



70126 Bari  
Via Caduti di Tutte le Guerre, 15  
Tel. 080 5403166  
Fax 080 5403218  
[www.arespuglia.it](http://www.arespuglia.it)  
[info@arespuglia.it](mailto:info@arespuglia.it)

**AREA DI PROGRAMMAZIONE E  
ASSISTENZA OSPEDALIERA**

**Direttore:**

**Ettore Attolini**

# Convegno

## Il Distretto Socio Sanitario: una identità incompiuta? Esperienze a confronto

**“Dimissione protetta”:** un modello di integrazione  
dell’ospedale e del territorio nella Rete di protezione  
Sanitaria e Socio-Sanitaria

**Bari 27-28 ottobre 2011**

# **Evoluzione dei bisogni assistenziali, sanitari e sociali**

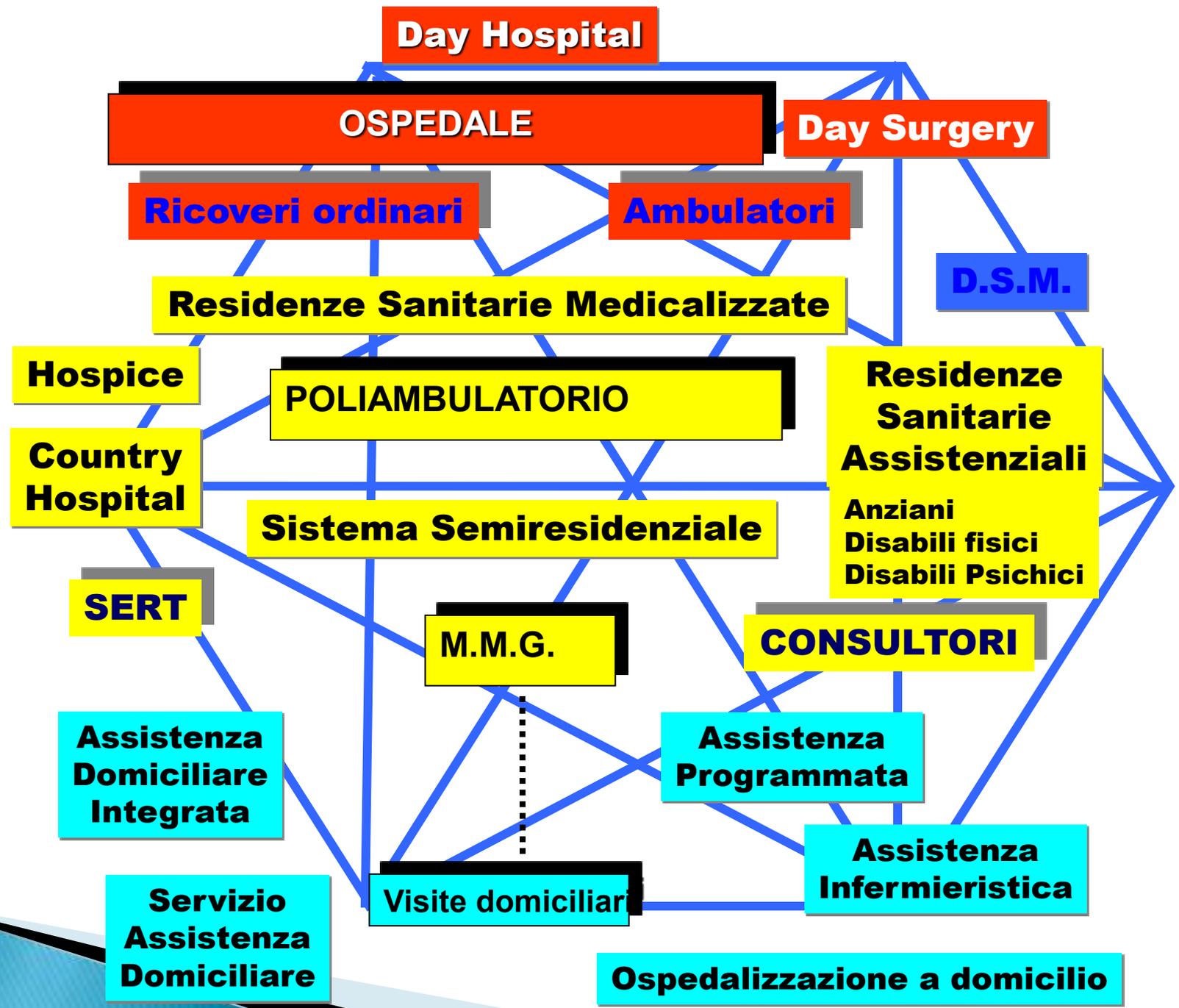
**Il ruolo dell'Ospedale** si sta modificando in un'ottica di cure ad **alta intensità** e **forte contenuto tecnologico**; le **degenze** sono **sempre più brevi** e alla **realità territoriale** viene affidata parte **dell'attività assistenziale** un tempo deputata all'Ospedale.

