

# **Allegato al regolamento Adi Plus approvato il 24.01.2017**

## **ALLEGATI**

Allegato A) - AMBITO DI COMPETENZA DELL'OSS NELL'ESECUZIONE DI ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

Allegato B) - TABELLA DI VALUTAZIONE E ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO

Allegato C) - DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PLUS

Allegato D) - SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA SITUAZIONE SANITARIA

Allegato E) - PAI – PROGETTO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO - SOCIO-SANITARIO

Allegato F) - MODULO PER L'AMMISSIONE ALLE CURE PRESTAZIONALI ADI PLUS

**ALLEGATO A)****AMBITO DI COMPETENZA DELL'OSS NELL'ESECUZIONE DI ATTIVITÀ ASSISTENZIALI:**

- le attività della vita quotidiana (AVQ);
- il bisogno assistenziale della persona assistita.

Attività eseguibili in autonomia	Attività seguibili su assegnazione	Attività non eseguibili
Attività che possono essere svolte dall'OSS autonomamente	Attività che necessitano di una assegnazione (caso per caso) da parte dell'infermiere	Attività che non possono essere assolutamente svolte dall'OSS
○	◇	✘

**1. SONNO E VEGLIA****Parzialmente autosufficiente****Dipendente****1.1 Rifacimento del letto**

Rifacimento del letto occupato	◇	◇
Rifacimento del letto occupato da una persona gravemente malata	◇	✘

**1.2 Posizionamento della persona assistita**

Posizionamento attivo	○	
Posizionamento passivo	◇	✘
Cambio posizione pianificato	◇	◇
Impiego di ausili per il posizionamento	◇	◇

**2. MUOVERSI****Parzialmente autosufficiente****Dipendente****2.1 Mobilizzazione**

Posizionare la persona seduta a letto	○	◇
Mettere la persona seduta sul bordo del letto	◇	◇
Far alzare la persona assistita per la prima volta	✘	✘
Far alzare la persona e farla deambulare	◇	
Mettere la persona in poltrona	○	◇

**2.2 Spostare la persona**

Con il letto	○	○
In sedia a rotelle	○	○
Spostare e trasferire una persona da un letto all'altro	◇	◇

**3. LAVARSI E VESTIRSI**

Parzialmente autosufficiente

Dipendente

**3.1 Igiene corporea**

aiuto nell'igiene personale in bagno (lavandino)	○	○
Aiuto nell'igiene personale al letto	○	○
pediluvio igienico	○	○
pediluvio medicamentoso	◇	◇
lavaggio delle mani	○	○
lavaggio delle mani medicato	◇	◇
igiene dentale	○	○
igiene delle protesi dentarie	○	○
pulizia del cavo orale	◇	◇
igiene generale degli occhi	○	○
igiene specifica degli occhi	◇	◇
igiene generale del naso	○	○
igiene specifica del naso	◇	◇
igiene del naso in portatore di sondino	◇	◇
igiene delle orecchie	◇	◇
cura della barba/rasatura	○	○
lavaggio dei capelli a letto	○	○
cura quotidiana dei capelli	○	○
igiene intima	○	○
igiene in presenza di catetere vescicale	◇	◇
manicure	○	○
pedicure	○	○
spugnatura totale	○	◇
doccia	○	◇
bagno nella vasca	○	◇

**3.2 Vestirsi**

aiuto a vestirsi e svestirsi	○	○
------------------------------	---	---

**4. MANGIARE E BERE**

Parzialmente autosufficiente

Dipendente

**4.1 Mangiare**

aiuto a mangiare	○	◇
------------------	---	---

#### 4.2 Alimentazione con il sondino

Preparazione	◇	◇
Somministrazione	◇	✘

#### 4.3 Bere

aiuto a bere	○	◇
quantificazione della qualità di liquidi assunti	○	○
bilancio idrico	◇	◇

