

**AZIENDA U.S.L.  
PESCARA**

Il giorno 12 6 GEN. 2017 nella sede dell'Unità Sanitaria Locale di Pescara.

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Armando Mancini**, nominato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 119 del 29/02/2016 acquisiti i pareri allegati del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento su proposta del Dirigente Medico responsabile dell'U.O.S. Assistenza Intermedia, Dott.ssa Mirella Scimia

N. 66

**OGGETTO: PERCORSO ASSISTENZIALE CONDIVISO TRA AUSL ED AMBITI TERRITORIALE SOCIALI (ATS) DELLA PROVINCIA DI PESCARA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NECESSITA' DI RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE.**

## IL DIRETTORE GENERALE

**PREMESSO** che l'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale prevede l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali dei Comuni;

**PRESO ATTO** dell' accordo sancito in sede di conferenza unificata di cui all'articolo 8 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nel quale sono definite le linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa delle suddetti Enti;

**TENUTO CONTO** della normativa di settore recentemente emanata dalla Regione Abruzzo e degli indirizzi generali del succitato D.L.;

**RAVVISATA** la necessità di realizzare un percorso assistenziale finalizzato a:

- Fornire agli Operatori Sanitari, Tecnici ed Amministrativi della AUSL di Pescara ed al personale dedicato di ogni Comune della Provincia, una modalità operativa unica da utilizzare nell'ottica della condivisione e collaborazione multidisciplinare, per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale per anziani, disabili adulti e demenze;
- Garantire quanto espresso nella normativa di riferimento, onde tutelare ruoli ed interessi di tutti gli stakeholders;
- Assicurare la continuità assistenziale;

**VISTO** che, l'U.O.S. di Assistenza Intermedia, con il supporto di un gruppo di lavoro costituito ad hoc (esperti sanitari e sociali di settore), ha elaborato il "Percorso assistenziale condiviso tra Ausl ed ATS della provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in struttura residenziale" allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale dello stesso.

**RITENUTO** di poter condividere integralmente la proposta di cui all'allegato "A";

**ACQUISITO** il parere positivo del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

**DI ADOTTARE** il Documento: "Percorso assistenziale condiviso tra Ausl ed ATS della provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in struttura residenziale";

**DI DARE ATTO CHE** il presente provvedimento deve essere pubblicato nell'Albo Pretorio online della ASL ai sensi del D.Lvo 33/2013;

**DI TRASMETTERE** copia del presente provvedimento ai:

- ai Direttori delle Aree Distrettuali di Pescara, Montesilvano, Metropolitana, Maiella Morrone e Vestina (PUA,UVM);
- ai Responsabili delle Unità Operative Ospedaliere;
- ai Responsabili delle Unità Operative Semplici di Assistenza Primaria e Specialistica;
- agli Ambiti Territoriali Sociali della Provincia di Pescara;
- alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri.

**DI DISPORRE** che il Documento sia reso operativo nella AUSL di Pescara;

**DI DICHIARARE** la presente Delibera immediatamente esecutiva.

Il Dirigente Medico Responsabile dell' U.O.S. di Assistenza Intermedia, Dott.ssa Mirella Scimia:

**PREMESSO** che l'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale prevede l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali dei Comuni;

**PRESO ATTO** dell' accordo sancito in sede di conferenza unificata di cui all'articolo 8 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nel quale sono definite le linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa delle suddetti Enti;

**VISTA** la normativa di settore recentemente emanata dalla Regione Abruzzo e gli indirizzi generali del succitato D.L.;

**RAVVISATA** la necessità di realizzare un percorso assistenziale finalizzato a:

- Fornire agli Operatori Sanitari, Tecnici ed Amministrativi della AUSL di Pescara ed al personale dedicato di ogni Comune della Provincia, una modalità operativa unica da utilizzare nell'ottica della condivisione e collaborazione multidisciplinare, per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale per anziani, disabili adulti e demenze;
- Garantire quanto espresso nella normativa di riferimento, onde tutelare ruoli ed interessi di tutti gli stakeholders;
- Assicurare la continuità assistenziale;

**TENUTO CONTO** di quanto sopra riportato, l'U.O.S. di Assistenza Intermedia, con il supporto di un gruppo di lavoro costituito ad hoc (esperti sanitari e sociali di settore), ha elaborato il "Percorso assistenziale condiviso tra Ausl ed ATS della provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in struttura residenziale" allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale dello stesso.

**TANTO PREMESSO E CONSIDERATO PROPONE AL DIRETTORE GENERALE:**

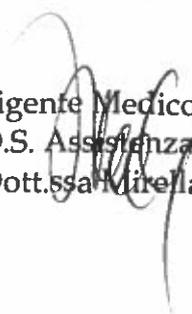
**DI ADOTTARE** il "Percorso assistenziale condiviso tra Ausl ed ATS della provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in struttura residenziale" allegato al presente atto come parte integrante sostanziale dello stesso;

**DI DISPORRE** la pubblicazione del Documento di cui al presente provvedimento sul sito web istituzionale;

**DI TRASMETTERE** copia del presente provvedimento ai:

- ai Direttori delle Aree Distrettuali di Pescara, Montesilvano, Metropolitana, Maiella Morrone e Vestina (PUA,UVM);
- ai Responsabili delle Unità Operative Ospedaliere;
- ai Responsabili delle Unità Operative Semplici di Assistenza Primaria e Specialistica;
- agli Ambiti Territoriali Sociali della Provincia di Pescara;
- alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri.

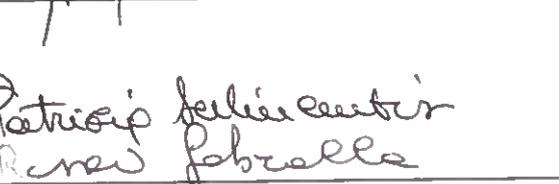
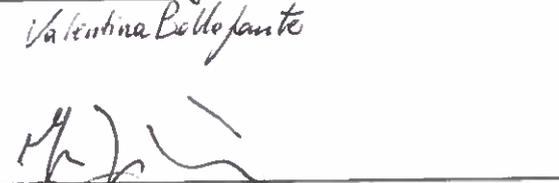
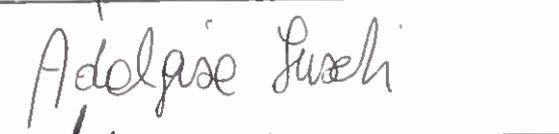
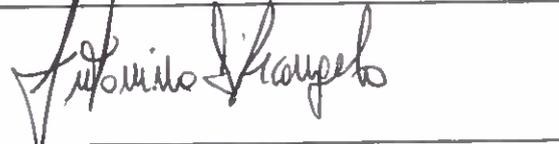
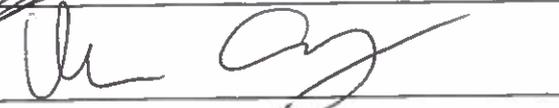
**DI CONFERIRE** al presente provvedimento effetti di immediata esecutività.

