

ALL_B

PROGETTO Potenziamento Ospedale Territorio – Acronimo P.O.S.T.

Buoni servizio finalizzati a garantire l'implementazione e l'ampliamento di azioni rivolte al potenziamento dei servizi di continuità Ospedale-Territorio

PREMESSA

Il progetto della Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese, mira a finanziare azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover nella continuità assistenziale fra ospedale e territorio, nell'ottica di una visione unitaria della complessità dei bisogni, migliorando il processo di presa in carico globale del cittadino e contrastando i ricoveri impropri e ripetuti.

L'idea del progetto nasce dall'esperienza maturata in Regione Toscana, che con decreto dirigenziale n. 12305 del 16 novembre 2016, aveva approvato e pubblicato un precedente bando cofinanziato dal Programma operativo regionale (Por) del Fondo sociale europeo (Fse) 2014-2020 asse B "Inclusione sociale e lotta alla povertà". Tale Bando era intitolato "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità", e mirava anch'esso a sostenere il paziente nella fase di rientro a domicilio, con l'erogazione di prestazioni e servizi socio-sanitari fruibili tramite "buoni servizio". Questo bando però era rivolto esclusivamente a persone anziane over 65 che avevano limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, e le persone disabili gravi, nella fase di rientro a casa in seguito a dimissione dall'ospedale o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative.

La Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese aveva aderito a tale progetto e, avvalendosi dell'Agenzia di Continuità ospedale-territorio (ACOT) dell'Amiata Senese e Val d'Orcia e quella della Valdichiana Senese per la valutazione multidimensionale dei soggetti target, aveva erogato una quantità di Buoni Servizio pari a circa 154.000 euro. Il Bando è in scadenza il 31 Marzo 2020 e le risorse assegnate sono state completamente esaurite.

Ciò premesso, la Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia – Val di Chiana Senese ha valutato utile la prosecuzione di tali interventi complementari e integrativi rispetto agli ordinari servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza, seppur con modalità di erogazione e popolazione target diverse.

MODALITÀ OPERATIVE

Target

I servizi integrativi di assistenza socio-sanitaria sono erogati in favore di persone residenti nella Zona Distretto Amiata Senese e Val d'Orcia – Val di Chiana Senese con limitazione temporanea dell'autonomia, a rischio di non autosufficienza, non autosufficienti e/o di persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 a seguito di dimissioni da una struttura ospedaliera o di cure intermedie/riabilitative.

I destinatari devono essere identificati attraverso la valutazione effettuata dall'ACOT.

La valutazione avverrà a seguito di compilazione della domanda di iscrizione e dell'informativa in materia di protezione dei dati personali (All. 1).

Soggetti Erogatori

Innanzitutto la Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese, emetterà un procedimento di evidenza pubblica, al fine di costituire un elenco di operatori economici qualificati per l'erogazione dei servizi previsti nel presente progetto.

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati
2. gli operatori economici gestori di RSA in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria;
3. i professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

Le proposte di adesione pervenute saranno prese in esame ed analizzate dall'Ente, valutando il possesso di competenza professionale ed esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari.

Per i soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali, sanitarie e sociosanitarie e per i soggetti economici gestori di RSA (di cui ai punti 1, 2, 3) sarà presa in esame anche la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso.

Al fine di consentire la possibilità agli operatori economici interessati di essere inseriti nell'elenco, è garantita agli stessi la facoltà di presentare domanda di accesso per tutto il periodo in cui il bando sarà attivo.

Per l'erogazione dei servizi gli operatori economici di cui ai precedenti punti 1, 2 che rispondono alla procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.

Le attività che saranno ritenute utili da parte dell'ACOT alla presa in carico del paziente saranno erogate con buoni servizio, che i beneficiari utilizzeranno scegliendo liberamente fra i fornitori selezionati con procedura di evidenza pubblica.