4.4 Misurazione del peso corporeo	○	○
-----------------------------------	---	---

#### 5. FUNZIONI ESCRETORIE ED ELIMINAZIONI

Parzialmente autosufficiente

Dipendente

5.1 assistenza e cura in caso di incontinenza urinaria e fecale	○	○
5.2 assistenza e cura in caso di diarrea	◇	◇
5.3 svuotamento del sacco urine	○	○
5.4 ginnastica vescicale	○	✘
5.5 smaltimento di materiale vomitato	○	○
5.6 assistenza post vomito	○	◇
5.7 cambio sacchetto stoma	◇	◇

#### 6. REGOLAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA

Parzialmente autosufficiente

Dipendente

6.1 misurazione della temperatura corporea	○	○
--	---	---

#### 6.2 applicazioni di caldo e freddo

applicare impacchi	◇	◇
applicare compresse	◇	◇
applicare fasciature	◇	◇
applicare la borsa del ghiaccio	○	◇
applicare la borsa dell'acqua calda	○	◇

**7. RESPIRAZIONE**

Parzialmente autosufficiente

Dipendente

**7.1 Respirazione**

somministrazione di ossigeno	◇	◇
ginnastica respiratoria	◇	◇
eliminazione dell'espettorato	○	○

**7.2 Inalazione**

preparazione dell'inalazione	◇	◇
istruzione della persona all'inalazione	○	○
pulizia dell'inalatore	○	○

**7.3 Segni vitali**

rilevazione dei parametri vitali	○	○
frequenza respiratoria	○	○
frequenza cardiaca	○	○
glicemia (Destro-Stick)	◇	◇

**8. LESIONI CUTANEE**

Parzialmente autosufficiente

Dipendente

semplici	○	○
Secondo e terzo grado (specificare)	◇	◇

**TABELLA DI VALUTAZIONE E ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO (max 70 punti)**

<b>A) Valutazione della gravità e della condizione di non autosufficienza in base alla scheda sanitaria</b>	<b>Fino a 35 punti</b>	
Grave	28-35 p	
Medio	17-27 p	
Lieve	7-16 p	
Non significativa dal punto di vista sanitario	0-6 p	
<b>Totale</b>		
<b>B) Valutazione della composizione del nucleo familiare</b>	<b>Fino a 30 punti</b>	
Presenza di familiari conviventi autosufficienti	0 p	
Presenza di familiari conviventi parzialmente autosufficienti	5 p	
Presenza di familiari conviventi totalmente non autosufficienti	15 p	
Persona sola	30 p	
Presenza di minorenni conviventi (n. 2 punti per ogni figlio per un max di n. 3 figli)	6	
<b>Totale</b>		
<b>C) Presenza di altri benefici e servizi</b>	<b>Fino a 5 punti</b>	
Progetto ritornare a casa	0	
L.162/98 Home Care Premium	1	
Persone che non usufruiscono di alcun altro beneficio/intervento	5	

**COMUNE DI MOGORO**  
(Provincia di Oristano)



**COMUNU DE MÒGURU**  
(Provincia de Aristanis)

**DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

**Al Servizio Sociale del Comune di**

**OGGETTO:** Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare PLUS (ADI Plus).

**Il/La sottoscritto/a**

(se persona diversa dall'utente)

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita
Tipo di relazione con l'utente		
Residenza		
Recapiti telefonici/email		

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Data di nascita</b>	<b>Comune di nascita</b>	<b>C.F.</b>
<b>Comune di residenza</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Telefono /Email</b>
<b>Domicilio</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Telefono/Email</b>
<b>Stato civile</b>	<b>Condizione lavorativa</b>	<b>Grado d'istruzione</b>

**EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA o FAMILIARE DI RIFERIMENTO**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Indirizzo studio medico \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE PRESSO:**

DOMICILIO OSPEDALE STRUTTURA RESIDENZIALE \_\_\_\_\_

## CHIEDE

- Per se stesso
- Per il/la proprio/a \_\_\_\_\_ (indicare la tipologia di relazione) i cui dati sono stati sopra indicati.