  
Il Dirigente Medico Responsabile  
U.O.S. Assistenza Intermedia  
(Dott.ssa Mirella Scimia)

|  |   |  |                               |
|--|---|--|-------------------------------|
|  | Regione Abruzzo<br>Azienda<br>USL PESCARA | <b>AUSL PESCARA</b><br><b>U.O.S. ASSISTENZA INTERMEDIA</b><br>Dirigente Responsabile:<br>Dott.ssa Mirella Scimia | Rev. 00 <b>SETTEMBRE 2016</b> |
|--|---|--|-------------------------------|

**PERCORSO ASSISTENZIALE CONDIVISO TRA AUSL ED ATS  
 DELLA PROVINCIA DI PESCARA PER LA GESTIONE DEL  
 PAZIENTE CON NECESSITA' DI RICOVERO IN  
 STRUTTURA RESIDENZIALE**

Settembre 2016

| <b>GRUPPO DI LAVORO</b>  | <b>FIRMA</b>   |
|--|--|
| <b>UOS ASSISTENZA INTERMEDIA</b><br>Dott.ssa Mirella Scimia<br>Dott.ssa Tiziana Lombardi   |    |
| <b>SERVIZIO COORDINAMENTO AZIENDALE UVM</b><br>Dott.ssa Angela Clerico   |   |
| <b>RSA - AUSL PESCARA sede: Tocco da Casauria</b><br><b>Referenti:</b><br>Dott.ssa Patrizia De Vincentis<br>Dott.ssa Gabriella Rossoni |  |
| <b>RSA - AUSL PESCARA sede: Città S. Angelo</b><br><b>Referenti:</b><br>Dott.ssa Valentina Bellafante<br>Dott.ssa Stefania Travaglini  |  |
| <b>ATS PESCARA</b><br><b>Referenti:</b><br>Dott.ssa Franca Lozzi<br>Dott.ssa Maddalena Vecchiolla                                      |  |
| <b>ATS MONTESILVANO</b><br><b>Referenti:</b><br>Dott.ssa Adalgisa Fuschi   |  |
| <b>ATS AREA METROPOLITANA PESCARESE</b><br><b>Referenti:</b> Dott. D'ARCANGELO ANTONINO<br>Dott.ssa Simona Sardinà Di Febo             |  |
| <b>ATS VESTINA</b><br>Dott. Gianfranco Passeri   |  |
| <b>ATS MAIELLA-MORRONE</b><br>Dr. Massimiliano Esposito  |  |

## INDICE

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| <b>Introduzione</b>             | <b>Pag. 3</b>  |
| <b>1. Oggetto</b>               | <b>Pag. 4</b>  |
| <b>2. Obiettivi</b>             | <b>Pag. 4</b>  |
| <b>3. Glossario</b>             | <b>Pag. 4</b>  |
| <b>4. Campo di applicazione</b> | <b>Pag. 6</b>  |
| <b>5. Destinatari</b>           | <b>Pag. 6</b>  |
| <b>6. Procedimento</b>          | <b>Pag. 6</b>  |
| <b>7. Flowchart</b>             | <b>Pag. 10</b> |
| <b>8. Riferimenti Normativi</b> | <b>Pag. 11</b> |
| <b>Allegati</b>                 | <b>Pag. 11</b> |

## Introduzione

L'assistenza *sociosanitaria* residenziale e semiresidenziale prevede l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali degli Enti d'Ambito della provincia di Pescara.

Le linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, sono state definite con apposito accordo sancito in sede di conferenza unificata di cui all'articolo 8 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Sulla base della normativa di settore recentemente emanata dalla Regione Abruzzo, e degli indirizzi generali del su citato D.L. , la sottoscritta ha ritenuto utile e necessario procedere alla realizzazione di un percorso assistenziale integrato, unitario che coinvolga la AUSL di Pescara e tutti gli ambiti sociali della provincia.

Sono stati coinvolti gli operatori AUSL e i referenti degli ATS (Ambiti Territoriali Sociali) per la costituzione del gruppo di lavoro i cui componenti hanno garantito, ognuno per la propria competenza, un prezioso contributo.

Nel procedere alla successiva fase di implementazione del percorso assistenziale, si ringraziano tutti gli operatori che hanno collaborato.

*Dott.ssa Mirella Scimia*

## 1. Oggetto:

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL di Pescara e Ambito Territoriale Sociale (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale per anziani, disabili adulti e demenze.

## 2. Obiettivi:

Questo percorso assistenziale realizzato tra le parti interessate per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale per anziani, disabili adulti e demenze, è finalizzato al fornire agli Operatori Sanitari, Tecnici ed Amministrativi della AUSL di Pescara ed al personale dedicato di ogni Comune della Provincia, una modalità operativa unica da utilizzare nell'ottica della condivisione e collaborazione multidisciplinare.

Il percorso, partendo dalla rilevazione e valutazione del bisogno sociosanitario, si conclude con la fatturazione della spesa al paziente e/o al Comune, ed intende garantire quanto espresso nella normativa di riferimento, onde tutelare ruoli ed interessi di tutti gli stakeholders.

## 3. Glossario:

Di seguito sono riportate tutte le definizioni utili alla comprensione del presente documento:

- ✓ **ATS: Ambito Territoriale Sociale.** Si tratta di un'aggregazione intercomunale che ha il compito di pianificare e programmare i servizi sociali dei Comuni, secondo quanto dettato dalla Legge 328/2000, la Legge Quadro per la realizzazione del "Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali".
- ✓ **Caregiver:** persona che presta volontariamente cura e assistenza alla persona bisognosa di cure, e che spesso ma non sempre, corrisponde ad un familiare.
- ✓ **Compartecipazione pagamento quota sociale:** la normativa regionale stabilisce degli interventi finalizzati a garantire l'integrazione delle rette per ospiti ricoverati presso centri residenziali, qualora gli stessi non abbiano capacità reddituale e patrimoniale sufficiente al pagamento della prestazione.

- ✓ **I.S.E.E. socio-sanitario:** Indicatore della Situazione Economica Equivalente. Si tratta di un'attestazione rilasciata da sindacati/patronati che consente ai contribuenti a basso reddito di accedere a prestazioni sociali e servizi di pubblica utilità a condizioni agevolate.
- ✓ **Livello assistenziale:** corrisponde al grado di non autosufficienza del paziente ed è correlato al pagamento delle quote giornaliere (fascia 1°, 2°, 3°).
- ✓ **MMG:** Medico di Medicina Generale.
- ✓ **P.A.I.:** Piano Assistenziale Individualizzato, ovvero un documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare, la valutazione dei bisogni del paziente, con lo scopo di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura, che abbia come obiettivo il recupero/mantenimento dell'autosufficienza.
- ✓ **P.O.:** Presidio Ospedaliero.
- ✓ **P.U.A.:** Punto Unico di Accesso, ovvero una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
- ✓ **RP:** la Residenza Protetta è una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse. Comprende il Modulo Anziani ed il Modulo Disabili adulti.
- ✓ **RSA:** la Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura extra-ospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, a persone non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui. Comprende il Modulo Anziani, il Modulo Disabili adulti ed il Modulo Demenze.
- ✓ **U.O.:** Unità Operativa.
- ✓ **U.V.M.:** Unità di Valutazione Multidimensionale ovvero un team di professionalità socio-sanitarie preposte alla valutazione dei bisogni dell'utente, riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche che, attraverso le competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, rappresenta il bisogno del singolo paziente, individuando il setting di cura, le attività e gli obiettivi assistenziali.