Compiti dell'ACOT

L'ACOT predispose il Piano Individualizzato (PAI) avvalendosi delle schede multidimensionali codificate a livello regionale (All. 2) e riportando la sintesi nel piano individualizzato (All. 3). Il tutto deve avvenire prima della dimissione, per rispondere ai bisogni assistenziali emersi. Le prestazioni ed i servizi previsti nel P.A.I. sono da considerarsi come forme integrative e di potenziamento ed implementazione rispetto ai servizi già forniti dall'attuale organizzazione. I criteri individuati per la definizione dei PAI prevedono il rispetto delle norme antidiscriminatorie in materia di genere, garantendo equo coinvolgimento, in proporzione alla distribuzione demografica

della popolazione per classi di età. Il PAI è finalizzato alla continuità e dovrà permettere all'utente di avvicinarsi all'autogestione di alcune manovre.

L'ACOT si connota da un lato quale strumento operativo di gestione dei percorsi aziendali ospedale territorio per garantire la continuità assistenziale del paziente nel percorso di pianificazione delle dimissioni, dall'altro come soggetto di governo delle risorse integrative disponibili nel progetto, nell'ottica di un'appropriatezza gestionale e una sicurezza clinica. Inoltre, una valutazione multidimensionale standardizzata, garantisce anche l'omogenizzazione e l'equità di accesso ai pacchetti intervento finanziabili a mezzo dei buoni servizio.

Descrizione interventi

Descrizione Interventi	Figura professionale	Struttura intervento	Costo massimo pacchetto interventi
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione/addestramento care giver	OSA o OSS	Max 24 accessi in 4 settimane	€ 520,00
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, gestione e addestramento stomie, altre prestazioni non invasive (es. Test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali ecc...)	Infermiere	Max 12 accessi in 4 settimane	€ 500,00
Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione/addestramento del care giver, trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	Max 10 accessi in 4 settimane	€ 400,00

Descrizione Interventi (struttura intervento)	Struttura intervento	Costo massimo pacchetto interventi
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza sul territorio dell'assistito.	Ricovero max per 14 giorni	€ 1.600,00

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi al materiale per le medicazioni e agli ausili temporanei (bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Nel caso di intervento che non prevede il numero massimo di accessi, il costo complessivo del pacchetto sarà determinato dal costo del singolo accesso/giorno per il numero di accessi/giorni definiti in un piano di spesa, che verrà appositamente predisposto, purché effettivamente erogati.

Le prestazioni dovranno essere annotate nella time card (All. 4).

Assegnazione del Buono Servizio

Per ogni soggetto potenzialmente destinatario del buono servizio, preliminarmente alle dimissioni ospedaliere o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative, sarà predisposto dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio (ACOT) un piano individualizzato completo della lista dettagliata delle attività che potranno in seguito essere attivate a mezzo del buono servizio.

Per ogni assegnatario del buono servizio il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di Spesa che prevede l'erogazione di servizi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.600,00.

I servizi devono essere erogati entro 72 ore dalla dimissione e hanno la durata massima di 4 settimane.

In caso di ricovero con interruzione anche se breve dell'erogazione delle prestazioni previste dai pacchetti e previa conferma della sussistenza della validità del progetto assistenziale da parte dell'ACOT, l'erogazione può riprendere fino al completamento delle prestazioni programmate e non erogate.

Il buono servizio può essere rinnovato al medesimo utente, anche consecutivamente, con le stesse modalità di assegnazione, per massimo 2 volte nell'arco della validità del presente progetto.

Erogazione della prestazione

L'ACOT, dopo che l'utente o persona da lui delegata (All. 5) avrà individuato l'erogatore del buono servizio scegliendolo liberamente, attiverà il servizio per l'utente mettendo in contatto lo stesso con il soggetto erogatore. L'ACOT potrà inviare la richiesta di intervento anche per posta elettronica. Se si verificasse una insoddisfazione rispetto al servizio offerto, il caso sarà prontamente riportato nell'ACOT per una valutazione nel merito.