**Di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata PLUS per n. \_\_\_\_\_ settimanali e a tal fine**

## DICHIARA

1) Di essere consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt.75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità;

2) Di scegliere, per la fruizione dei servizi specificati in oggetto, la seguente Cooperativa Sociale:

CO.A.G.I.             Incontro             Consorzio Network             Insieme si può  
Zerocento

Iscritta all'Albo dei Soggetti Accreditati nell'Ambito del Servizio ADI Plus istituito presso il Comune di Mogoro-Ente Gestore Plus Ales-Terralba con Determinazione n. 327/SS del 12/11/2014;

3) Che l'indicatore ISEE relativo al nucleo familiare per l'anno in corso è pari a €. \_\_\_\_\_ ;

4) Che in base alla tabella di contribuzione utenza al costo del servizio rientra nella seguente fascia di reddito:

	Fascia	Da	A	% a carico del PLUS	% a carico del Cittadino	Costo orario OSS € 20,60	Costo orario Infermiere € 24,13
<input type="checkbox"/>	1^ fascia	€ 0,00	€ 4.500,00	100%	0%	€ 0,00	€ 0,00
<input type="checkbox"/>	2^ fascia	€ 4.500,01	€ 9.000,00	95%	5%	€ 1,03	€ 1,21
<input type="checkbox"/>	3^ fascia	€ 9.000,01	€ 13.500,00	85%	15%	€ 3,09	€ 3,62
<input type="checkbox"/>	4^ fascia	€ 13.500,01	€ 18.000,00	70%	30%	€ 6,18	€ 7,24
<input type="checkbox"/>	5^ fascia	€ 18.000,01	€ 23.000,00	40%	60%	€ 12,36	€ 14,48
<input type="checkbox"/>	6^ fascia	€ 23.000,01	€ 27.500,00	20%	80%	€ 16,48	€ 19,30
<input type="checkbox"/>	7^ fascia	Oltre € 27.500,01		0%	100%	€ 20,60	€ 24,13

5) Di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota contributiva comporterà la sospensione del servizio e il relativo recupero coatto;

6) Di usufruire dei seguenti servizi:

Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale (SAD)

Servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI)

Nessun intervento attivo

7) Di essere beneficiario dei seguenti riconoscimenti:

Invalità civile	Indennità di accompagnamento	L. 104/92
L. 162/98	Progetto "Ritornare a casa"	Home Care Premium
Altro:		

8) Di essere informato che i dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dal Comune e dall'Ufficio di Piano Plus Ales-Terralba nel rispetto de D. Lgs n. 196/2003 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata. La raccolta è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di organizzazione e attuazione del Servizio ADI Plus e in assenza di essi il provvedimento finale non



potrà essere emanato. Il responsabile del procedimento è la Responsabile del Servizio Amministrativo-Finanziario ragioniera Peis Maria Teresa;

9) Di acconsentire **il trattamento dei dati personali e sensibili D.lgs 196/2003** in qualità di beneficiario del servizio, o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dall'art. 13 e 76 e ss. Del D. Lgs 196/2003 informato del fatto che i propri dati personali e sensibili verranno registrati e trattati nel rispetto di principi di correttezza, liceità e trasparenza. Consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. del D. Lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità e per le finalità sopra elencate.

10) Di allegare:

Copia del Documento di identità;

Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;

Copia del verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi della Legge 104/92;

Copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;

Copia del verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile;

Certificazioni sanitarie attestanti le patologie;

Scheda di rilevazione della situazione socio-sanitaria (Allegato A).

Luogo e Data \_\_\_\_\_

---

(firma)

ALLEGATO D)

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA SITUAZIONE SANITARIA (da compilarsi a cura di presenta l'istanza)

COGNOME		NOME		SESSO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NATO A		IL		C.F.	
RESIDENTE A		VIA/PIAZZA			
STATO CIVILE		TELEFONO		EMAIL	
MEDICO CURANTE					