#### **4. Campo di applicazione:**

Il percorso assistenziale deve essere applicato nei confronti di tutti i pazienti non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, che necessitano di ricovero presso Strutture Residenziali per anziani, disabili adulti o demenze.

Pertanto, nella gestione del paziente, interessa tutti i Servizi aziendali e comunali coinvolti, ognuno con la propria specificità e responsabilità d'azione.

#### **5. Destinatari:**

Il presente percorso assistenziale è rivolto a:

- ✓ Distretti Sanitari (PUA, UVM);
- ✓ Strutture Residenziali;
- ✓ Ambiti Territoriali Sociali della Provincia di Pescara;
- ✓ Unità Operativa Semplice di Assistenza Primaria e Specialistica;
- ✓ Unità Operative Ospedaliere;
- ✓ Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri.

Tutte le Strutture/Servizi che ricevono tale documento, ed a cui ne è richiesta l'adozione, devono assicurare l'accessibilità del percorso assistenziale da parte di tutti gli Operatori coinvolti (es. Assistenti Sociali, Personale Amministrativo), inoltre devono essere in grado di dimostrare che tutto il personale abbia preso visione e conosca le informazioni, i documenti e la modulistica di competenza.

Una copia dell'elaborato, corredata di tutti gli allegati, sarà inoltrata mediante posta elettronica a tutti i destinatari e pubblicata sul sito internet della AUSL. ([www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it))

#### **6. Procedimento:**

Le modalità operative, da seguire in caso di necessità di ricovero del paziente in Struttura Residenziale, sono le seguenti:

- la richiesta va inoltrata al PUA del Distretto Sanitario di residenza del paziente;
- qualora il paziente provenga dal proprio domicilio, la richiesta viene formulata dal Medico di Medicina Generale (MMG) attraverso la compilazione dell'allegato n°2 al DCA n. 107 del 20/12/2013 - "Scheda

*anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP)";*

- qualora il paziente sia ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene:
  - ✓ formulata dal Responsabile dell'Unità Operativa compilando l'allegato n°3 al DCA n. 107 del 20/12/2013 - "*Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) – Dimissione Protetta*".
  - ✓ presentata al PUA del Distretto di insidenza territoriale della Struttura che dimette. Se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti.

La delega non è necessaria tra Distretti della stessa AUSL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.

- L'UVM entro *tre giorni* dalla presentazione dell'istanza:
  - ✓ effettua la valutazione multidimensionale;
  - ✓ formalizza al paziente/caregiver l'esito della valutazione consegnando l'allegato n° 1 al DCA n. 107 del 20/12/2013 - "*Esito valutazione UVM*".
- In caso di valutazione positiva per ricovero in Struttura residenziale, il paziente esprime la propria preferenza sulla Struttura prescelta. L'UVM gli consegna:
  - ✓ il *modello A1 - Informativa inerente il pagamento della quota sociale e la modalità per richiedere l'eventuale "compartecipazione alla spesa"*;
  - e, se del caso (contribuente a basso reddito), anche:
    - ✓ il *modello A2* per la richiesta del contributo economico.
- L'autorizzazione UVM viene immediatamente trasmessa al MMG o al Responsabile della Unità Operativa che ne aveva presentato istanza, i quali provvederanno alla compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN.
- Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata la compilazione dell'impegnativa su ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o del suo delegato.
- L'autorizzazione UVM viene inoltre inviata alla Struttura ospitante prescelta e, se non già consegnata, al paziente/caregiver.
- L'eventuale diniego all'autorizzazione deve essere espressamente motivato.

- Il paziente entro trenta giorni dalla data di valutazione si ricovera nella Struttura prescelta, quest'ultima in possesso dell'autorizzazione al ricovero inviata dall'UVM.
- La Struttura ospitante prende in carico il paziente per la gestione sanitaria e sociale.
- Il Servizio Amministrativo della Struttura comunica entro 24 ore al PUA di residenza del paziente, la data di ricovero secondo l'allegato *modello C "Percorso amministrativo del paziente"*.
- Il Responsabile Medico della Struttura, entro dieci giorni dall'ingresso del paziente, elabora il PAI secondo il *modello B "piano assistenziale individualizzato"* e lo notifica all' UVM che, conseguentemente, verificata la congruenza dello stesso con i bisogni del paziente, decide di validarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione.
- Il PAI definitivamente approvato va inviato al Responsabile Sanitario della Struttura.
- Qualora la residenza del paziente sia diversa da quella della UVM che ha effettuato la valutazione, il PAI va inviato anche al Distretto di residenza.
- Nel contempo l'Assistente Sociale della Struttura, in sede di colloquio, raccoglie tutte le informazioni utili per la presa in carico del caso ed informa il paziente/caregiver sull'intero percorso socio-assistenziale che verrà svolto, dall'ingresso al momento della dimissione.
- Nei casi in cui emergano, dai colloqui sociali, particolari condizioni di bisogno economico, il paziente/caregiver viene supportato e guidato in merito alla procedura che egli stesso deve avviare, utilizzando il *modello A2 "Richiesta di compartecipazione alla spesa per le prestazioni in regime di residenzialità"*, per richiedere la compartecipazione alla spesa al Comune di residenza.
- L'Assistente Sociale, successivamente, trasmette all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune competente il *modello D "Trasmissione nominativo ospite che intende richiedere la compartecipazione alla spesa"*, indicando il nominativo del paziente che intende avvalersi di tale possibilità.
- A seguire, il caregiver che ha presentato la domanda al Comune, ne consegna una copia protocollata anche al Servizio Amministrativo della Struttura Residenziale ospitante.
- Il Responsabile Sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di ricovero, valuta se necessaria una proroga di trattamento per il recupero/stabilizzazione clinica del paziente. In tal caso, ne fa diretta richiesta all'UVM del Distretto in cui ricade la stessa

Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente, utilizzando l'allegato *modello E "Richiesta di proroga"*.

