DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0009287	28/10/2026

Struttura Aziendale	Centro di Costo
U.O. Med. Forense, Rischio Clinico, Qualità e Formazione	111010208

OGGETTO: Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026 – Procedura Aziendale "Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) – Percorso integrato ospedale-territorio per la presa in carico del paziente dopo la dimissione", Rev. 01.RETTIFICA per mero errore materiale dell'Allegato n. 1

PROPOSTA DI DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N.RO 20260009784 DEL 28/10/2026
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 4 (quattro) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 50 (cinquanta) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **28/10/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 28/10/2026 16:44

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	**Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026 – Procedura Aziendale "Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) – Percorso integrato ospedale-territorio per la presa in carico del paziente dopo la dimissione", Rev. 01. RETTIFICA per mero errore materiale dell'Allegato n. 1**

LA DIRETTRICE f.f. DELLA UOC MEDICINA FORENSE, GESTIONE RISCHIO CLINICO, SISTEMA QUALITÀ E FORMAZIONE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025;
Vista la Legge 7 agosto 1990, n. 241, recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
Visto il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2798 del 30.12.2009 dei Poteri, funzioni e atti dei dirigenti;
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29.04.2020 di approvazione del "Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente";
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2182 del 06.12.2021 di Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali all'Albo Pretorio aziendale. Integrazione della DDG 504 del 29.04.2020;
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 29.02.2024 di approvazione del Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale. Modifica art. 2, art. 3, art. 7.

Premesso che
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026, su proposta della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione (proposta n. 2310 del 22/10/2026), è stata adottata la Procedura Aziendale "Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) – Percorso integrato ospedale-territorio per la presa in carico del paziente dopo la dimissione", Rev. 01, comprensiva dei relativi n. 11 allegati, quale Allegato n. 1 parte integrante e sostanziale del provvedimento;
- l'Allegato n. 1 riporta, a pagina 2, l'elenco nominativo dei componenti del "Gruppo di lavoro ASL BA (in ordine alfabetico)" che ha redatto la procedura, con l'indicazione della struttura di afferenza e della qualifica di ciascuno.

Preso atto che
- per mero errore materiale, nel predetto elenco del Gruppo di lavoro dell'Allegato n. 1 alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026, il Dott. Domenico BOVENGA – DSS n. 3 è stato indicato con la qualifica di "Coordinatore Infermiere" anziché con quella, corretta, di "Infermiere".

Considerato che

- l'errore è di natura meramente materiale, riguarda esclusivamente l'indicazione della qualifica di un componente del gruppo di lavoro e non incide in alcun modo sui contenuti della procedura adottata, sui percorsi, sulle responsabilità, sulle tempistiche e sulla modulistica in essa disciplinati.

Ritenuto

- necessario rettificare l'Allegato n. 1 alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026 limitatamente all'indicazione della qualifica del Dott. Domenico BOVENGA.

D E T E R M I N A

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- **di rettificare** l'Allegato n. 1, che si allega alla presente, alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026, pagina 2, elenco "Gruppo di lavoro ASL BA (in ordine alfabetico)", nel senso che, ove è erroneamente indicato "Dott. BOVENGA Domenico – DSS n. 3 – Coordinatore Infermiere", deve leggersi "Dott. BOVENGA Domenico – DSS n. 3 – Infermiere";
- **di confermare** in ogni altra sua parte la Deliberazione del Direttore Generale n. 1991 del 27/10/2026 e il relativo Allegato n. 1;
- **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- **di trasmettere e notificare** il presente provvedimento alla Direzione Sanitaria, alla U.O. Affari Generali e al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 3, disponendo che la procedura pubblicata sul portale aziendale sia corredata della presente rettifica;
- **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line dell'Azienda.

Di dare atto, altresì, che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

PROCEDURA AZIENDALE

Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP)

Percorso integrato ospedale-territorio per la presa in carico del paziente dopo la dimissione

Rev. 01

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Redazione	Verifica e Ratifica	Approvazione	Adozione	Rev.
Gruppo di lavoro ASL BA	U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione Dott.ssa Crescenza Abbinante	Direttrice Sanitaria **Dott.ssa Rosella Squicciarini**	Direttore Generale **Avv. Luigi Fruscio**	Rev. 01 La procedura sarà aggiornata ogniqualvolta le condizioni clinico-organizzative e scientifiche si modifichino