PERSONA DI RIFERIMENTO		RELAZIONE CON L'UTENTE	
TELEFONO		EMAIL	

1	EMOTIVITA'	depressione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> eccitazione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> aggressività si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2	CAPACITA' DI ALIMENTARSI	autonomo <input type="checkbox"/> non autonomo <input type="checkbox"/> ⇒ imboccato <input type="checkbox"/> Sng <input type="checkbox"/> Peg <input type="checkbox"/> parenterale <input type="checkbox"/>
3	MOBILIZZAZIONE	autonomo <input type="checkbox"/> autonomo con ausilio ⇒ bastone <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/>
4	IGIENE PERSONALE	autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/>
5	FARE IL BAGNO	autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/>
6	GESTIONE SFINTERI	Continenza urinaria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> Continenza fecale si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/>
7	PRESENZA DI	Stomie ⇒ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Catetere Venoso Centrale ⇒ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Catetere Venoso Periferico ⇒ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cannula Tracheale ⇒ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Apparecchio Gessato ⇒ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
8	RESPIRAZIONE	Autonomo <input type="checkbox"/> ossigenoterapia <input type="checkbox"/> ventilazione assistita <input type="checkbox"/>
9	CUTE	Integra <input type="checkbox"/> con lesioni <input type="checkbox"/>
10	TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:	Utente in grado di gestire la terapia: autonomo <input type="checkbox"/> con supporto <input type="checkbox"/> non in grado <input type="checkbox"/>


**DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PLUS (A.D.I.P.)**
**PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO P.A.I. SOCIOSANITARIO**

<b>SOGGETTO GESTORE:</b>		Data di presentazione della domanda:
		Data del PAI:
<b>REFERENTE</b>		Data di attivazione del servizio:
		Data dimissioni dal servizio:
<b>RECAPITI:</b>		Motivo dimissioni:

**BENEFICIARIO:**

Nome:		Cognome:				
Data/Luogo di nascita:		Sesso:				
Comune di nascita:		Codice fiscale:				
Iscritto all'ufficio anagrafe del Comune di:						
Stato civile:	Nubile/celibe	Coniugato/a	Vedovo/a	Separato/a	Divorziato/a	
Grado di istruzione:	Analfabeta	Scuola elementare	Scuola media inf.	Scuola media sup	Diploma	Laurea

**PROVVIDENZE ECONOMICHE PERCEPITE:**

Invalidità civile	Assegno di accompagnamento	Riconoscimento handicap grave (L. 104/92 art. 3 comma 3)	L.R. 20/97
		Altro:	

Persona di riferimento:		In qualità di:	
Domicilio:			
E-mail:		Cellulare	

## Usufruisce dei seguenti servizi:

SAD	Cure Domiciliari Integrate	L. 162/98	Home Care Premium	Altro:
-----	----------------------------	-----------	-------------------	--------

**Motivo dell'attivazione del servizio:**

Iniziativa della domanda:	nome/cognome	Relazione con l'utente	Cell.	e-mail

Provenienza da:	Domicilio	Ospedale	Altro:
-----------------	-----------	----------	--------

<b>Medico curante:</b>		<b>Recapiti:</b>
<b>Medico specialista:</b>		<b>Recapiti:</b>



### **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

#### **SITAZIONE ANAGRAFICA**

##### Composizione nucleo familiare (conviventi)

Vive solo

	Nome Cognome	Data di nascita	Relazione con l'utente	Disponibilità all'assistenza		
1				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
2				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
3				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
4				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>

##### Familiari e persone significative per l'utente (non conviventi)

	Nome Cognome	Data di nascita	Relazione con l'utente	Disponibilità all'assistenza		
1				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
2				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
3				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
4				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>
5				Totale <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	per nulla <input type="checkbox"/>

#### **ANAMNESI SOCIO-FAMILIARE**

(Storia personale, attività svolta prima della malattia, interessi/hobby, caratteristiche comportamentali, fattori di rischio ambientale...)