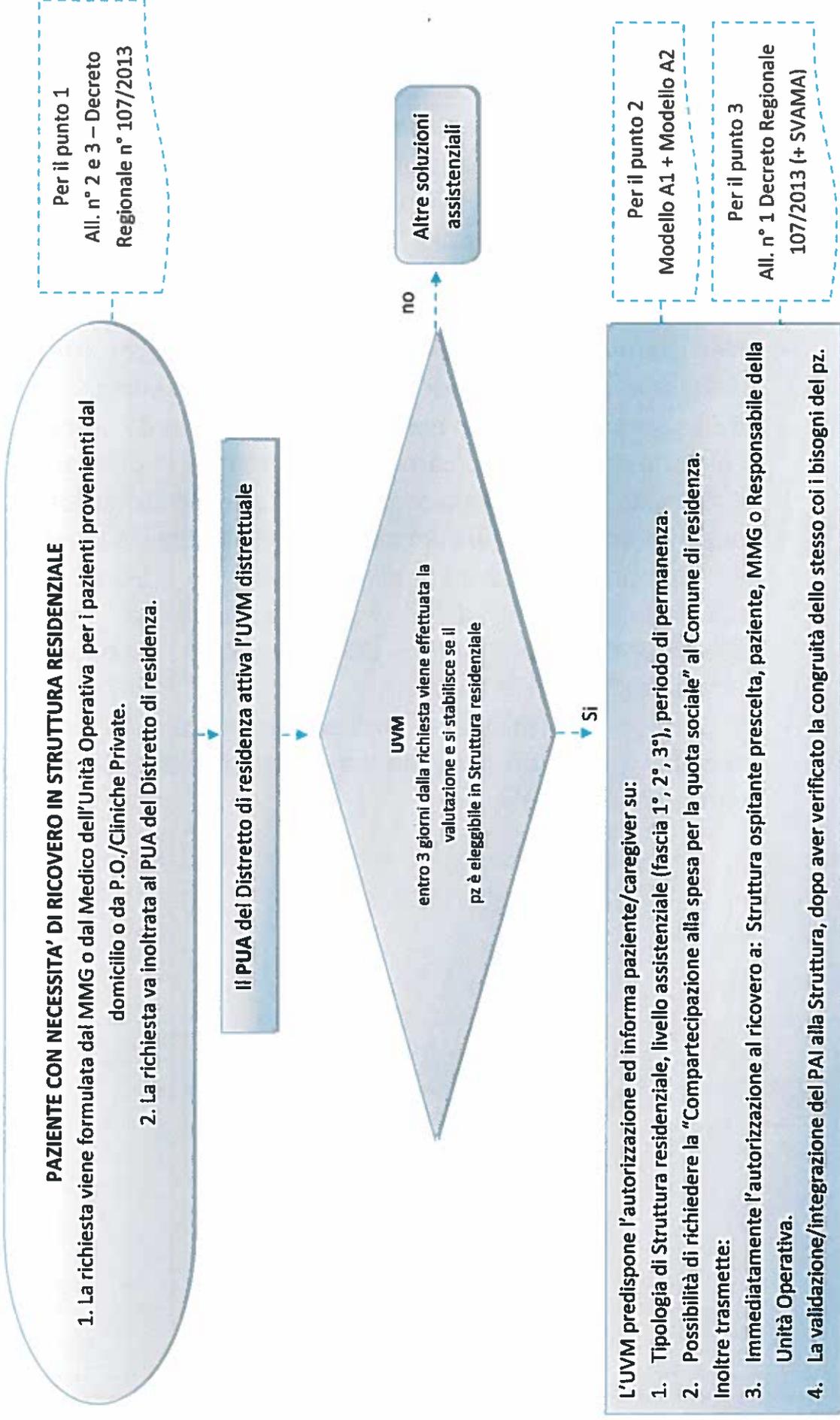
- L'UVM provvede alla rivalutazione del paziente, che rimane in carico alla Struttura Residenziale, fino alla notifica dell'esito di rivalutazione.
- La Struttura Residenziale (Servizio Amministrativo) comunica al PUA di residenza del paziente, i nuovi termini della proroga secondo l'allegato *modello C "Percorso amministrativo del paziente"*.
- Nel caso in cui l'UVM, non autorizzi la proroga, deve formalizzare e definire la valutazione per eventuale diverso setting.
- Il Responsabile Medico della Struttura, in accordo con tutta l'équipe socio-sanitaria ed il paziente/caregiver, programma la dimissione.
- Il Servizio Amministrativo comunica la data di dimissione del paziente entro 24 ore al PUA di competenza, utilizzando il suddetto *modello C*.
- Il Comune utilizzando il *modello F "Risultanza inerente la compartecipazione alla spesa"* trasmette le risultanze in merito all'erogazione o meno del contributo economico al Servizio Amministrativo della Struttura.
- Il Servizio Amministrativo procede inoltre alla fatturazione della quota sociale a chi di competenza (paziente e/o Comune), secondo le tempistiche previste.

## 7. Flowchart

## AUSL PESCARA U.O.S. ASSISTENZA INTERMEDIA

Dirigente Responsabile: dr.ssa Mirella Scimia

### PERCORSO ASSISTENZIALE CONDIVISO TRA AUSL ED ATS DELLA PROVINCIA DI PESCARA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NECESSITA' DI RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE



Il paziente entro 30 giorni, con la richiesta di ricovero effettuata su ricettario unico SSR dal Medico di competenza, si ricovera nella struttura prescelta, che preliminarmente ha ricevuto la documentazione utile.

Il PAZIENTE procede alla richiesta di compartecipazione al Comune di Residenza, allegando il Modello ISEE socio-sanitario residenze e consegna una copia dell'istanza protocollata dal Comune alla Struttura ospitante

Il COMUNE valuta l'istanza e trasmette il riscontro (modello F) al paziente e al Servizio Amministrativo della Struttura residenziale

#### La STRUTTURA RESIDENZIALE ospitante:

1. Prende in carico il paziente per la gestione sanitaria e sociale
2. Il Servizio Amministrativo comunica entro 24 h al PUA di competenza la data di ricovero e prende in carico il paziente amministrativamente.
3. Il Responsabile Medico elabora il PAI e lo comunica all'UVM entro 10 giorni per l'eventuale validazione dello stesso
4. L'Assistente Sociale esegue il colloquio con paziente/caregiver e se del caso, comunica agli Uffici dei Servizi Sociali territorialmente competenti i nominativi dei pazienti che hanno espresso l'intenzione di richiedere la Compartecipazione.
5. Il Responsabile Medico valuta la necessità di eventuali proroghe e ne fa richiesta all'UVM almeno 10 gg prima del termine del periodo di ricovero
6. Il Responsabile Medico programma la dimissione del paziente.
7. Il Servizio Amministrativo comunica entro 24 h la data di dimissione al PUA di competenza.
8. Il Servizio Amministrativo rimane in attesa della risultanza relativa alla concessione o meno del contributo da parte del Comune.
9. Il Servizio Amministrativo dopo la dimissione del paziente procede alla fatturazione della quota sociale a chi di competenza (paziente e/o Comune).