I problemi legati alla **Continuità Assistenziale** e all'**Integrazione Ospedale - Territorio** devono trovare al più presto una valida risposta per non creare pericolosi momenti di "vuoto" nell'assistenza.

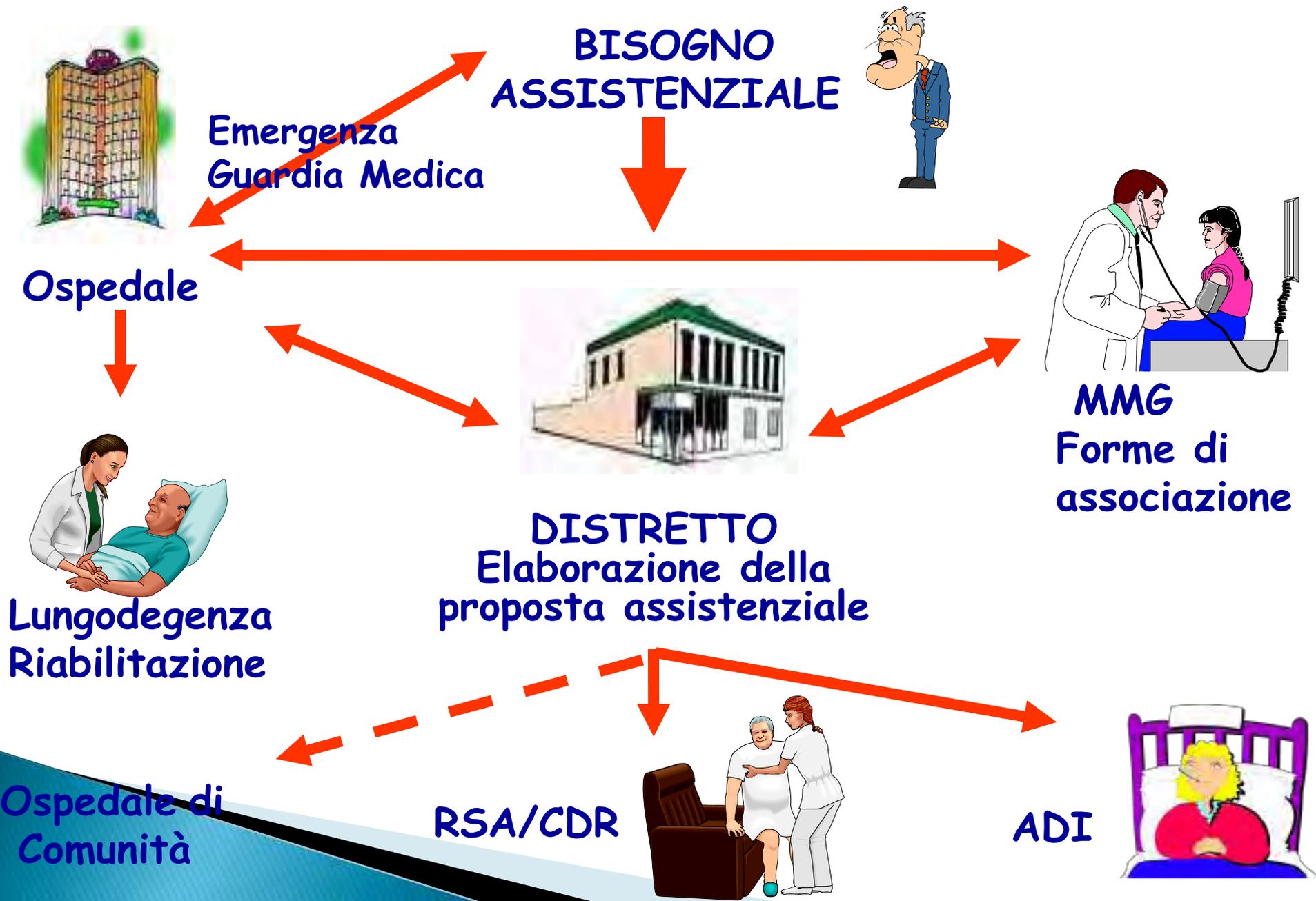
---

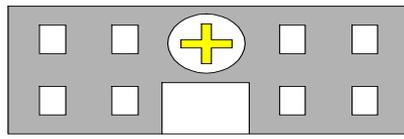


**OSPEDALE**  
**TERRITORIO**  
**DOMICILIO**



# MODELLO ESISTENTE





**Ospedale**

**Ricovero**

**Il problema della dimissione**

Programmato Urgente

Esami diagnostici,  
terapia farmacologica,  
intervento chirurgico...

Esami di verifica esito  
terapie e / o interventi



**Accettazione**

**Diagnosi e cura**

**Stabilizzazione e  
1. decisione clinica**

**Dimissione**

tempestiva  
ritardata  
precoce

**Territorio**

Domicilio  
ADI  
RSA, Casa di Riposo...

2. decisione sulla  
necessità e  
tipologia di assistenza

3. comunicazione al  
paziente e ai familiari

4. istruzione del paziente e  
dei familiari  
(condivisione!)

5. comunicazione con il  
MMG e con il responsabile  
della presa in carico  
territoriale

**Punto  
critico**

# SCENARIO DELL'INTEGRAZIONE

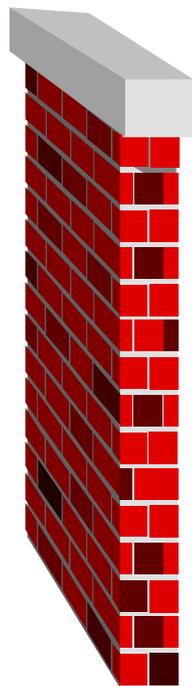
Ospedale



*Collegamento*  
*Coordinamento*  
**Comunicazione**  
**Interdipendenza**  
**INTEGRAZIONE**



Territorio



Servizi  
ospedalieri  
Organizzazione  
