



**PROPOSTA DI ACCESSO/PROROGA ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI
da consegnare alla PUA**

Al Direttore del
Distretto Socio Sanitario di Bari

Il/la sottoscritto/a: Dr./Dr.ssa _____

MMG / PLS studio medico in Via _____ n. _____ tel. _____

Dirigente della U.O. (in caso di dimissione protetta) _____

Struttura/Ospedale _____ tel. _____

PROPONE PER

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ (Prov. _____)

il _____, Codice Fiscale _____

residente nel Comune _____ Cap. _____

Via _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Cap. _____

Via _____ n. _____

PROPOSTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA / CURE PALLIATIVE

- Persona assistibile a domicilio, dimissibile dall'ospedale, che ha bisogni di salute caratterizzati da elevata complessità clinica e assistenziale e che necessita di prosecuzione delle cure con interventi integrati, di tipo medico generico, medico specialistico, infermieristico, riabilitativo e tutelare.
- Persona con adeguato supporto familiare, assistibile a domicilio, che ha bisogni di salute caratterizzati da elevata complessità clinica e assistenziale e che necessita di interventi integrati, di tipo medico generico, medico specialistico, infermieristico, riabilitativo e tutelare.
- Persona con adeguato supporto familiare, assistibile a domicilio, che ha bisogni di salute, riferiti a patologia oncologica, caratterizzati da elevata complessità clinica e assistenziale e che necessita di interventi integrati di tipo palliativo medico generico e/o pediatrico, medico specialistico, infermieristico, tutelare.

PROPOSTA DI ASSISTENZA RESIDENZIALE SANITARIA / SOCIO-SANITARIA

- Residenza Sanitaria Assistenziale RSA – Nucleo ordinario (art. 2 R. R. n. 8/02) Persona non autosufficiente, non assistibile a domicilio, non più in età evolutiva, in condizioni patologiche di post-acuzie o con patologie stabilizzate che abbisogna di trattamenti terapeutici, riabilitativi e assistenziali protratti nel tempo.
- Residenza Sanitaria Assistenziale RSA – Nucleo Alzheimer (R. R. n. 8/02)
Persona non più in età evolutiva, non assistibile a domicilio, affetta da sindrome demenziale con grave compromissione dell'autonomia e dell'autosufficienza con preminenti disturbi del comportamento ancora responsiva agli interventi riabilitativi.
- Residenza Socio Sanitaria Assistenziale RSSA – Disabili (art. 58 R. R. n. 4/07 e smi)
Persona in situazione di handicap con gravi deficit psico-fisici, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, non assistibile a domicilio che non necessita di prestazioni sanitarie complesse, ma che ha bisogno di un alto grado di assistenza alla persona ed interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria.

Residenza Socio Sanitaria Assistenziale – Dopo di Noi (art. 55 R.R. n.4/07)
Soggetti con grave disabilità, privi di sostegno familiare che necessitano di prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale.

Residenza Socio Sanitaria Assistenziale RSSA – Anziani (art. 66 R. R. n. 4/07 e smi)

Persona anziana, in età superiore ai 64 anni, non autosufficiente, con gravi deficit psico-fisici, che non necessita di prestazioni sanitarie complesse, ma di un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo tutelare e socio-riabilitativo ad elevata integrazione socio-sanitaria e che non può essere assistita a domicilio.

Persona non autosufficiente che non ha raggiunto l'età dei 64 anni, affetta da demenza senile o Malattia di Alzheimer e demenze correlate, non in grado di svolgere autonomamente gli atti della vita quotidiana, con limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e che non richiede prestazioni sanitarie complesse e che non può essere assistita a domicilio.

HOSPICE

Paziente terminale, non assistibile a domicilio, colpito da malattia non più rispondente a trattamenti volti alla guarigione e che ha necessità del controllo del dolore e del sollievo da altri sintomi.

PROPOSTA DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA SEMIRESIDENZIALE

Centro Diurno Socio-Educativo-Riabilitativo (art. 60 R.R. n.4/07 e smi)

Persone affette da patologie congenite o acquisite che necessitano di un programma riabilitativo, che preveda Interventi multidisciplinari, orientati al recupero e/o mantenimento di abilità fisiche, psichiche e relazionali.

Centro Diurno per Demenze (art.60 ter del RR. n 7 febbraio 2007)

Persone affette da demenze, per i quali è necessario un progetto riabilitativo finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali.

ALTRO _____

Grado di non autosufficienza Totalmente non autosufficiente Parzialmente autosufficiente

Stato di coscienza: Collaborativo Lucido Disorientato Confuso Stuporoso

Non autosufficienza per: Igiene personale Alimentazione Vestirsi Bagno/Doccia Continenza fecale

Continenza urinaria

Mobilità: Cammina autonomamente Cammina con ausilio Cammina con assistenza Seduto su carrozzina Allettato

Altro _____

Patologie prevalenti _____

Patologie concomitanti _____

Trattamento farmacologico in atto _____

Altri trattamenti Catetere vescicale Catetere venoso centrale Sondino naso-gastrico PEG Ossigenoterapia

Ventilazione meccanica Stomie Terapia antalgica Nutrizione entrale Nutrizione parenterale Lesioni ulcerative cutanee

Altro _____

Presidi sanitari NO SI Tipologia _____

Obiettivo/i della proposta _____

"I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it - pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy."

Data _____ Timbro e firma _____

Visto il MMG/PLS (se diverso dal proponente) Dott.ssa/Dott. _____

Tel. _____