Per i punti 2 e 7  
Modello C

Per il punto 3  
Modello B

Per il punto 4  
Modello D

Per il punto 5  
Modello E

Per il punto 8  
Modello F

## 8. Riferimenti normativi

- ✓ Decreto del Commissario ad ACTA n.107 del 20 dicembre 2013 “Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale”;
- ✓ Legge Regionale n.37 del 14 ottobre 2014 “Istituzione del Fondo regionale per l’integrazione sociosanitaria e interventi finanziari in materia di agricoltura”;
- ✓ Decreto 5 agosto 2015, n.4/Regione Abruzzo “Linee Guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni sociosanitarie semiresidenziali e residenziali per l’anno 2015”;
- ✓ Decreto 22 marzo 2016 n.1/ Regione Abruzzo “ Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.4 del 5 agosto 2015;
- ✓ Delibera di G.R. n. 285 del 03/05/2016 “Atto di Indirizzo Applicativo per l’attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e sociosanitari della disciplina prevista dal DPCM 159/2013 (Indicatore della Situazione Economica Equivalente ISEE)”;
- ✓ Determina speciale della Regione Abruzzo n. 94 del 01/07/2016 “Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali . Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti”.

## Allegati

- ✓ Allegato n° 1 al Decreto Regione Abruzzo n.107 del 2013 – “Esito di Valutazione UVM - SVAMA”;
- ✓ Allegato n° 2 al Decreto Regione Abruzzo n.107 del 2013 – “Scheda anamnestica per l’accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) a cura del MMG/PLS”;
- ✓ Allegato n° 3 al Decreto Regione Abruzzo n.107 del 2013 – “Scheda anamnestica per l’accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) Dimissione Protetta;
- ✓ Modello A1: “Informativa inerente il pagamento della quota sociale e la modalità per richiedere l’eventuale compartecipazione alla spesa”;

- ✓ Modello A2: "Richiesta di compartecipazione alla spesa per le prestazioni in regime di residenzialità";
- ✓ Modello B: "Piano Assistenziale Individualizzato";
- ✓ Modello C: "Percorso Amministrativo del paziente";
- ✓ Modello D: "Trasmissione nominativo ospite che intende richiedere la compartecipazione alla spesa";
- ✓ Modello E: "Richiesta di proroga";
- ✓ Modello F: "Risultanza inerente la compartecipazione alla spesa".



ALLEGATO N. 1  
ESITO VALUTAZIONE UVM

REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale .....

Area Distrettuale \_\_\_\_\_  
Distretto Sanitario di Base di \_\_\_\_\_

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Pratica/prot. n. \_\_\_\_\_

Autorizzazione n° \_\_\_\_\_

Registro UVM n. \_\_\_\_\_

Seduta UVM del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Valutazione su delega NO  SI  su delega della UVM del DSB di \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| A seguito della richiesta presentata il ____/____/____<br>l'Unità di Valutazione Multidimensionale |   |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZZA L'UTENTE  |   |
| <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA L'UTENTE  |   |
| Cognome:   | Nome:   |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                       | Nato a _____ il ____/____/____  |
| Residente in _____   |   |
| Via _____ n. _____   |   |
| Codice Fiscale: _____  |   |
| Recapito telefonico e/o mail _____   |   |
| A.S.L. residenza _____   | Medico curante: _____   |
| Referente dell'utente: Cognome _____   | Nome _____  |
| Recapito telefonico e/o mail _____   |   |
| Grado di parentela _____   |   |
| Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 | Tutore legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Per le seguenti prestazioni

A) CENTRI DI RIABILITAZIONE

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE INTENSIVA | <input type="checkbox"/> Fascia A <input type="checkbox"/> Fascia B |
| <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA | <input type="checkbox"/> Internato Grave                            |
|  | <input type="checkbox"/> Internato Medio Grave                      |
| <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE      | <input type="checkbox"/> Seminternato Grave                         |
|  | <input type="checkbox"/> Seminternato Medio Grave                   |
| <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE AMBULATORIALE          | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale Singolo                      |
|  | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale di Gruppo                    |
| <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE DOMICILIARE            |   |
| <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE EXTRA-MURALE           |   |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA RIABILITATIVA COD. 56        |   |
| <input type="checkbox"/> ALTRO                                 |   |
| Periodo assegnato (o numero e frequenza delle sedute): _____   |   |
| ALLEGATA S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)                 |   |



## B) RSA - RP

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> R.S.A. ANZIANI<br><input type="checkbox"/> Fascia Prima <input type="checkbox"/> Fascia Seconda <input type="checkbox"/> Fascia terza         |
| <input type="checkbox"/> R.S.A. DISABILI ADULTI<br><input type="checkbox"/> Fascia Prima <input type="checkbox"/> Fascia Seconda <input type="checkbox"/> Fascia terza |
| <input type="checkbox"/> R.S.A. DEMENZE<br><input type="checkbox"/> Fascia prima <input type="checkbox"/> Fascia seconda   |
| <input type="checkbox"/> RSA PSICO-GERIATRICA  |
| <input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE ANZIANI   |
| <input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE DEMENZE   |
| <input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA (R.P.) <input type="checkbox"/> Anziani <input type="checkbox"/> Disabili  |
| Periodo assegnato:   |
| <b>ALLEGATA: SVAMA/ S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)</b>  |

## C) STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> RESIDENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POST ACUZIE |
| <input type="checkbox"/> COMUNITA' TERAPEUTICA                            |
| <input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA                               |
| <input type="checkbox"/> CASA FAMIGLIA                                    |
| <input type="checkbox"/> GRUPPO APPARTAMENTO DI CONVIVENZA                |
| <input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALITA' (CENTRO DIURNO)              |
| Periodo assegnato:  |
| <b>ALLEGATO PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE</b>                        |

DATA,

FIRMA E TIMBRO DEL COORDINATORE DELLA UVM

**N.B. Per la fruizione delle prestazioni con oneri a carico del SSN presso strutture extraregionali:**

- le Strutture extraregionali-accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle Linee Guida sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20-12-2013, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate.



**REGIONE ABRUZZO**  
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di \_\_\_\_\_  
**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI  
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)  
 a cura del MMG/PLS**

| DATI ANAGRAFICI UTENTE   |  |
|--|--|
| COGNOME _____  | NOME _____   |
| Luogo e data di nascita _____ gg/mm/aaaa   |  |
| Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria  |  |
| Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio<br><input type="checkbox"/> Femmina  | stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile<br><input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente<br><input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a<br><input type="checkbox"/> vedovo/a<br><input type="checkbox"/> non dichiarato |
| Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)  |  |
| CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> |  |
| Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____<br>Via _____ n° civico _____   |  |
| Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____<br>Via _____ n° civico _____<br><i>Completare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>   |  |
| ASL di RESIDENZA _____   |  |
| Nome sul campanello: _____   |  |
| Recapiti telefonici: 1 <sup>a</sup> rec. _____   | 2 <sup>a</sup> rec. _____  |
| FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o care giver) : COGNOME: _____ NOME: _____   |  |
| Recapiti telefonici: 1 <sup>a</sup> rec. _____   | 2 <sup>a</sup> rec _____   |
| Indirizzo posta elettronica: _____   |  |
| MMG o PLS del Paziente: Dott. _____  |  |
| Recapiti telefonici 1) _____   | 2) _____   |
| Diagnosi principale: _____   |  |
| 1 <sup>a</sup> diagnosi concomitante _____   |  |
| 2 <sup>a</sup> diagnosi concomitante _____   |  |
| Richiesta di ammissione formulata il _____ gg/mm/aaaa  |  |
| <input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR  |  |
| <input type="checkbox"/> per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime  |  |
| <input type="checkbox"/> Residenziale  | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale   |
| <input type="checkbox"/> Semiresidenziale  | <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale  |
| <input type="checkbox"/> per accesso RSA/RP  |  |



|   |   |
|---|---|
| <b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:</b>  |   |
| <b>COGNOME</b>  | <b>NOME</b>   |
| Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa   |   |
| Percorso riabilitativo dall'evento acuto:   |   |
| Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |   |
| Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |   |
| Disabilità da trattare _____  |   |
| Elevato indice di comorbidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA   |   |
| Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO  |   |
| Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |   |
| Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO |   |
| Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO  | <input type="checkbox"/> pannoloni<br><input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo<br><input type="checkbox"/> altro |
| Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura _____  |   |
| Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____   |   |
| Allergie e intolleranze: _____  |   |
| Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____  |   |

