



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 di _____ 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.

- 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)

Personae 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)

Personae 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 _____

Data _____ Timbro e firma _____

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

Tel. _____



RICHIESTA DI ACCESSO/PROROGA AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI
da consegnare alla PUA

Al Direttore del
Distretto Socio Sanitario di Bari

Il/la Richiedente _____	
Nato/a _____	il _____
Residente a _____ Prov. _____	Via _____ N. _____ CAP _____
C.F. _____	Tel. _____ Cell. _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____	Via _____ N. _____
Tel. _____	Cell. _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Stato civile _____

CHIEDE

<input type="checkbox"/> per se stesso	<input type="checkbox"/> in qualità di familiare	<input type="checkbox"/> in qualità di amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/> in qualità di tutore	<input type="checkbox"/> in qualità di persona che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art.4 DPR 445/2000) e s. m. i.	
Del/la Sig./ra _____		grado di parentela _____
Nato/a _____	Prov. _____	Il _____
Residente a _____	Prov. _____	Via _____ n. _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____	Via _____	n. _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Stato civile _____	C.F. _____
Tel. _____	Cell. _____	

- PRIMA RICHIESTA PROROGA DIMISSIONE PROTETTA
- ADI Cure Palliative (ASSOCIAZIONE _____)
- RSA _____ RSA N.A. _____
- RSSA Disabili _____ RSSA Anziani _____
- Centro Diurno (Disabili) _____ Centro Diurno (Demenze) _____
- Frequenza gg _____ Pranzo SI NO Trasporto SI NO Orario _____
- HOSPICE _____ Dopo di Noi _____ Casa per la vita _____
- Altro _____

Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza domiciliare redatta :

- dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dr.ssa/dr. _____
- dal Dirigente della U. O. _____ Ospedale _____ dott.ssa/dr. _____
- dai Servizi Sociali del Comune di _____

Allega la seguente documentazione :

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione ospedaliera ed eventuale piano terapeutico e/o riabilitativo in atto
- Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario dell'avente diritto
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria erogate in ambiente residenziale, con componente aggiuntiva dei figli, ai sensi del DPCM. n. 159/2013, art. 6 comma b)
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE dell'avente diritto per altre prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE minorenni per figli di genitori non conviventi dell'avente diritto

Informato sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché sulle conseguenze previste dall'art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera il richiedente, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi degli artt. 4, 5, 46, 47 del DPR 455/2000 e s.m.i. di essere:

- invalido civile al _____% con/senza assegno di accompagnamento
- titolare di pensione sociale
- privo di alcun reddito personale
- di impegnarsi al pagamento della quota sociale di compartecipazione
- di NON essere in grado di far fronte al pagamento della quota sociale di compartecipazione
- di avvalersi dei Buoni Servizio di Conciliazione della Regione Puglia e di impegnarsi a versare, per i servizi semiresidenziali (Centri Diurni artt. 60 e 60 ter RR 4/2007) la quota fissa pari ad € 50,00 mensili e la quota variabile aggiuntiva determinata in base al valore dell'ISEE ordinario, da pagare direttamente al soggetto gestore dell'Unità di Offerta prescelta
- altro (specificare) _____

Data _____ Firma dell'avente diritto _____

Firma del richiedente (curatore, tutore o altro specificare)

Firma del richiedente che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000)

Autorizza :

- Si No Il trattamento dei propri dati ai sensi delle normative vigenti
- Si No Il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica
- Si No L'ASL BA a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Distretti S.S., Comune, Provincia, Regione) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura _____

Data _____

Firma _____
(firma del richiedente)