Pagamento ai soggetti erogatori

Al termine dell'intervento, quindi massimo dopo 24 giorni, l'ACOT:

- raccoglierà e verificherà le time card
- predisporrà la lettera per invitare il soggetto erogatore all'emissione di fattura (All. 6)
- la lettera inviata sarà sottoscritta dal Direttore SDS

MONITORAGGIO DEL PROGETTO

L'ACOT assicura il monitoraggio di tutto il progetto, in particolare occorre conoscere con cadenza bimestrale:

- il numero dei piani attivati

- l'importo complessivo della spesa nel periodo

Inoltre, al fine di assicurare la copertura economica del servizio per l'intero periodo, si stabiliscono:

- l'importo mensile e l'importo residuo disponibile di cui i due gruppi ACOT dovranno tenere conto per l'assegnazione dei buoni servizio

(importo mensile= budget totale/n^ dei mesi di validità del progetto)

(importo residuo disponibile= budget totale – importo impegnato con i titoli già assegnati)

ALLEGATO 1

DOMANDA DI ISCRIZIONE E MODULO PRIVACY

Anno

Soggetto Attuatore: Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese

Progetto: P.OS.T. (Potenziamento Ospedale Territorio)

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

...I... sottoscritto/a..... nato/a il
giorno mese anno
a..... (.....) Stato..... codice fiscale
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

- di essere di sesso ☒ M ☐ F - di avere cittadinanza:

di risiedere in via/piazza..... n..... comune..... C.A.P..... provincia

telefono/...../..... prefisso numero cellulare/...../.....

- di far parte del seguente gruppo vulnerabile

☒ Persone disabili

- di essere in possesso del titolo di studio di:

- ☐ 00. Nessun titolo
☐ 01. Licenza elementare/Attestato di valutazione finale
☐ 02. Licenza media /Avviamento professionale
☐ 03. Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
☐ 04. Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
☐ 05. Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
☐ 06. Diploma di tecnico superiore (ITS)
☐ 07. Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
☐ 08. Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
☐ 09. Titolo di dottore di ricerca

- di essere nella seguente condizione occupazionale:

☒ Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in o servizio civile, in altra condizione)

Luogo.....

DATA.....

FIRMA DEL SOGGETTO DESTINATARIO
(o del tutore/amministratore di sostegno del destinatario)

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dal bando “P.OS.T. (Potenziamento Ospedale Territorio) , saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese è il titolare del trattamento dati
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'Archivio dell'Ente per il periodo di legge previsto per questa tipologia di documenti della Pubblica Amministrazione
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste all'Ente promotore del progetto
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Luogo.....

Data.....

Firma per presa visione

.....

Firma per consenso esplicito per il conferimento di particolari dati personali relativi alle condizioni di vulnerabilità

Luogo.....

Data.....

Firma per presa visione

.....

ALLEGATO 2

SCHEDE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALI

Zona /distretto _____ Ospedale _____

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

Ospedale/Struttura/: _____
 Tipo Struttura: ☐ Pubblica ☐ Privata Convenzionata ☐ Privata non Convenzionata
 Data (gg/mm/aaaa) _____ Operatore _____
 Recapiti inviante : indirizzo e.mail (preferibilmente di struttura) _____
 Telefono inviante _____

SCHEDA CLINICA 1 di 4

UTENTE

Cognome	Nome	
Data di nascita	Comune nasc.	Provincia
Domicilio	Comune	Provincia
Familiare	Tel. cell.	
Familiare	Tel. cell.	
Motivazione clinica per cui è richiesto l'intervento: _____		

Data di dimissione prevista ____/____/____ Durata prevista dell'intervento (gg) _____

Diagnosi di ammissione

Diagnosi principale – ICD9	Descrizione _____
Diagnosi secondaria – ICD9	Descrizione _____

Diagnosi per la segnalazione al Coordinamento Dimissioni Complesse

Diagnosi principale – ICD9	Descrizione _____
Diagnosi secondaria – ICD9	Descrizione _____

Nominativo e qualifica compilatore: _____

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
 con dimissione complessa**

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (c) (e)

SCHEDA CLINICA 2 di 4

Necessita di riabilitazione?

