenza dell'A.S. (ferie, malattia,....) la segnalazione va inviata direttamente ai PUA Aziendali via fax (**Guspini 070 97611628, Sanluri 070 9359549**).

D2: La persona accetta il colloquio?

A3: OUT, ricerca di altre soluzioni.

A4: OUT PERCORSO PUA:

A5: L'AS esegue un primo colloquio istruttorio: colloquio col paziente, valutazione sociale e familiare finalizzati all'individuazione del percorso socio-assistenziale appropriato. Invia una comunicazione preliminare, attraverso apposita scheda inviata via fax (allegato 2), ai servizi sociali professionali comunali di competenza (in tutti i casi).(VEDI PROCEDURA ATTIVAZIONE SERVIZI SOCIALI COMUNALI)

D3: ATTIVAZIONE PUA? L'AS valuta l'opportunità di attivazione del PUA.

A6: Ricerca di altre soluzioni: l'AS, rilevando la mancanza dei requisiti per l'attivazione del PUA, provvede alla ricerca di altre soluzioni, per quanto di competenza, anche avvalendosi del supporto di altri professionisti e della famiglia.

A7: IL RICHIEDENTE compila la scheda di segnalazione PUA, l'AS, il medico e l'infermiere la SCHEDA SVAMA per la propria PARTE DI COMPETENZA con successivo invio al PUA distrettuale di competenza: considerata l'opportunità dell'attivazione del PUA, l'AS supporta la persona portatrice di bisogno e/o la famiglia nella compilazione della richiesta di attivazione del PUA (ALLEGATO...) ed esegue la valutazione sociale nella SVAMA (ALLEGATO....). Il medico e l'infermiere che hanno in carico la persona provvedono alla valutazione del paziente attraverso la compilazione della SVAMA, per la propria parte di competenza, in modo da delineare il quadro clinico-assistenziale, con la segnalazione dei bisogni della persona, dati utili al

PUA Distrettuale e successivamente alla UVT.. L'AS provvederà ad inoltrare la richiesta al PUA che attiverà immediatamente la valutazione multidisciplinare del caso.

D4: Il paziente necessita di prescrizioni farmacologiche, presidi o piani terapeutici a garanzia della continuità assistenziale?

A8: Possibile dimissione da concordare con la Unità di Valutazione Territoriale.

A9: Dimissione condizionata da eventuali prescrizioni necessarie: prescrizioni farmaceutiche e/o fornitura, prescrizione di presidi e piano terapeutico riabilitativo che devono essere descritti e allegati alla lettera di dimissione. Di qualsiasi variazione della data dimissione o di quant' altro stabilito dall' UVT va data opportuna comunicazione telefonica (nelle ore d'ufficio o via FAX).(Guspini fax. 070 97611628, tel. 070 97611604 Sanluri tel. e fax. 070 9359549).

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	MOTIVAZIONE	RESPONSABILITA'
Rilevazione stato socio sanitario della persona e di un possibile bisogno complesso per eventuale presa in carico da parte del PUA	Individuazione precoce soggetti candidabili.	Medico, coordinatore e infermiere di U.O.
Espressione del possibile bisogno all'AS del Presidio ospedaliero attraverso la compilazione di apposita richiesta.	Richiesta di prima valutazione.	Medico UO
Primo colloquio con la persona	Verifica della sussistenza dei presupposti per una segnalazione al PUA	Assistente Sociale
Comunicazione preliminare ai servizi professionali sociali comunali	Ridurre il tempo necessario all'attivazione dei professionisti	Assistente Sociale
Compilazione della richiesta di contatto PUA con sottoscrizione da parte della persona interessata.	Segnalazione del caso al PUA	Persona Interessata, Familiare o Assistente Sociale.
Compilazione relazione sociosanitaria (contestualmente alla presentazione della domanda)	Fornitura del quadro socio sanitario della persona utile alla valutazione del caso .	Assistente Sociale, Medico e Infermiere ognuno per la parte di competenza. (SVAMA)
PRIMA DELLA DIMISSIONE: Verificare se sono necessarie prescrizioni farmacologiche, presidi o piani terapeutici.	Garantire alla persona la continuità terapeutica e assistenziale.	Medico.
Lettera di dimissione e allegati	Garantire alla persona la continuità terapeutica	Medico.
Reperimento e consegna farmaci	Garantire alla persona la	Coordinatore, infermiere con

previsti dal Prontuario Provinciale	continuità terapeutica	eventuale collaborazione personale supporto.
Conferma della dimissione alla UVT. Altresì dovrà essere comunicata qualsiasi variazione di programma.	Garantire presa in carico territoriale e continuità	Medico e/o coordinatore.