Professionisti

Rete  
strutture territorio  
Servizi sociali  
Professionisti

# LIVELLI DI INTEGRAZIONE

INTEGRAZIONE  
ISTITUZIONALE

The diagram consists of three overlapping circles arranged in a descending staircase pattern from top-left to bottom-right. The top-left circle is blue and contains the text 'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE'. The middle circle is purple and contains the text 'INTEGRAZIONE GESTIONALE'. The bottom-right circle is pink and contains the text 'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE'. The circles overlap such that the middle one is partially behind the blue one, and the pink one is partially behind the purple one. The background is white with a blue and black decorative shape in the bottom-left corner.

INTEGRAZIONE  
GESTIONALE

INTEGRAZIONE  
PROFESSIONALE

# CRITICITÀ DEL RAPPORTO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

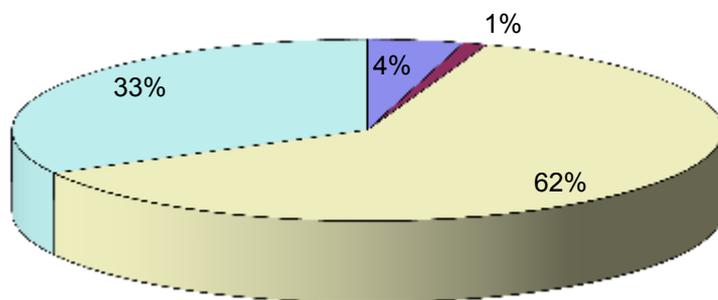
- **Coinvolgimento di tutti i professionisti**
- **Difficoltà relazionali**
- **Carenza di adeguati sistemi informativi**
- **Carenza di percorsi specifici per tipologia di paziente**
- **Formazione dei professionisti sul tema della continuità**
- **Dati sensibili e privacy**
- **Asimmetria ospedale territorio sotto il profilo organizzativo**