☐ SI (e)

☐ NO (c)

Se si è risposto **NO** alla necessità di riabilitazione, compilare la parte seguente

Necessità di assistenza medica?

- ☐ Si necessita di assistenza medica sulle 24 ore con osservazione medica almeno 2 volte nelle 24 ore (Descrivere nelle note le condizioni cliniche che richiedono un'assistenza medica sulle 24h)
- ☐ Si, assistenza medica continuativa in orario diurno (SCALA NEW <=3)
- ☐ Si, assistenza medica continuativa (SCALA NEW <=1)
- ☐ No

Necessita di riattivazione funzionale?

Il paziente prima dell'evento era in grado di camminare, anche con ausilio, in ambito domestico

☐ SI (c)

☐ NO

Se si è risposto **SI** alla necessità di riabilitazione compilare la seguente parte e la **scheda clinica 3/4**

Tipo di riabilitazione:

☐ Neurologica

☐ Ortopedica

Condizioni di instabilità presenti nel corso del ricovero

(Condizioni di instabilità che impediscono la riabilitazione finché non sono risolte e che, anche se risolte, condizionano il regime di erogazione della riabilitazione. In caso di presenza delle condizioni non risolte alla dimissione non è possibile trasferire il paziente in riabilitazione)

- ☐ Angina instabile
- ☐ Infarto miocardico recente (< 7 gg)
- ☐ Embolia polmonare *
- ☐ Tachicardia
- ☐ Bradicardia
- ☐ PA sistolica > 180 mmHg e diastolica >105 mmHg
- ☐ Insufficienza cardiaca NYHA > 2** (>85 anni)
- ☐ Insufficienza respiratoria PaO2 < 60 mmHg e/o Pa CO2 > 50 mmHg
- ☐ TVP in atto
- ☐ Disturbo di coscienza: coma, sopore
- ☐ Malattia sistemica in fase acuta nella quale è indicato il riposo assoluto

☐ Assenza delle condizioni sopra elencate

Condizioni stabilizzate?

☐ SI

☐ NO

Se **SI** Stabilizzato dal _____

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA CLINICA 3 di 4

Criterio anamnestico

ATTENZIONE: La selezione di una o più delle voci seguenti esclude la riabilitazione intensiva e pertanto comporta la selezione del NO nella precedente sezione "Necessita di riabilitazione?"

- ☐ Disabilità cognitiva pregressa (Pfeiffer>7) che impedisce riabilitazione intensiva
- ☐ Disabilità funz. pregressa che impedisce la riab. intensiva (Barthel anamnestica modif. orientante <50)
- ☐ Anamnesi per lesioni cerebrali >2 lobi preesistenti all'evento del ricovero

Criterio clinico

Parte1: Compilare se non viene compilato nessuno dei riferimenti del campo anamnestico

- ☐ Paziente con necessità di assistenza medica continuativa 24h *Descrivere nelle note le condizioni cliniche che richiedono un'assistenza medica sulle 24H*
- ☐ Paziente con condizioni di instabilità clinica durante il ricovero – ora stabilizzato
- ☐ Paziente che alla dimissione non necessita di assistenza med. continuat. 24h (Barthel anamnestica modif. tra 50 e 75)
- ☐ Paziente che alla dimissione non necessita di assistenza med. continuat. 24h (Barthel anamnestica modif. > 75)

Parte2: Informazioni aggiuntive da compilare se presenti

- ☐ Nessuna informazione
- ☐ Paziente con disabilità minime (Barthel anamnestica modif. > 75 alla dimissione) che non richiedono riabilitazione di tipo intensivo
- ☐ Paziente con indicazione di procrastinazione del carico e/o intervento agli arti superiori con procrastinazione della mobilizzazione
- ☐ Paziente con frattura del femore non operata
- ☐ Paziente con patologia in fase terminale