Indicatori:

1. Numero di pazienti segnalati al PUA nei 10 giorni successivi alla dimissione/ Numero di dimessi dall'H e presi in carico dall'UVT
2. Numero di pazienti che vengono dimessi con le prescrizioni/ totale pazienti che necessitano di prescrizioni ed entrano nel percorso ADI.

In fase di Audit verrà effettuata

1. la valutazione dei rientri in ospedale entro 30 giorni dei pazienti presi in carico dal territorio

Richiesta intervento di Assistenza sociale a favore di ospedalizzati

San Gavino _____

Reparto _____

Paziente _____ letto n° _____ st.n° _____

Nato/a a _____ il _____

Residente _____ in Via _____

Ricoverato dal _____ per _____

Familiare di riferimento _____ tel. _____

Dimissione prevista _____

Motivo della segnalazione _____

Il Medico o delegato

ALLEGATO 2 alla procedura
segnalazione da PO

C. A. assistente sociale comune di _____

SCHEDA SEGNALAZIONE PERSONA RICOVERATA

Cognome e nome _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Stato civile: _____
Vive con : _____		
Residente in via _____	Telefono _____	
Località _____	C.A.P. _____	
MMG: _____	Telefono _____	

Persona/e di riferimento e recapito:

Consenso informato UTENTE FAMILIARE

Se inabilitato o interdetto recapito del curatore o amministratore di sostegno:

Sig. _____ Tel. _____

Reparto di riferimento:

Grado di autonomia della persona:

Autonoma Parzialmente dipendente Totalmente dipendente

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE:

Condizione economica (giudizio complessivo ricavato dal paziente e/o dai familiari):

RICHIESTA E IPOTESI DI INTERVENTO:

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 si autorizza il trattamento e l'archiviazione dei dati personali consentendone l'accesso a tutti i collaboratori nei vari percorsi procedurali connessi, per tutto il periodo necessario alla presa in carico.

FIRMA

San Gavino, _____

L'Assistente Sociale

Procedura per l'attivazione dei servizi sociali comunali

Data di prima emissione	Redazione		Verifica		Approvazione	
	Data	Gruppo di lavoro	Data	Facilitatore	Data	Direttore
Rev. n. 0.0						

PREMESSA

Il PUA o punto unico di ascolto, rappresenta il punto di raccolta e di ascolto del bisogno complesso della persona nel territorio. Si avvale dell'Unità di valutazione territoriale (UVT) organismo in cui convergono una molteplicità di professionisti con il compito di leggere il bisogno complesso e trovare la giusta soluzione con interventi di tipo socio sanitario. All'UVT pertanto partecipano professionisti dell'azienda ma anche il medico di medicina generale, che è responsabile del caso, e l'assistente sociale del comune di appartenenza della persona per la valutazione dello stato sociale e la ricerca di soluzioni ad eventuali problemi.

Scopo di questa procedura è delineare un percorso condiviso al fine garantire alla persona assistita con tempestività la risposta più appropriata.

OBIETTIVI

- Uniformare le procedure di attivazione dei servizi sociali comunali
- Migliorare integrazione attività UVT
- Garantire la continuità delle cure nella dimissione

CAMPO DI APPLICAZIONE

Le procedure e le attività riportate nel documento devono essere sistematicamente adottate da tutto il personale coinvolto nel processo di presa in carico, nel rispetto delle varie competenze professionali.

TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, SIMBOLI: Glossario

PUA = Punto Unico di Accesso

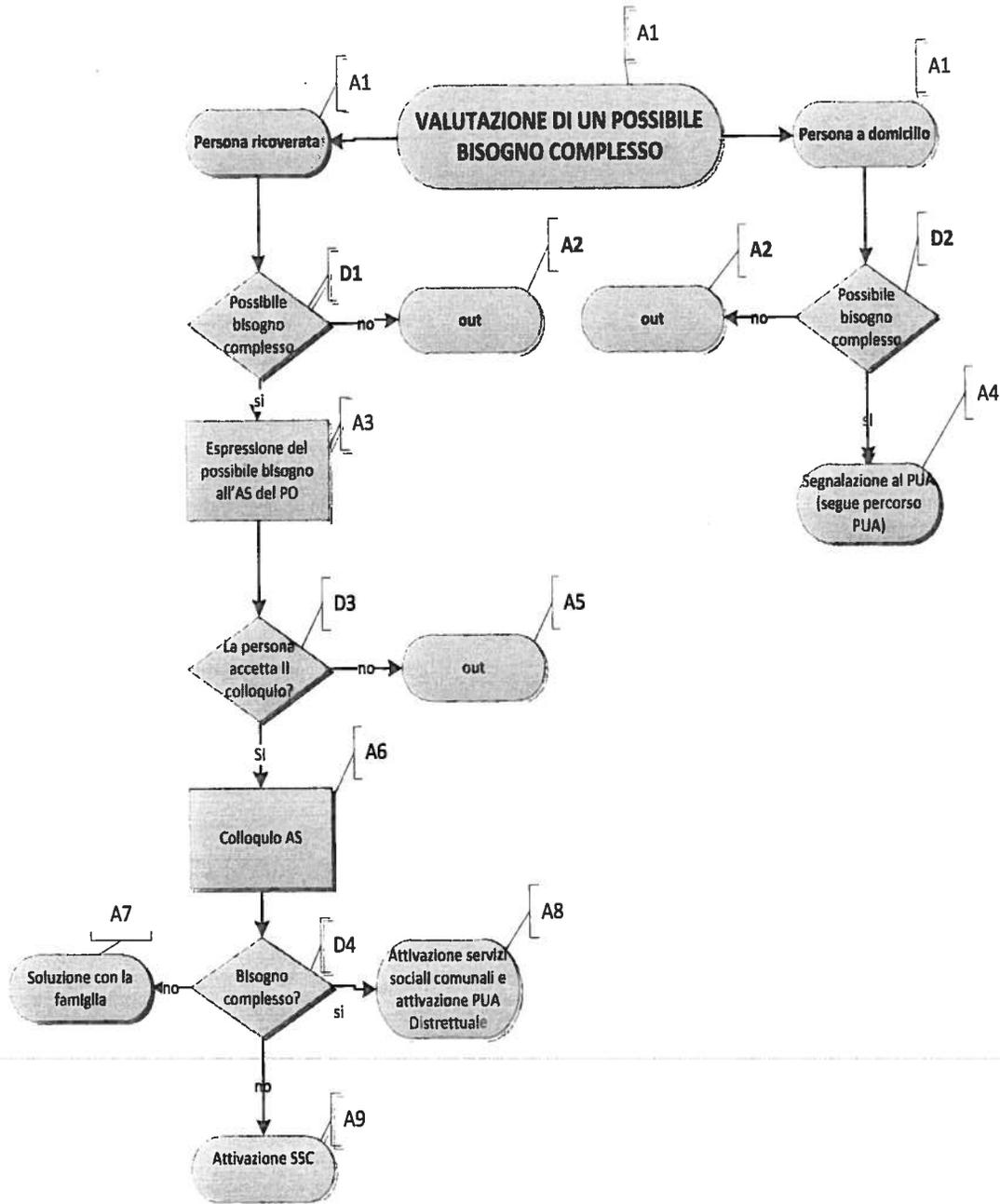
U.O. = Unità Operativa

A.S. = Assistente Sociale

BISOGNO "COMPLESSO"= presuppone la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale con l'integrazione socio-sanitaria, una Valutazione Multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

BISOGNO "SEMPLICE"= è un bisogno che non presuppone né una Valutazione Multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

PERCORSO DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI
COMUNALI



*Legenda flow-chart***A1: Rilevazione di un possibile bisogno complesso:**

La rilevazione del possibile bisogno complesso deve avviarsi il prima possibile e può riguardare la persona ricoverata nella struttura ospedaliera aziendale, presso altra struttura territoriale o presso il proprio domicilio.

L'espressione del bisogno può arrivare da MMG, da medici delle U.O. ospedaliere per pazienti in dimissione, da servizi sanitari territoriali, da servizi sociali comunali, dai familiari della persona portatrice di bisogno o dalla rete informale (es. conoscenze).

In caso di segnalazione per persona ricoverata la valutazione deve essere fatta dal medico "responsabile del caso" ma può essere promossa anche dall'infermiere o dal coordinatore di UO in accordo con il personale medico. La tempestività della valutazione risulta necessaria al fine di poter rispettare i tempi organizzativi, utili alle strutture che riceveranno la persona (altre strutture assistenziali residenziali o territoriali) per organizzare la sua presa in carico.

D1 e D2: persona portatrice di un possibile bisogno complesso?

A2: OUT, ricerca di altre soluzioni.

A3: Espressione del possibile bisogno complesso all'AS del Presidio ospedaliero: per la persona ricoverata si realizza attraverso la compilazione della scheda di richiesta di intervento di AS a favore di ospedalizzati (ALLEGATO...). In caso di assenza dell'A.S. (ferie, malattia,....) la segnalazione va inviata direttamente ai PUA Aziendali via fax (Guspini 070 97611628, Sanluri 070 9359549).