**Ricoveri nel Policlinico anno 2010, ricoveri ordinari acuti (escluse discipline pediatriche)**

Disciplina	deg. Media età <= 65	deg. Media età > 65
CARDIOCHIRURGIA	7,58	10,25
CARDIOLOGIA	5,78	7,40
CHIRURGIA GENERALE	6,66	9,41
CHIRURGIA PLASTICA	4,19	6,61
CHIRURGIA TORACICA	12,91	14,29
CHIRURGIA VASCOLARE	7,84	12,12
DERMATOLOGIA	5,83	7,19
EMATOLOGIA	17,79	16,60
GASTROENTEROLOGIA	7,53	9,04
GRANDI USTIONATI	8,98	20,75
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	5,08	12,19
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5,17	16,23
MEDICINA GENERALE	7,84	9,73
NEFROLOGIA	11,59	11,93
NEUROCHIRURGIA	10,74	12,53
NEUROLOGIA	6,55	8,46
OCULISTICA	5,22	5,94
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6,71	11,14
OSTETRICA E GINECOLOGIA	3,86	4,69
OTORINOLARINGOIATRIA	4,13	6,68
PNEUMOLOGIA	7,12	9,68
PSICHIATRIA	15,32	18,64
REUMATOLOGIA	15,05	16,24
TERAPIA INTENSIVA	19,78	20,06
UNITA' CORONARICA	8,10	9,43
UROLOGIA	4,80	6,17

# Provenienza 2010 presso RSA



- casa riposo
- centro alzheimer
- ospedale
- domicilio

# Integrazione Ospedale Territorio

## Gli Strumenti:

*Porta unica di accesso (PUA)*

*Protocolli di dimissioni protette Ospedali – Territorio*

*Rete territoriale di servizi sociali e assistenziali integrata, specificamente dedicata, che vede coinvolti i MMG, l'assistenza domiciliare integrata, i Centri esperti, l'Assistenza residenziale e semiresidenziale, Terzo settore (Es. centri d'ascolto)*

# STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

- ▶ Percorsi assistenziali (PDTA)
- ▶ Formazione
- ▶ Sistemi Informativi
- ▶ Comunicazione
- ▶ Unità di valutazione (Indicatori)
- ▶ Rapporti con l'associazionismo
- ▶ Budget ospedale-territorio



## OSPEDALE



## ATTORI

Istituzioni  
Collettività  
Organizzazioni  
Professionisti  
Associazioni  
Direzioni (ospedale, distretti)  
Dipartimenti  
Agenzie e altri soggetti esterni

## TERRITORIO



...Cooperazione finalizzata tra ospedale e territorio...

...Per unificare risorse e strumenti: integrazione gestionale e professionale...

....A garanzia della funzionalità dei moduli assistenziali multidimensionali  
per patologia/bisogno...

# PER PUNTARE ALL'INTEGRAZIONE...



Regia

Condivisione

Comunicazione

Valorizzazione  
delle risorse

Presenza in carico

# Integrazione Ospedale Territorio

## "Dimissione Protetta e Continuità Assistenziale"

*I concetti **Chiave** legati alla  
Continuità Assistenziale*

- 1. continuità della cura*
- 2. coordinazione della cura*
- 3. piano di dimissione*
- 4. case management*
- 5. integrazione dei servizi*
- 6. patient/client care*
- 7. cure condivise*
- 8. integrated care*

# **“Dimissione Protetta” Definizione e Obiettivi**

# Dimissione Protetta

*Per “**Dimissione Protetta**” s’intende un percorso assistenziale del paziente da un setting di cura ad un altro (domicilio o struttura residenziale) che si applica ai **pazienti “fragili”**, prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza.*