Note:

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA INFEZIONI

SCHEDA CLINICA 4 di 4

Presenza di infezioni

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paziente Colonizzato | <input type="checkbox"/> Paziente infetto |
| <input type="checkbox"/> Assenza d'infezioni | <input type="checkbox"/> Paziente colonizzato infetto |

Data esordio o positività del campione ____/____/____

- ☐ Clostridium Difficile
- ☐ Enterococcus faecalis e faecium Vancomicina resistenti (VRE)
- ☐ Staphylococcus Aureus resistente ai glicopeptidi (Vancomicina, Teicoplanina)
- ☐ Pseudomonas Aeruginosa con fenotipo R estesa (sensibile solo Colistina o Colistina e Amikacina)
- ☐ Acinetobacter baumannii resistenti ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem)
- ☐ Klebsiella pneumoniae resistente ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem e/o Erbapenem)
- ☐ Escherichia coli resistente ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem e/o Erbapenem)
- ☐ Stenotrophomonas maltophilia resistente al Cotrimossazolo
- ☐ Altro, specificare nell'area sottostante:

Note:

Data compilazione:

Medico Compilante:

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA INFERMIERISTICA

N.B. Indicare esclusivamente le prestazioni di cui il paziente avrà bisogno **dopo la dimissione** che **non possono** essere garantite dal **paziente stesso**, dai familiari o da **chi** per loro assiste il congiunto.

Legenda

Mese: N° di prestazioni al mese

Sett: N° di prestazioni alla settimana

Giorno: N° di prestazioni al giorno

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (b) (d)

	Prestazione	N° prestazioni al		
		Mese	Sett	Giorno
b	Funzione educativa all'utente /caregiver			
b	Medicazione semplice			
	Medicazione complessa			
	Bendaggio elastocompressivo semplice			
	Bendaggio multistrato			
d	Terapia EV			
	Prelievo venoso			
	Test rapido glicemia			
	Prelievo materiale biologico			
	Cambio catetere vescicale			
	Rimozione catetere vescicale			
d	Cateterismo vescicale femminile (intermittenza)			
d	Cateterismo vescicale maschile (intermittenza)			
	Clisma evacuativo			
	Svuotamento manuale			
	Rilevazione parametri vitali			
d	Gestione stomie			
	Cambio sondino Naso Gastrico			
	Rimozione sondino Naso Gastrico			
	Medicazione CVC campo sterile			
	Cambio ago di Hubert			
	Ventilazione meccanica assistita			
	Ventilazione meccanica controllata			
	Nutrizione Artificiale Domiciliare			

Necessita di prestazione infermieristica notturna

☐ SI

☐ NO

Se **SI** specificare:

Data:

Compilatore:

Zona /distretto _____ Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA SOCIALE

Condizione socio – abitativa

Vive solo senza alcun sostegno

☐ SI

☐ NO

**Vive con
convivente non
idoneo**

- ☐ grande anziano > 85 anni
- ☐ per handicap
- ☐ a sostenere il bisogno assistenziale
- ☐ per gravi problemi socio sanitari
- ☐ per grave relazione conflittuale con il convivente.
- ☐ per elevato stress del caregiver

**Vive solo/presenza
di familiari non
idonei**

- ☐ familiare fuori sede
- ☐ familiare con handicap
- ☐ a sostenere il bisogno assistenziale
- ☐ per gravi problemi socio sanitari
- ☐ familiari non idonei, temporaneamente in attesa di organizzazione assistenziale adeguata
- ☐ per elevato stress del caregiver

**Condizione
abitativa
inadeguata**

- ☐ case isolate
- ☐ barriere architettoniche in relazione alle condizioni funzionali valutate dal fisioterapista
- ☐ servizi igienici inadeguati / inesistenti
- ☐ micro clima inadeguato

Se esiste una positività ad una o più delle condizioni sopraelencate, allora non è necessario compilare la sezione prestazioni