***Gruppo di lavoro ASL BA** *(in ordine alfabetico)*

Dott.ssa **ABBINANTE** Crescenza – UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
Dott.ssa **AMATULLI** Rosalia – Infermiera ADI DSS 11
Dott.ssa **BALDUCCI** Mariateresa – DSS 9 e 10 – Dirigente Medico Responsabile UOS Assistenza Domiciliare
Dott. **BERTAMINO** Enrico – Dirigente Medico Direzione Medica PO Monopoli
Dott. **BOVENGA** Domenico – DSS n. 3 –Infermiere
Dott.ssa **BRUNO** Valeria – Dirigente Medico UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
Dott.ssa **COLASANTI** Maria A. – DSS n. 4 – Dirigente Medico Responsabile UOS Assistenza Domiciliare
Dott.ssa **CORDASCO** Miriam – APSF Infermiera UOC Direzione Medica PO Di Venere
Dott.ssa **DIDONNA** Adele – Gruppo Permanente di Lavoro del Servizio Sociale Professionale Aziendale
Dott.ssa **GIUSTINO** Emma – DSS n. 3 – Fisioterapista
Dott. **GUACCERO** Alessandro – Direttore ff. Direzione Medica PO San Paolo
Dott. **LAUTA** Enrico – DSS n. 9 – Direttore DSS e Direttore ad interim UOC Cure Palliative
Dott. **LORUSSO** Claudio – Infermiere UOC Direzione Medica PO Monopoli
Dott.ssa **LORUSSO** Maria – DSS n. 10 – Dirigente Medico UOS Assistenza Domiciliare
Dott.ssa **MAINO** Alessandra – DSS Unico di Bari – Dirigente Medico UOS Assistenza Domiciliare
Dott. **MALLARDI** Angelantonio – DSS n. 11 – Dirigente Medico UOS Assistenza Domiciliare
Dott.ssa **MANSI** Lucia – DSS n. 10 – Assistente Sociale
Dott. **MARIANI** Nicola – DSS n. 13 e 14 – Dirigente Medico Responsabile UOS Assistenza Domiciliare
Dott.ssa **MASCIPINTO** Simona – DSS Unico di Bari – Dirigente Medico UOS Assistenza Domiciliare
Dott.ssa **MODUGNO** Marta – Assistente Sociale PO Molfetta
Dott.ssa **MONGELLI** Cinzia – Gruppo Permanente di Lavoro del Servizio Sociale Professionale Aziendale
Dott.ssa **MUDONI** Simona – DSS n. 3 – Dirigente Medico
Dott.ssa **MUNDO** Anna – Direzione Medica di Presidio – Dirigente Responsabile UOVSD PO Molfetta
Dott. **PAPAGNI** Antonio – DSS n. 1 e 2 – Dirigente Medico Responsabile UOS Assistenza Domiciliare
Dott. **PAPAGNI** Daniele – APSF Infermiere UOSAVS Professioni sanitarie ospedaliere e territoriali
Dott.ssa **PORCELLI** Vincenza – DSS Unico di Bari – Dirigente Medico Responsabile UOS Assistenza Domiciliare
Dott. **PORFIDO** Danilo – DSS n. 4 – Infermiere
Dott.ssa **PRIOLO** Mariachiara – Assistente Sociale Direzione Medica PO Monopoli
Dott.ssa **RESTA** Antonia – DSS n. 11 e 12 – Dirigente Medico Responsabile UOS Assistenza Domiciliare
Dott.ssa **SANTOIEMMA** Ilaria – Dirigente Medico UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
Dott.ssa **SBLANO** Serafina – DSS n. 3 – Dirigente Medico
Dott. **SCATTAGLIA** Marco – Dirigente Medico Direzione Medica PO Altamura
Dott.ssa **TROTTA** Silvia – UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
Dott.ssa **ZINGARO** Ilaria - Direttrice U.O.C. Area Servizio Socio Sanitario
Dott. **ZIBILLO** Gianfranco – APSF Infermiere DSS 13

Sommario

PREMESSA 4
SCOPO / OBIETTIVO 4
CAMPO DI APPLICAZIONE 4
LISTA DI DISTRIBUZIONE 4
DEFINIZIONI E ACRONIMI 5
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ 5
INDICATORI DI MONITORAGGIO 17
RESPONSABILITÀ 17
RIFERIMENTI NORMATIVI 19
ALLEGATO 1 Scala di Brass 21
ALLEGATO 2 Contatti PUA/COT 23
ALLEGATO 3 Modulo di proposta DOP 25
ALLEGATO 4 – S.Va.M.A. Cognitivo funzionale 27
ALLEGATO 5 – S.Va.M.A. Sanitaria 33
ALLEGATO 6 Relazione clinica 40
ALLEGATO 7 Lettera di Dimissione 42
ALLEGATO 8 NECPAL CCOMS-ICO© 43
ALLEGATO 9 Contatti Utili 47
ALLEGATO 10 — Richiesta di Validazione/Autorizzazione alla Spesa (DPO) 48
ALLEGATO 11 — Scala NEWS2 (National Early Warning Score 2) 49