*Per questi pazienti “fragili”, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione da organizzare in un progetto di cure integrate di durata variabile da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza.*

# Dimissione Protetta

*Le dimissioni protette devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere e Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG/PLS dell'assistito, al fine di garantire la continuità di cura.*

# Obiettivi delle dimissioni protette

- ✓ *Dare impulso all'attività territoriale elevandone al contempo la complessità;*
- ✓ *Sviluppare cure alternative al ricovero che siano efficienti nell'ambito dell'economia aziendale per meglio orientare le risorse;*
- ✓ *Ottimizzare la durata della fase di ricovero ospedaliero;*
- ✓ *Contenere i ricoveri impropri e/o ripetuti;*
- ✓ *Creare una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e quella della presa in carico di Servizi Territoriali;*



# Obiettivi delle dimissioni protette

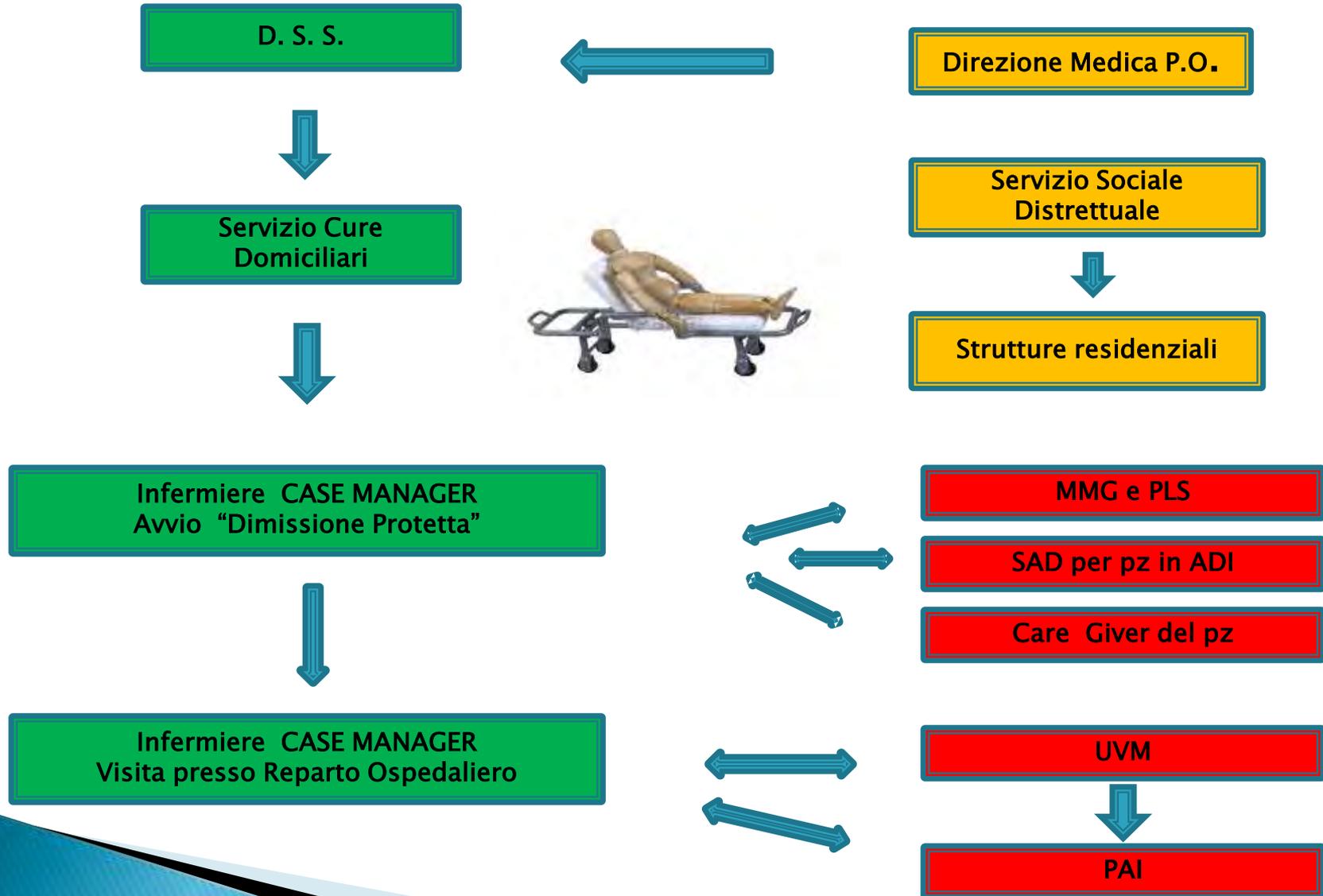
- ✓ *Rendere le due funzioni ospedaliere e territoriali più flessibili e integrate;*
- ✓ *Promuovere le attività integrate tra il personale ospedaliero e quello del territorio (Distretto, Dipartimenti territoriali, Ente locale);*
- ✓ *Ridurre i tempi e le procedure burocratiche finalizzate all'attivazione delle Cure Territoriali.*