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (a)

a	Sezione prestazioni			
	Prestazione	Mese	Sett	Giorno
	Alzare e vestire			
	Igiene della persona			
	Bagno assistito			
	Posizionamento			
	Preparazione e somm.ne pasto completo			
	Pulizia alloggio e manutenzione biancheria			

Note:

Legenda:

Mese: Numero di prestazioni al mese

Sett: Numero di prestazioni alla settimana

Giorno: Numero di prestazioni al giorno

N.B. Indicare esclusivamente le prestazioni di cui il paziente avrà bisogno dopo la dimissione che non possono essere garantite dal paziente stesso, dai familiari o da chi per loro assiste il congiunto.

Data:

Compilatore:

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA FUNZIONALE 1 di 2

Test di Pfeiffer

	SI	NO
1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Che giorno della settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qual è il nome di questo posto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qual è il suo numero di telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Qual è il suo indirizzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quanti anni ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando è nato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chi è il presidente della repubblica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chi era il presidente precedente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Qual era il cognome di sua madre da ragazza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totale errori /10

Linguaggio

- ☐ Nessuna compromissione
- ☐ Possibile con ausilio
- ☐ Compromissione recettiva
- ☐ Compromissione espressiva
- ☐ Compromissione globale

Sezione mobilità

Girarsi nel letto

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

Da supino a seduto bordo letto

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

Equilibrio seduto senza sostegno
del tronco, piedi sospesi

- ☐ Autonomo, sicuro senza appoggio
- ☐ Sicuro con appoggio
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con aiuto
- ☐ Non possibile

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA FUNZIONALE 2 di 2

Da seduto a in piedi

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

In piedi

- ☐ Autonomo, sicuro senza appoggio
- ☐ Autonomo, sicuro con appoggio
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con aiuto
- ☐ Con massimo aiuto o Non possibile

Note:

Scala Barthel Modificata	Anamnestica	Ammissione (T1)	Dimissione (T2)	Valori Accettati
Igiene Personale				0 1 3 4 5
Fare il Bagno				0 1 3 4 5
Mangiare				0 2 5 8 10
Usare il W.C.				0 2 5 8 10
Fare le scale				0 2 5 8 10
Vestirsi				0 2 5 8 10
Controllo urine				0 2 5 8 10
Controllo alvo				0 2 5 8 10
Camminare				0 3 8 12 15
Carrozzina (da compilare in alternativa al campo precedente)				0 1 3 4 5
Trasferimenti				0 3 8 12 15

Note:

Data:

Compilatore:

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

PESATURA INTERVENTI INTEGRATIVI DOMICILIARI

In sede di valutazione multidimensionale questa modulistica contribuisce alla definizione e pesatura degli eventuali interventi a carattere socio-sanitario o sanitario da assicurare in fase di dimissione .

La stabilizzazione clinica è preconditione per la dimissione al domicilio.

Gli item utilizzati per la pesatura sono identificati dalle lettere riportate nella seconda colonna della tabella sottostante.

livello	Riferimenti presenti nella scheda di valutazione	descrizione interventi	operatore
minimo	(a)	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver	OSA o OSS
basso	(b)	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere
	(c)	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici , educazione del care giver	fisioterapista
medio	(b)+(d)	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice, svuotamento manuale	Infermiere
	(e)	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	fisioterapista

ALLEGATO 3

PIANO INDIVIDUALIZZATO

Soggetto Attuatore: Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese

Progetto: P.O.S.T “Potenziamento Ospedale Territorio”

Il/La signore/a _____ nato il ____/____/____
a _____ (Prov._____) residente in Via/Vicolo/Piazza _____ n° civico ____
del Comune di _____ (Prov.____) recapito telefonico _____
C.F. : _____ email _____

ricoverato/a presso il seguente presidio ospedaliero / struttura pubblica intermedia o riabilitative in qualità di potenziale beneficiario del progetto **P.O.S.T “Potenziamento Ospedale Territorio”**, visto e considerata la modulistica per la valutazione multidimensionale compilata in data ____/____/____ gli vengono assegnati i seguenti pacchetti di interventi :