#### **ANAMNESI SANITARIA**



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

**AREA SOCIO-ASSISTENZIALE:**

**Rilevazione dei bisogni/problemi:**

--

**Obiettivo generale dell'intervento:**

--

**AREA SANITARIA:**

**Rilevazione dei bisogni/problemi:**

--

**Obiettivo generale dell'intervento:**

--

**PIANO DEGLI INTERVENTI**

	Prestazioni socio-assistenziali	Specificità dell'intervento	Periodicità settimanale (indicare giorni e orari)	Obiettivi:	
	Igiene personale quotidiana			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
	Igiene completa della persona/spugnatura			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
	Preparazione pasti e/o organizzazione pasti			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
	Assistenza alla vestizione			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
	Supporto nella mobilità domestica			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
	Supervisione/vigilanza della persona			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
				<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	
				<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento	

Operatori coinvolti: OSS



**DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

<b>Prestazioni sanitarie</b>	<b>Specificità dell'intervento</b>	<b>Periodicità settimanale (indicare giorni e orari)</b>	<b>Obiettivi:</b>
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento
			<input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Cambiamento

Operatori coinvolti:  OSS     OSSS     INFERMIERE

**RIEPILOGO:**

**INTERVENTO**

Durata dell'intervento (dal/al)	
<b>Tot. Ore previste intervento socio-assistenziale</b>	
Tot. Ore settimanali intervento socio-assistenziale	
<b>Tot. Ore previste intervento sanitario</b>	
Tot. Ore settimanali intervento sanitario	

**COSTI**

Fascia e percentuale di contribuzione a carico dell'utente	
Costo orario interventi OSS	€ --,--
Costo orario intervento infermieristico	€ --,--
Costo totale del Piano	€ --,--
Quota a carico del PLUS	€ --,--
<b>Quota di compartecipazione utenza</b>	€ --,--

Luogo e Data \_\_\_\_\_



**DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

**FIRME**

<b>Qualifica</b>	<b>Nominativo</b>	<b>Firma</b>
Assistente sociale PUA		
Infermiere PUA		
Assistente Sociale Comune		
Beneficiario/Referente		

**Per presa visione**

Coordinatore Cooperativa Sociale		
----------------------------------	--	--

**MONITORAGGIO/VALUTAZIONE P.A.I.**

Data di monitoraggio	
Risultanze area socio-assistenziale	
Risultanze area sanitaria	
Gradimento dell'utente	

**ALLEGATO F)**

**MODULO PER L'AMMISSIONE ALLE CURE PRESTAZIONALI DOMICILIARI ADI PLUS**





Allegato al regolamento Adi Plus approvato il 24.01.2017

**MODULO AMMISSIONE CURE PRESTAZIONALI ADIP**

**DATA DI COMPILAZIONE**

**NOMINATIVO UTENTE**

**DOMICILIO/RESIDENZA**

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

**TELEFONO**

**MEDICO M.G.**

**Interventi Sanitari (a cura del Coordinatore Infermieristico d'Ambito)**

**TIPOLOGIA PRESTAZIONE**

<b>FREQUENZA PERIODICA</b>	<input type="checkbox"/>	SETTIMANALE – 30 PRESTAZIONI
	<input type="checkbox"/>	QUINDICINALE – 15 PRESTAZIONI
	<input type="checkbox"/>	MENSILE – 6 PRESTAZIONI
	<input type="checkbox"/>	BIMESTRALE – 3 PRESTAZIONI
	<input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE – 2 PRESTAZIONI
	<input type="checkbox"/>	OCCASIONALE – 5 PRESTAZIONI

Coordinatore Infermieristico ASL

**A cura dell'Ufficio di Piano**

**COOPERATIVA**

**DATA AMMISSIONE**

**DATA EROGAZIONE BUONO SERVIZIO**

Per l'Ufficio di Piano



Allegato al regolamento Adi Plus approvato il 24.01.2017

*Servizio Cure Domiciliari Integrata*  
*Responsabile: Dott. Peppino Mallocci*  
*Coordinatrice infermieristica: Luisella Serra*  
*Tel. 0783/9111323 – 9111373*