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico \_\_\_\_\_

Tel. e/o fax \_\_\_\_\_ Firma del paziente o del familiare di riferimento \_\_\_\_\_



**REGIONE ABRUZZO**  
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di \_\_\_\_\_  
**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI  
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)  
 DIMISSIONE PROTETTA**

| DATI ANAGRAFICI UTENTE  |  |
|---|--|
| COGNOME _____   | NOME _____   |
| Luogo e data di nascita _____ gg/mm/aaaa  |  |
| Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria   |  |
| Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio<br><input type="checkbox"/> Femmina   | stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile<br><input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente<br><input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a<br><input type="checkbox"/> vedovo/a<br><input type="checkbox"/> non dichiarato |
| Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)   |  |
| CODICE FISCALE <input type="checkbox"/>               |  |
| Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____   |  |
| Via _____, n° civico _____  |  |
| Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____   |  |
| Via _____, n° civico _____  |  |
| <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>   |  |
| ASL di residenza: _____   |  |
| Recapiti telefonici: 1 <sup>a</sup> rec. _____ 2 <sup>a</sup> rec. _____  |  |
| FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o Care Giver): COGNOME _____ NOME _____   |  |
| Recapiti telefonici: 1 <sup>a</sup> rec. _____ 2 <sup>a</sup> rec. _____  |  |
| Indirizzo posta elettronica: _____  |  |
| MMG o PLS del Paziente: Dott. _____   |  |
| Motivo del ricovero: _____  |  |
| Data presunta dimissione _____  |  |
| Diagnosi principale dimissione _____  |  |
| 1 <sup>a</sup> diagnosi concomitante _____  |  |
| 2 <sup>a</sup> diagnosi concomitante _____  |  |
| Richiesta di ammissione formulata il _____ gg/mm/aaaa   |  |
| <input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR (LR n. 5/2008)<br><input type="checkbox"/> per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime<br><input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Ambulatoriale<br><input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale<br><input type="checkbox"/> per accesso RSA/RP |  |



|   |   |
|---|---|
| <b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:</b>  |   |
| <b>COGNOME</b>  | <b>NOME</b>   |
| Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa   |   |
| <b>Percorso riabilitativo dall'evento acuto:</b>  |   |
| Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |   |
| Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |   |
| Disabilità da trattare _____<br>_____<br>_____  |   |
| Elevato indice di comorbidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA   |   |
| Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO  |   |
| Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |   |
| Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO |   |
| Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO  | <input type="checkbox"/> pannoloni<br><input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo<br><input type="checkbox"/> altro |
| Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura _____  |   |
| Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |
| Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____   |   |
| Allergie e intolleranze: _____<br>_____   |   |
| Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____  |   |

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma medico del Reparto \_\_\_\_\_

Tel. e/o fax \_\_\_\_\_ Firma del paziente o del familiare di riferimento \_\_\_\_\_



### AUSL di PESCARA

SERVIZIO DI COORDINAMENTO AZIENDALE UVM  
UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

#### **INFORMATIVA INERENTE IL PAGAMENTO DELLA QUOTA SOCIALE E LA MODALITA' PER RICHIEDERE L'EVENTUALE "COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA"**

Il ricovero presso le Strutture Residenziali prevede la spesa di una retta giornaliera alla quale partecipa il Servizio Sanitario Nazionale per la parte sanitaria e può prevedere, a seconda della complessità dei casi, una parte economica relativa alla quota sociale che è a carico del paziente.

Le suddette quote sociali spesso soggette a variazioni con carattere di immediata applicabilità, sono definite da provvedimenti normativi della Regione Abruzzo ed attualmente corrispondono a quanto comunicato dal personale UVM.

Per i pazienti con ridotta capacità contributiva nel pagamento della parte di loro competenza (quota sociale), è possibile fare richiesta di un contributo economico per la "compartecipazione alla spesa della retta".

La richiesta deve essere presentata dal caregiver<sup>1</sup> all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente, entro 5 giorni lavorativi dall'inizio del ricovero presso la Struttura, allegando alla stessa il modello ISEE<sup>2</sup> sociosanitario-residenze. Chiarimenti in merito possono essere richiesti al personale UVM, al personale amministrativo della Struttura Residenziale ospitante, all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente e reperite sul sito internet [www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it) nella sezione dedicata "al cittadino" Assistenza Intermedia/Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.).

<sup>1</sup> Caregiver: persona che presta volontariamente cura e assistenza alla persona bisognosa di cure, e che spesso ma non sempre, corrisponde ad un familiare.

<sup>2</sup> Indicatore della Situazione Economica Equivalente specifico per le strutture residenziali.

**Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della  
Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura  
Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP)  
anziani e disabili**

**Alla C.A. Ufficio dei Servizi Sociali**  
**Comune di** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li ...../...../.....

**OGGETTO: Richiesta di Compartecipazione della Spesa per le prestazioni in regime di  
residenzialità.**

Il/la sig./ra.....  
nato/a ..... (.....) il ...../...../.....  
 per se stesso/a  
 per il/la sig./ra .....  
in qualità di .....

**CHIEDE**

la **Compartecipazione alla spesa per il pagamento della quota sociale** e riferisce i seguenti dati  
(inserire i dati della persona ricoverata)

nato/a ..... (.....) il ...../...../.....  
e residente a ..... (.....)  
in via ..... C.A.P. ....  
recapiti telefonici .....  
attualmente                      ricoverato/a                      presso                      la                      Struttura  
.....  
.....  
sita in .....  
via .....

**Allega alla presente:**

- Copia documento di riconoscimento e Codice Fiscale del richiedente
- Copia documento di riconoscimento e Codice Fiscale del beneficiario (paziente)
- Copia libretto pensionistico
- Copia Modello ISEE sociosanitario - residenze
- Copia Verbale di Invalidità Civile (se già in possesso)
- Copia Verbale Legge 104/'92 (se già in possesso)
- Copia Esito dell'autorizzazione dell'UVM
- Copia del Decreto di nomina (se trattasi di paziente con Amministratore di Sostegno, etc.)
- Altro \_\_\_\_\_

**In fede**

---



**AUSL di PESCARA**

RSA di .....

Recapiti .....

**Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili**

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

A seguito dell'autorizzazione UVM prot. n° ..... effettuata dal Servizio competente dell'Area Distrettuale di ..... in data ...../...../.....

**SI COMUNICA CHE**

il/la sig./ra .....

nato/a ..... (.....) il ...../...../.....

e residente a ..... (.....)

in via .....

è stata accolto/a in questa Struttura residenziale il giorno ...../...../..... per un periodo

di ..... giorni - in fascia 1° 2° 3°

proveniente da:

- Domicilio ( con impegnativa del MMG)
- Struttura Ospedaliera Pubblica ( con impegnativa del Medico Specialista )
- Struttura Ospedaliera Privata (con impegnativa del Responsabile del Distretto)

**DIAGNOSI DI INGRESSO:**

.....  
 .....

**BISOGNI RILEVATI E INTERVENTI ASSISTENZIALI:**

| RESPIRAZIONE                     |                          | ALIMENTAZIONE                     |                          |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Respirazione autonoma            | <input type="checkbox"/> | Equilibrata                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Problema:</b>                 |                          | <b>Problema:</b>                  |                          |
| Tosse – secrezioni               | <input type="checkbox"/> | Carente                           | <input type="checkbox"/> |
| Difficoltà respiratoria          | <input type="checkbox"/> | Disfagia – difficoltà a masticare | <input type="checkbox"/> |
| Portatore di tracheotomia        | <input type="checkbox"/> | SNG – PEG – NPT                   | <input type="checkbox"/> |
| Altro:                           |                          | Altro:                            |                          |
| <b>Interventi assistenziali:</b> |                          | <b>Interventi assistenziali:</b>  |                          |
| Intervento educativo             | <input type="checkbox"/> | Consigli per dieta libera         | <input type="checkbox"/> |
| Posizionamento posturale         |                          | Consulenza nutrizionale           | <input type="checkbox"/> |
| Ossigeno terapia                 | <input type="checkbox"/> | Gestione N.E.                     | <input type="checkbox"/> |
| Aspirazione secreti              | <input type="checkbox"/> | Gestione NPT                      | <input type="checkbox"/> |
| Gest. tracheo                    | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

| ELIMINAZIONE URINARIA            |                          | ELIMINAZIONE FECALE               |                          |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Normale                          | <input type="checkbox"/> | Normale/Autonoma                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Problema:</b>                 |                          | <b>Problema:</b>                  |                          |
| Incontinenza                     | <input type="checkbox"/> | Stipsi                            | <input type="checkbox"/> |
| Ritenzione                       | <input type="checkbox"/> | Diarrea                           | <input type="checkbox"/> |
|                                  |                          | Incontinente                      | <input type="checkbox"/> |
|                                  |                          | Stomia                            | <input type="checkbox"/> |
| Altro:                           |                          | Altro:                            |                          |
| <b>Interventi assistenziali:</b> |                          | <b>Interventi assistenziali:</b>  |                          |
| Intervento educativo             | <input type="checkbox"/> | Intervento educativo              | <input type="checkbox"/> |
| Condom – Pannolone               | <input type="checkbox"/> | Ausili pannolone                  | <input type="checkbox"/> |
| Catetere a permanenza            | <input type="checkbox"/> | Colostomia – ileostomia           | <input type="checkbox"/> |
| Urostomia                        | <input type="checkbox"/> | Clisteri evacuativi / terapeutici | <input type="checkbox"/> |
|                                  |                          | Rimozione fecalomi                | <input type="checkbox"/> |

| DEAMB. MOBILIZ                        |                          | SICUR PSICOFISICA                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Autonoma                              | <input type="checkbox"/> | Orientato e collaborante                | <input type="checkbox"/> |
| <b>Problema:</b>                      |                          | <b>Problema:</b>                        |                          |
| Diff. alla deambulazione              | <input type="checkbox"/> | Orientato e non collaborante            | <input type="checkbox"/> |
| Allettato                             | <input type="checkbox"/> | Disturbi del comportamento              | <input type="checkbox"/> |
|                                       | <input type="checkbox"/> | Disorientato                            | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                          | Difficoltà linguaggio                   | <input type="checkbox"/> |
| Altro:                                |                          | Altro:                                  |                          |
| <b>Interventi assistenziali:</b>      |                          | <b>Interventi assistenziali:</b>        |                          |
| Intervento educativo                  | <input type="checkbox"/> | Intervento educativo                    | <input type="checkbox"/> |
| Ausili bastone – girello – carrozzina | <input type="checkbox"/> | Uso di terapie                          | <input type="checkbox"/> |
| Deambulazione assistita               | <input type="checkbox"/> | Uso di mezzi di protezione/ contenzione | <input type="checkbox"/> |
| Traslazione letto – carrozzina        | <input type="checkbox"/> | Logopedista                             | <input type="checkbox"/> |
| Mobilizzazione passiva a letto        | <input type="checkbox"/> | Intervento relazionale esterno          | <input type="checkbox"/> |

| INTEGRITA' CUTANEA                       |                          | CURA DEL CORPO                   |                          |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Integra                                  | <input type="checkbox"/> | Autonoma                         | <input type="checkbox"/> |
| <b>Problema:</b>                         |                          | <b>Problema:</b>                 |                          |
| Presenza di ferite chir. – drenaggi      | <input type="checkbox"/> | Parzialmente dipendente          | <input type="checkbox"/> |
| Presenza I d d. – 1°/2° stadio ustioni   | <input type="checkbox"/> | Obbligato a letto                | <input type="checkbox"/> |
| Presenza I d d. – 3°/4° stadio ustioni   | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |
| Altro:                                   |                          | Altro:                           |                          |
| <b>Interventi assistenziali:</b>         |                          | <b>Interventi assistenziali:</b> |                          |
| Controllo cutaneo sistematico            | <input type="checkbox"/> | Intervento educativo             | <input type="checkbox"/> |
| Ausili antidecubito                      | <input type="checkbox"/> | Cambio biancheria indumenti      | <input type="checkbox"/> |
| Cambio postura a orario                  | <input type="checkbox"/> | Cure igieniche parziali a letto  | <input type="checkbox"/> |
| Med. Drenaggi – ferite chirurg.          | <input type="checkbox"/> | Aiuto cure igieniche in bagno    | <input type="checkbox"/> |
| Med. I d d. – ustioni – ulcere – fistole | <input type="checkbox"/> | Cure igieniche totali a letto    | <input type="checkbox"/> |

| SONNO VEGLIA                     |                          |  |  |
|----------------------------------|--------------------------|--|--|
| Donne                            | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Problema:</b>                 |                          |  |  |
| Insomnia – induzione difficile   | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Risvegli frequenti               | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Altro:                           |                          |  |  |
| <b>Interventi assistenziali:</b> |                          |  |  |
| Educazione sanitaria             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Uso di terapie                   | <input type="checkbox"/> |  |  |

Il Dirigente Medico



**AUSL di PESCARA**

RSA di .....

Recapiti .....