# Ambiti privilegiati della presa in carico sono:

- ✓ *Percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare, ecc.;*
  - ✓ *Cure palliative;*
  - ✓ *Gestione integrata di pazienti con patologie croniche (es. neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es. SLA);*
  - ✓ *Gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).*
- 

# Percorso della "Dimissione Protetta e Continuità Assistenziale"



# Compiti del case manager



DD.SS.SS. Reg. Puglia	19. Il Distretto ha concertato con gli ospedali presenti nel territorio:					
ASL	Prot.lii dimiss. protette	Accordi con MMG/PLS	operat. osp.ri nei Serv.	operat. Dist.li nei Serv. osp.ri	Protocolli osped.ne domic.re	Scambio, form.vo spec.ti T/O
ASL BA	4	4	7	1	1	7
ASL BAT	2	3	3	1	2	2
ASL BR	1	0	1	1	0	0
ASL FG	1	1	4	1	1	3
ASL LE	2	5	0	1	0	4
ASL TA	7	1	3	0	4	4
<b>TOTALI</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

DD.SS.SS. Reg. Puglia	20. Esiste la PUA o una modalità organiz. unificata per i cittadini		20.1 Se SI, quali sono le sue funzioni:			
	ASL	Si	No	Punto inf.ivo e di orient. nto	Sportello aspetti amm.ivi	Organizz. accesso serv.+UVD
ASL BA	13	1	12	4	14	2
ASL BAT	5	0	2	2	4	1
ASL BR	3	1	1	1	0	4
ASL FG	6	3	1	0	5	4
ASL LE	8	2	5	3	10	0
ASL TA	7	0	7	4	7	0
<b>TOTALI</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>40</b>	<b>11</b>

# *Cosa ha fatto la nostra Regione*

*Il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006, approvato con **DGR del 4 agosto 2004, n. 1104**, già conteneva, alcuni importanti indirizzi operativi in materia di integrazione sociosanitaria e forniva indicazioni e orientamenti in tema di organizzazione della PUA, funzionamento dell'UVM e contenuti del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).*

*... e ancora*

Con **DGR n. 107 del 15 febbraio 2005** la Regione Puglia ha formalmente adottato la S.Va.M.A. quale strumento per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano.

Nel corso del 2007 la Regione è intervenuta in sede di attuazione della legge regionale 19/2006 con l'approvazione del **regolamento n. 4 del 18 gennaio 2007**, che, all'art. 3, disciplinava le modalità e gli strumenti per l'accesso unico al sistema integrato dei servizi.

*... e ancora*

Con **DGR n. 1984 del 28 ottobre 2008** la Regione Puglia ha definito le funzioni della PUA e delle UVM come strategiche per l'integrazione ASL e Comuni e per garantire l'appropriatezza della presa in carico degli utenti dei servizi socio sanitari

Il **Piano Regionale di Salute 2008 - 2010** individua l'integrazione sociosanitaria tra i principali obiettivi della riorganizzazione della rete di assistenza territoriale (**L.R. 19 settembre 2008 n. 23**).