Ales li \_\_\_\_\_

**PROPOSTA ATTIVAZIONE “CURE PRESTAZIONALI”**

Condizione indispensabile

Persona allettata e/o non trasportabile

**COGNOME**

\_\_\_\_\_

**NOME**

\_\_\_\_\_

**NATO A**

\_\_\_\_\_

**IL**

\_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN**

\_\_\_\_\_

**C.F.**

\_\_\_\_\_

**VIA E**

**NUMERO**

**TEL.**

\_\_\_\_\_

**RICHIESTA DAL DOTT.** \_\_\_\_\_

<b>MOTIVO DELLA RICHIESTA</b>		<b><u>DATA DI INSERIMENTO</u></b>	
<b>TIPO DI PRESTAZIONE</b>			
<b>FREQUENZA TRATTAMENTO</b>			
<b>DURATA TRATTAMENTO</b>			

**FIRMA DEL MMG/PLS**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL COORDINATORE  
CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA PER CONSENSO  
(utente o familiare)**

\_\_\_\_\_

## LE CURE PRESTAZIONALI

Si tratta di interventi occasionali o a ciclo programmato che costituiscono una risposta “prestazionale”, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o di tipo riabilitativo.

Le prestazioni, ancorché siano ripetute nel tempo, rispondono quindi ad un bisogno sanitario che può essere definito “semplice” in quanto non presuppone né una valutazione multidimensionale né richiede una “presa in carico globale” della persona da parte di una equipe multiprofessionale.

## A CHI SONO INDIRIZZATE

Le prestazioni sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente, possono essere attivate **solo nel caso in cui l'utente presenti limitazioni funzionali tali da rendere IMPOSSIBILE l'accesso ai servizi ambulatoriali.**

Le prestazioni che possono rientrare in questa tipologia di cure domiciliari sono sotto elencate:

- 1) Visita programmata del MMG o del PLS: ADP
- 2) Consulenza Medico Specialista
- 3) Prescrizione di ausili e protesi
- 4) Prelievo ematico
- 5) Esecuzione di altre indagini di laboratorio routinarie (es. urine, colturale)
- 6) Sostituzione di catetere vescicale
- 7) Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione e/o corretta postura e all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
- 8) Educazione del care giver alla gestione di enterotomie, derivazioni urinarie
- 9) Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
- 10) Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione (solo per fisioterapisti)

Linee di indirizzo in materia di cure domiciliari integrate (regione autonoma della Sardegna)

Deliberazione della Giunta Regionale n° 17/16 del 22/05/2001

n° 7/5 del 21/02/2006

n° 44/11 del 31/10/2007

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA SITUAZIONE SANITARIA**  
**Punteggio Max 35 (allegato al regolamento Adi PLUS approvato il 24.01.2017)**

MAX 3		
<b>EMOTIVITA'</b>	nella norma	0
	depressione	1
	eccitazione	2
	aggressività	3
MAX 3		
<b>CAPACITA' DI ALIMENTARSI</b>	autonomo	0
	imboccato	1
	Sng	2
	Peg	3
	Parenterale	3
MAX 3		
<b>MOBILIZZAZIONE</b>	autonomo	0
	con bastone	1
	con deambulatore	2
	carrozzina	3
	allettato	2
MAX 2		
<b>IGIENE PERSONALE</b>	autonomo	0
	con aiuto	1
	dipendete	2
MAX 2		
<b>FARE IL BAGNO</b>	autonomo	0
	con aiuto	1
	dipendete	2
MAX 3		
<b>GESTIONE SFINTERI</b>	<b>continenza urinaria</b>	
	catetere	2
	pannolone	1
	<b>continenza fecale</b>	
	pannolone	1
MAX 7		
<b>PRESENZA DI</b>	stomie	3
	Catetere Venoso Centrale	3
	Catetere Venoso Periferico	2
	Cannula Tracheale	4
	Apperecchio gessato	3
MAX 4		
<b>RESPIRAZIONE</b>	Autonomo	0
	ossigenoterapia	2
	ventilazione assistita	4
MAX 4		
<b>CUTE</b>	Integra	0
	con lesioni	4
MAX 4		

<b>TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO</b>	Utente in grado di gestire la terapia:	0	
	con supporto	2	
	non in grado	4	
<b>TOTALE</b>		<b>0</b>	

**Valutazione della gravità e delle condizioni di non autosufficienza:**

Grave	28-35	
Medio	17-27	
Lieve	7-16	
Bisogno sanitario non rilevante	0-6	