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

**PERCORSO AMMINISTRATIVO DEL PAZIENTE**

Alla C.A. del PUA di \_\_\_\_\_

A seguito dell'autorizzazione UVM n° ..... effettuata dal Servizio competente dell'Area Distrettuale di ..... in data ...../...../.....

**SI COMUNICA CHE**

il/la sig./ra .....

nato/a ..... (.....) il ...../...../..... e

residente a ..... (.....) in

via .....num.....

caregiver di riferimento sig./ra .....

in qualità di ..... recapiti telefonici .....

è stato/a **ricoverato** presso questa struttura il giorno ...../...../..... per un periodo di ..... giorni in fascia 1° 2° 3°

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ L'incaricato amministrativo \_\_\_\_\_

è stato/a **prorogato** il ricovero presso questa struttura per un periodo di ..... giorni fascia precedente 1° 2° 3° - fascia attuale 1° 2° 3°

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ L'incaricato amministrativo \_\_\_\_\_

è stato/a **dimesso** da questa struttura il giorno ...../...../..... per la seguente motivazione ( se dimesso prima del tempo stabilito dall'UVM)

.....

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ L'incaricato amministrativo \_\_\_\_\_



**AUSL di PESCARA**

RSA di .....

Recapiti .....

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

PROT. N° ..... DEL ...../...../.....

**TRASMISSIONE NOMINATIVO OSPITE CHE INTENDE RICHIEDERE LA  
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

Alla C.A. Ufficio Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

A seguito dell'autorizzazione UVM n° ..... effettuata dal Servizio competente dell'Area Distrettuale di ..... in data ...../...../.....

**SI COMUNICA CHE**

il/la sig./ra .....

nato/a ..... (.....) il ...../...../.....

e residente a ..... (.....)

in via .....

caregiver di riferimento sig./ra .....

in qualità di ..... recapiti telefonici .....

è stato/a ricoverato presso questa struttura il giorno ...../...../..... per un periodo di ..... giorni in fascia 1° 2° 3°

Il caregiver è stato informato/a sulla possibilità di richiedere al Comune di residenza la Compartecipazione alla spesa per il pagamento della quota sociale ed ha dichiarato l'intensione di avvalersene.

**L'Assistente Sociale**

.....



AUSL di PESCARA

RSA di .....

Recapiti .....

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

RICHIESTA DI PROROGA

PROT. N° ..... del ...../...../.....

Al Servizio di Coordinamento UVM di

Per il/la sig./ra ..... nato/a ..... (.....) il ...../...../..... e residente a ..... ospite presso questa Struttura Residenziale dal ...../...../....., in fascia [ ] 1° [ ] 2° [ ] 3° e con scadenza prevista per il giorno ...../...../.....

SI CHIEDE

di voler autorizzare una proroga per la permanenza del paziente proponendo un periodo di ..... giorni, per le seguenti motivazioni: .....

.....

Il Dirigente Medico .....

.....

A CURA DEL SERVIZIO UVM

PROT. N° ..... del ...../...../.....

Per il/la paziente in oggetto si comunica che la proroga:

[ ] è stata concessa dal ...../...../..... al ...../...../.....

Valut. precedente fascia [ ] 1° [ ] 2° [ ] 3° Valut. attuale fascia [ ] 1° [ ] 2° [ ] 3°

[ ] non è stata concessa per la seguente motivazione:

.....

Il Coordinatore UVM

.....

**Comune di .....**  
**SERVIZIO DI .....**  
 Facente parte dell'Ambito Distrettuale Sociale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

**RISULTANZA INERENTE LA "COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA"**

Prot. n° ..... del.....

Alla C.A. del sig/ra \_\_\_\_\_

p.c. Servizio Amministrativo della Struttura Residenziale \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Retta di ricovero presso la Struttura "....." sita in ..... per il/la Sig./ra ..... - comunicazione quota a carico dell'Utente.

A seguito della richiesta di compartecipazione al pagamento della retta, rimessa dalla S.V. in data ...../...../..... ed acquisita al protocollo dell'Ente al numero ..... in data ...../...../..... in favore del/la sig./ra ..... nato/a ..... (.....) il ...../...../..... e residente a ..... (.....) in via ..... ricoverata/o presso la Struttura Residenziale ..... come da valutazione UVM in data ...../...../..... caregiver di riferimento sig./ra ..... in qualità di ..... recapiti telefonici .....

**SI COMUNICA CHE**

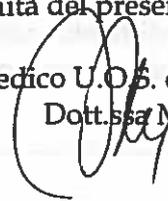
in considerazione dell'ISEE da Lei rimesso in data ...../...../..... dell'importo di € ....., ai sensi della normativa vigente, la compartecipazione da Lei dovuta per il pagamento della retta giornaliera di ricovero presso la Struttura suddetta ammonta a €....., poiché in base all'attestazione ISEE la quota di compartecipazione a carico dell'utente è del ..... %.

Distinti saluti.

Il Responsabile del Procedimento .....

Il Dirigente della U.O.S. proponente, con la sottoscrizione, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del presente provvedimento

Il Dirigente Medico U.O.S. di Assistenza Intermedia  
Dott.ssa Mirella Scimia



Il Direttore della U.O. proponente attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto n. \_\_\_\_\_ del bilancio \_\_\_\_\_ che presenta la sufficiente disponibilità come rilevato e indicato dall'U.O. Servizio Economico Finanziario

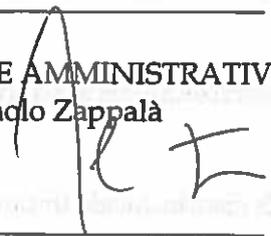
Il Direttore U.O.C.

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

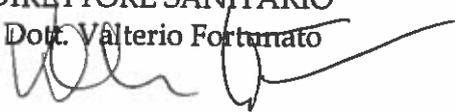
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Paolo Zappalà



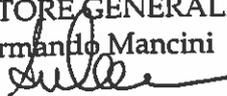
favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Valterio Fortunato



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Armando Mancini



Il presente provvedimento viene pubblicato all'albo on line dell'Ausl di Pescara in data  
ove rimarrà affisso per un periodo non inferiore a n. 15 giorni consecutivi

27 GEN. 2017

- Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo a seguito della pubblicazione all'albo on line dell'Ausl di Pescara
- Il presente provvedimento è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale

Il presente provvedimento viene trasmesso:

per l'esecuzione a:

RESP. UOS ASS. INTERM.  
UOC Area Dist. Pescara

UOC Area Dist. Maiella M.

PO Popoli DA  
PO Pescara DS  
per conoscenza a:

UOC Area Dist. Metropolitana

PO Penne DS

UOC Area Dist. Montesilvano

UOC Area Dist. Vestina

DA UOC Area Dist. Med. e Spec.

alla Giunta Regionale in data

con nota prot.

alla Conferenza dei Sindaci in data

con nota prot.

al Collegio Sindacale in data

con nota prot.

U.O.C. Affari Generali e Legali  
Il funzionario incaricato  
U.O.C. Affari Generali e Legali  
Il Responsabile Affari Generali  
(dott. Fabrizio Vest)