***... e ancora***

***Il Piano Regionale delle politiche sociali individua la necessità di articolare in modo omogeneo, su base territoriale, le funzioni della PUA e dell'UVM (DGR n. 1875 del 13 ottobre 2009).***

***La L.R. n. 4 del 25 febbraio 2010, “Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali”, infine, è intervenuta sulla composizione della unità di valutazione multidimensionale***

*SEGNALAZIONE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA*

**Plesso Ospedaliero "Don Tonino Bello"**  
**Direzione Medica**

Tel \_\_\_\_\_

Medico di riferimento dell'U.O. \_\_\_\_\_

Cognome _____	Nome _____
Nato a _____	Data di nascita _____
Residenza _____	
Via _____	N° _____
Tel. _____	Tel. Familiari _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

DOTT. \_\_\_\_\_

<i>Diagnosi</i>
<i>Dimissioni previste per il</i>
<i>Terapia da effettuare a domicilio</i>

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE INFERMIERISTICA**

Stato di coscienza	<input type="checkbox"/>	Lucido	<input type="checkbox"/>	Disorientato	<input type="checkbox"/>
Possibilità di collaborazione	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Scarsa per	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
E' in grado di vestirsi	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
E' in grado di lavarsi	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
E' in grado di alimentarsi da solo / a	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
E' possibile la deambulazione	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Controllo dello sfintere anale	<input type="checkbox"/>	Continente	<input type="checkbox"/>	Incontinente	<input type="checkbox"/>
Controllo dello sfintere vescicale	<input type="checkbox"/>	Continente	<input type="checkbox"/>	Incontinente	<input type="checkbox"/>
Portatore di catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI posizionato il _____	<input type="checkbox"/>
Accesso venoso	<input type="checkbox"/>	Periferico	<input type="checkbox"/>	Centrale tipo _____	<input type="checkbox"/>
Stomie	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI tipo _____	<input type="checkbox"/>
Terapia antalgica	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	elastomero	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SNG	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>
Lesioni ulcerative cutanee	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

Descrizione lesioni:

Sede	Superficiale	Profonda	Granulogliente	Necrotica	Trattamento
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Necessità di presidi ?  NO  SI

Presenti al domicilio       Prescritti dall' U.O.A.       Da prescrivere   
 Necessità di ossigenoterapia       NO       SI   
 Presenti al domicilio       Prescritti dall' U.O.A.       Da prescrivere

Data \_\_\_\_\_

Firma dell' Infermiere Case Manager \_\_\_\_\_



## **MODULISTICA**

**A) Scheda di accesso;**

**B) Istanza di ricovero in struttura residenziale e semiresidenziale;**

**C) Autorizzazione al ricovero**



REGIONE PUGLIA

**DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI**

**da consegnare alla PUA**

Al Direttore del  
Distretto Socio-Sanitario n. \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ A.S.L.  
Il/La Richiedente

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□

Residente in \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Tel./ cell. \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Stato civile \_\_\_\_\_

***In caso di rappresentante legale (genitore,tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):***

Il Sig./La Sig.ra

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□

Residente in \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel./ cell. \_\_\_\_\_

In qualità di:  
 *rappresentante legale del richiedente (specificare)*

*persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)*

\_\_\_\_\_

**TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA:**

37  
Domiciliare  Semiresidenziale   
Residenziale   
Altro

(specificare) \_\_\_\_\_  
**MMG/PLS dell'utente** \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Studio medico, Via \_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_

**Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)**

\_\_\_\_\_ Tel/fax \_\_\_\_\_

**In caso di urgenza contattare** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

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

**Consenso informato**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare)

\_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i.  
  
Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



REGIONE PUGLIA

**RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA ( EX R.R. n.4/2007 e R.R. n. 8/02) O DI CURE DOMICILIARI**

Al Direttore del  
Distretto Socio-Sanitario n. \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_  
A.S.L. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso:  
in qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000)  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
(grado di parentela \_\_\_\_\_),  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) e residente nel  
Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

• di essere accolto in struttura \_\_\_\_\_ ex art. \_\_\_\_\_ R.R. n.4/2007

39

• di essere accolto in struttura RSA( R.R.n.8/2002)

• di essere assistito/curato al proprio domicilio

in quanto affetto da patologie croniche, non in grado di condurre vita autonoma e non assistibile a domicilio

**Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:**

invalido civile al \_\_\_\_\_ % con/senza assegno di accompagnamento;

titolare di pensione sociale;

**privo di alcun reddito personale;**

altro (specificare)

**Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza redatta:**

dal Medico di Medicina Generale /Pediatra di Libera Scelta Dott. \_\_\_\_\_

dal Dirigente dell'U.O. territoriale \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

dal Dirigente della U.O. ospedaliera Dott. \_\_\_\_\_ Ospedale di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (in caso di dimissione)

dai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

**Al riguardo, allega la seguente documentazione:**

Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di dimissione ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.

**Dichiara inoltre di: (Barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata)**

Essere in grado di fare fronte al pagamento della diaria fissata per la quota del \_\_\_\_\_ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti.

NON essere in grado di fare fronte al pagamento della quota del \_\_\_\_\_ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare.

(firma del richiedente)

40

**Autorizza:**

il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.;

il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;

la ASL \_\_\_\_\_ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S. S.) 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 \_\_\_\_\_

Istruzioni per la presentazione della domanda

Nel caso di assistiti residenti nel territorio della ASL \_\_\_\_\_ la domanda deve essere presentata al Distretto di competenza che provvederà alla valutazione e successiva autorizzazione;

Nel caso di assistiti residenti in altre ASL della Regione Puglia la domanda dovrà essere presentata alla ASL di residenza;

Nel caso di assistiti non in grado di corrispondere la quota parte della retta o la quota sociale dell'assistenza domiciliare a carico dell'assistito o dei familiari civilmente obbligati, la domanda di inserimento nella struttura deve essere corredata di documentazione da cui emerga la situazione reddituale propria o dei familiari risultante dalle rispettive dichiarazioni IRPEF dell'anno precedente.



REGIONE PUGLIA

**AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN STRUTTURA  
RESIDENZIALE O FREQUENZA DI STRUTTURA  
SEMIRESIDENZIALE (R.R. n. 4/07e R.R. n 8/03)**

**AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO/FREQUENZA IN \_\_\_\_\_**  
Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Al Sig. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Vista la proposta d'accesso alla \_\_\_\_\_ formulata da:

- M.M.G.: Dott. \_\_\_\_\_
- Dirigente del Servizio Territoriale \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_
- Dirigente U.O. \_\_\_\_\_ dell'Osp. \_\_\_\_\_
- Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_

Atteso che, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, riunitasi in data \_\_\_\_\_ come da verbale allegato (all. n° 1), ha ritenuto per il Sig./ra \_\_\_\_\_ appropriata la proposta di ricovero in \_\_\_\_\_ ed ha pertanto redatto specifico Progetto Assistenziale Individualizzato (all. n° 2).

Vista la richiesta di ricovero presso la struttura residenziale \_\_\_\_\_ prodotta dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_, in persona o dal Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Ritenuto che sussistono le condizioni per l'accesso presso una struttura \_\_\_\_\_,

**AUTORIZZA**

42

Il ricovero presso \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via/p.zza \_\_\_\_\_, per la durata di giorni \_\_\_\_\_, salvo successive valutazioni e controlli sull'andamento del Piano Individuale degli Interventi effettuati dall'Unità di Valutazione Territoriale.

Il Direttore del Distretto \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(firma)

**Il Comune di \_\_\_\_\_**

assume l'onere economico per il periodo autorizzato non assume l'onere economico della degenza/frequenza, per cui la S. V. dovrà corrispondere la quota della prevista diaria in \_\_\_\_\_ art. \_\_\_\_\_ del R.R. 4/2007 per il periodo autorizzato.

Il Referente comunale per l'UVM \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(firma)

VISTO

Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_

Il Direttore

**LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE HA VALIDITA' N. \_\_ GIORNI DALLA DATA DEL RILASCIO**

*Grazie per l'attenzione!*

*[e.attolini@arespuglia.it](mailto:e.attolini@arespuglia.it)*