Descrizione interventi	Operatore	Struttura/ intervento	ASSEGNATO (barrare ipotesi che ricorre)
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione / addestramento care giver	OSA o OSS	24 accessi in 4 settimane	SI / NO
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, gestione e addestramento stomie, altre prestazioni non invasive (es. Test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali ecc...)	Infermiere	12 accessi in 4 settimane	SI / NO
Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione/addestramento del care giver, trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	10 accessi in 4 settimane	SI / NO
Cure Intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito	RSA	Ricovero per 14 gg. (Max)	SI / NO

essendo dimesso in data ____/____/____ tutte le prestazioni saranno attivate entro il ____/____/____

Abbadia S. Salvatore/Montepulciano _____

Timbro e firma
(Responsabile Agenzia di continuità ospedale-)

territorio)

ALLEGATO 4

TIME CARD

Soggetto Attuatore: Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese

Progetto: *POST “Potenziamento Ospedale Territorio”*

Codice Progetto:

CUP:

[illegible]

ALLEGATO 5

FAC SIMILE DELEGA

Soggetto Attuatore: Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia –Val di Chiana Senese

Progetto: *P.OS.T “Potenziamento Ospedale Territorio”*

ATTO DI DELEGA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (__) il __/__/_____
residente/domiciliato/a _____
Documento di riconoscimento del Delegante _____ n° _____

DELEGO

Il/La Sig/Sig.ra _____
nato/a a _____ (__) il __/__/_____
residente a _____
legame con il delegante (es. figlio, fratello, nipote ecc.) _____

a rappresentarmi / tutelarli **durante tutto l'iter procedurale previsto dal progetto “P.OS.T “Potenziamento Ospedale Territorio”** qualora il sottoscritto fosse ritenuto idoneo come BENEFICIARIO ad aiutarmi nella scelta di un eventuale/i soggetto/i erogatore/i di servizi (OSS/OSA, infermiere, fisioterapista e/o RSA) previsti nel Piano Individualizzato redatto dall'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio competente.

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto in taluna-delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Firma del delegante _____

Documento di
riconoscimento del delegato _____ n° _____ Firma del delegato _____

Informativa ex art. 13 D.lgs. n. 196/2003 ed ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”. Il sottoscritto acconsente a che i propri dati siano trattati, anche con strumenti informatici, o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Firma del delegante

Firma del delegato

Abbadia San Salvatore/Montepulciano _____

N.B.: Allegare copia documento identità del delegato e del delegante.

ALLEGATO 6

LETTERA PER AUTORIZZARE ALL'EMISSIONE DI FATTURA

Prot. n.

Montepulciano,

Spett.le _____

Via /Piazza _____

n. ____ Cap. _____ - _____

Oggetto: BUONO SERVIZIO erogato al/alla Sig./Sig.ra _____ in qualità di beneficiario del progetto P.OS.T "Potenziamento Ospedale Territorio"

Con la presente si autorizza la fatturazione di un importo massimo di € _____,00 iva inclusa, quale corrispettivo per le prestazioni/servizi previsti dal Piano di Spesa sottoscritto in data _____ (Prot. _____) da parte del sig./sig.ra _____ in qualità di beneficiaria del progetto P.OS.T "Potenziamento Ospedale Territorio" (OPPURE in qualità di amministratore di sostegno o di tutore legale del/della signor/signora _____ beneficiario del progetto.

La fattura dovrà essere emessa in formato elettronico da intestare a:

Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia Valdichiana Senese – Via Provinciale n. 5 – 53040
Gracciano (SI) C.F. 90017690521 PARTITA IVA 01294260524 - CODICE UNIVOCO UFFICIO: UFV29X

Direttore Società della Salute

Ing. Roberto Pulcinelli