D3: La persona accetta il colloquio?

A4: Segnalazione al PUA (segue percorso PUA)

A5: OUT, ricerca di altre soluzioni.

A6: L'AS esegue un primo colloquio istruttorio: colloquio col paziente, valutazione sociale e familiare finalizzati alla valutazione del bisogno .

D4: BISOGNO COMPLESSO? L'AS valuta l'opportunità di attivazione del PUA.

A7: soluzione con la famiglia.

A8: Attivazione servizi sociali comunali e attivazione PUA Distrettuale

Rilevato il bisogno complesso:

- A. L'AS H attiva immediatamente in via formale (scheda segnalazione persona ricoverata ALLEGATO 1) e informale i SSC. L'ASC avvia la valutazione monodimensionale in previsione dell'UVT.
- B. **IL RICHIEDENTE compila la scheda di adesione PUA, l'AS, il medico e l'infermiere la SCHEDA SVAMA per la propria PARTE DI COMPETENZA con successivo invio al PUA distrettuale di competenza:** considerata l'opportunità dell'attivazione del PUA, l'AS supporta la persona portatrice di bisogno e/o la famiglia nella compilazione della richiesta di adesione del PUA (ALLEGATO 1 Percorso PUA) ed esegue la valutazione sociale nella SVAMA. Il medico e l'infermiere che hanno in carico la persona provvedono alla valutazione del paziente attraverso la compilazione della SVAMA, per la propria parte di competenza, in modo da delineare il quadro clinico-assistenziale, con la segnalazione dei bisogni della persona, dati utili al PUA Distrettuale e successivamente alla UVT..

L'AS provvederà ad inoltrare la richiesta al **PUA** il quale convoca i componenti dell'UVT il giorno in cui riceve la scheda di adesione.

Dalla convocazione dell'UVT l'ASC si attiva per la valutazione monodimensionale.

L'UVT si riunisce entro i 4 giorni previsti dalla normativa vigente.

A9: attivazione SSC: in assenza di bisogno complesso, in accordo con il paziente e la famiglia al fine di trovare una soluzione alternativa, l'ASH segnala formalmente e informalmente ai SSC il caso ed invia l'utente.

Recapiti telefonici PUA Distrettuali

- Guspini fax. 070 97611628, tel. 070 97611604
- Sanluri tel. e fax. 070 9359549).

ALLEGATO 1

C. A. assistente sociale comune di _____

SCHEMA SEGNALAZIONE PERSONA RICOVERATA

Cognome e nome _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Stato civile: _____
Vive con : _____		
Residente in via _____	Telefono _____	
Località _____	C.A.P. _____	
MMG: _____	Telefono _____	

Persona/e di riferimento e recapito:**Consenso informato** UTENTE FAMILIARE Se inabilitato o interdetto recapito del curatore o amministratore di sostegno:

Sig. _____ Tel. _____

Reparto di riferimento:**Grado di autonomia della persona:**Autonoma Parzialmente dipendente Totalmente dipendente **MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE:****Condizione economica** (giudizio complessivo ricavato dal paziente e/o dai familiari):**RICHIESTA E IPOTESI DI INTERVENTO:**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 si autorizza il trattamento e l'archiviazione dei dati personali consentendone l'accesso a tutti i collaboratori nei vari percorsi procedurali connessi, per tutto il periodo necessario alla presa in carico.

FIRMA

San Gavino, _____

L'Assistente Sociale

BIBLIOGRAFIA

- Casati G. La gestione dei processi in Sanità. QA Vol. 13. N. 1, 2002
- Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work? AJM, 2001
- Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. Politiche sanitarie 2000.
- Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997
- Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.
- A. Ardingò, Sociologia e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Franco Angeli, 2006
- C. Cipolla , G. Giarelli , L. Altieri, Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti - Collana: Laboratorio sociologico, 2a ristampa 2004, 1a edizione 2002
- C. Cipolla (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol.III. Spendibilità, FrancoAngeli, 2009
- C. Corposanto, Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, FrancoAngeli Editore IlanaSalute e Società - anno 2007
- F. Guarino, L.Mignardi, Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- G. Bertin, Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari, FrancoAngeli, 2007
- M. Ingrosso, Fra reti e relazioni, FrancoAngeli Editore - collana Salute e Società, anno 2007
- S. Baraldi, Il Balance Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2005
-
- Wilson J.: Integrated care management. Br J Nurs, 1998
- Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care. Nurse Stand, 1999
- Campbell H.: Integrated care pathways. BMJ, 1998
- ey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the tentative approach. J Nurs Adm, 1998