PREMESSA

Le dimissioni ospedaliere protette rappresentano un percorso assistenziale programmato rivolto ai pazienti fragili, non autosufficienti o parzialmente autonomi, per i quali il rientro al domicilio o il trasferimento presso altra struttura sanitaria, sociosanitaria o socioassistenziale richiede la continuità delle cure e l'attivazione integrata di interventi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali.
La condizione di fragilità rappresenta l'elemento essenziale per attivare la dimissione protetta può essere di natura esclusivamente sanitaria, come in caso di complessità delle cure che i familiari, pur presenti, non sono in grado di gestire a domicilio, ma anche di tipo sociale/esistenziale (assenza di una solida rete familiare, criticità abitative, economiche, altre vulnerabilità personali ed esposizione a rischio, ecc.)
La presente procedura definisce il protocollo operativo aziendale per la gestione della Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP), disciplinando le attività, le responsabilità e le modalità di integrazione tra ospedale e servizi territoriali, al fine di garantire una presa in carico tempestiva, appropriata e continuativa del paziente.

La procedura ha lo scopo di:

- assicurare la continuità assistenziale tra il setting ospedaliero e quello territoriale;
- garantire la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile;
- favorire l'inserimento nel setting assistenziale più appropriato in relazione ai bisogni clinici, assistenziali, riabilitativi e sociali;
- promuovere l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e l'utilizzo efficace delle risorse disponibili;
- ridurre il rischio di re-ospedalizzazioni evitabili, interruzioni delle cure ed eventi avversi correlati alla dimissione;
- sostenere il recupero e il mantenimento del massimo livello possibile di autonomia e della qualità di vita del paziente, nel rispetto delle preferenze della persona e della sua famiglia.

SCOPO / OBIETTIVO

Lo scopo della procedura è quello di standardizzare ed omogenizzare le procedure di Dimissioni Protette di tutto il territorio della ASL Bari.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le Unità Operative (UU.OO.) dei Presidi Ospedalieri e a tutti i Distretti Socio-Sanitari dell'ASL Bari nonché agli altri ospedali non appartenenti alla ASL BARI, al fine di assicurare sull'intero territorio aziendale un approccio omogeneo e coordinato alla Dimissione Ospedaliera Protetta.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

La seguente procedura è indirizzata ai seguenti soggetti aziendali:

- A tutti i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero;
- A tutti i Direttori di Distretto Socio Sanitario;
- A tutti i Dirigenti Medici Ospedalieri;
- A tutte/i le/gli Assistenti Sociali;
- All'Ufficio Servizio Sociale Professionale dell'Area Servizio Socio Sanitario Aziendale;
- Ai Direttori Sanitari/Assistenti Sociali delle Strutture Sociosanitarie Convenzionate;
- Ai Direttori Sanitari/Assistenti Sociali di tutte le strutture ospedaliere-istituti di cura-case di cura convenzionate-cliniche-policlinici del territorio.

DEFINIZIONI E ACRONIMI

DOP = Dimissione Ospedaliera Protetta
DPO = Dimissione Protetta Ospedaliera
D.S.S. = Distretto Socio Sanitario
MMG = Medico/i di Medicina Generale
OLT = ossigenoterapia a lungo termine
PAI = piano assistenziale individuale
PLS = Pediatra/i di Libera Scelta
PUA = porta unica d'accesso
RSA = residenza sanitaria assistenziale
S.Va.M.A.= Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano
U.O. = Unità Operativa
U.O.S. = Unità Operativa Semplice
UVM = Unità di Valutazione Multidimensionale
SSP = Servizio Sociale Professionale
NO= Nullaosta per altre AA.SS.LL. della Puglia

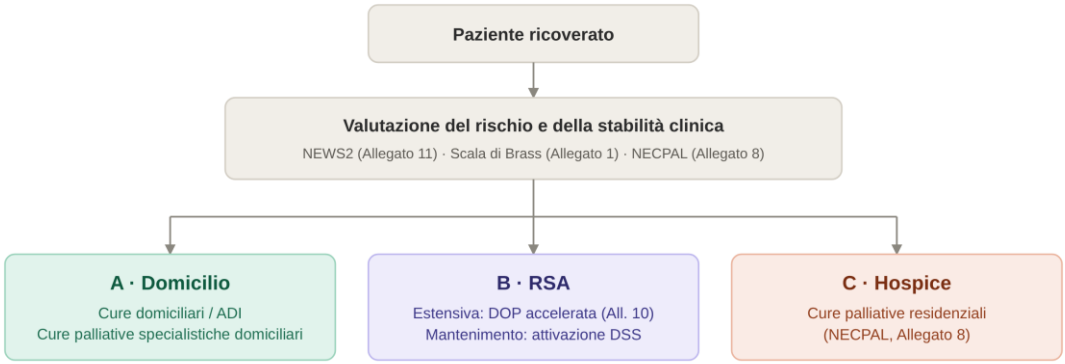
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Le Dimissioni Protette prevedono il trasferimento del paziente:

A. Da Ospedale a Domicilio con attivazione delle cure domiciliari

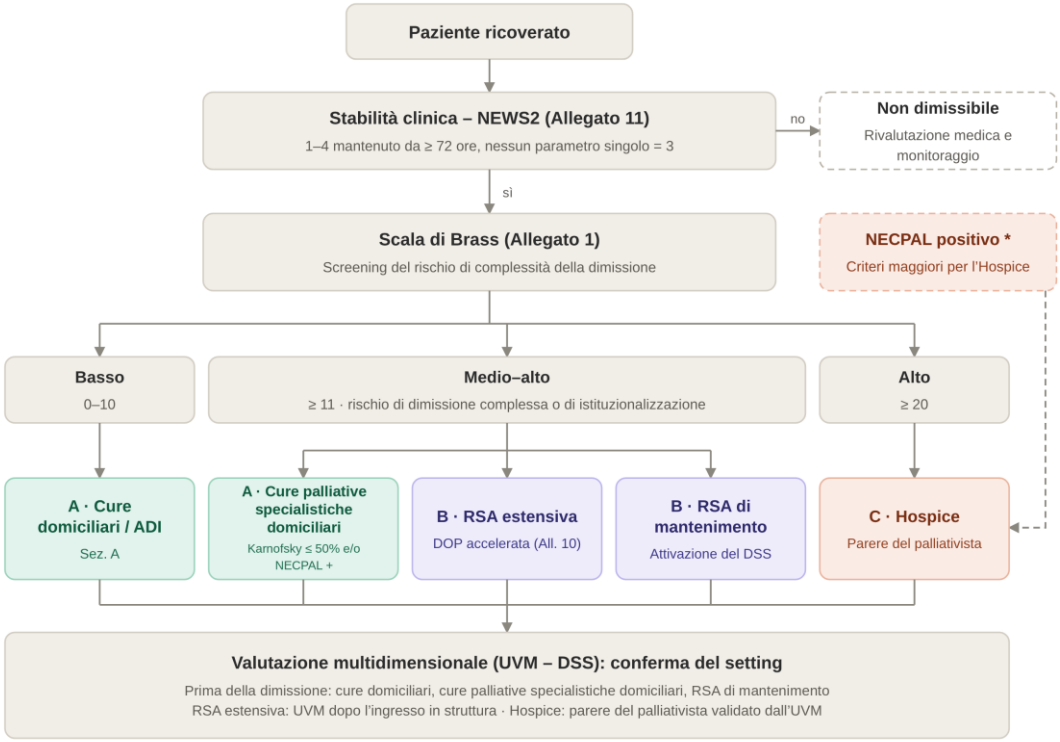
B. Da Ospedale a Struttura Residenziale (Residenza Sanitaria Assistenziale-RSA)

C. Da Ospedale a Hospice



ALGORITMO DECISIONALE: SCALA DI BRASS E CRITERI CLINICI PER IL SETTING ASSISTENZIALE

Lo schema e la matrice seguenti integrano la Scala di Brass (Allegato 1) con i criteri clinici per orientare in modo strutturato l'individuazione del setting assistenziale più appropriato.



** In presenza di criteri clinici maggiori per l'Hospice (NECPAL positivo) l'attivazione dell'UVM e del percorso specifico procede indipendentemente dal punteggio Brass.*

La matrice seguente riepiloga, per ciascuna condizione clinica prevalente, il riferimento nella procedura, il livello di rischio Brass tipicamente atteso e il percorso indicato:

Condizione clinica prevalente	Riferimento nella procedura	Rischio Brass tipico	Percorso indicato
Stabilità clinica, fragilità lieve; necessità di monitoraggio, prestazioni infermieristiche o riabilitazione domiciliare programmabile	Sez. A – Criteri di eleggibilità per la Dimissione Ospedaliera Protetta verso le Cure Domiciliari	Basso (0–10)	A – Domicilio (cure domiciliari / ADI)
Bisogni riconducibili alle cure palliative domiciliari: patologia oncologica o non oncologica avanzata, prognosi limitata, Karnofsky ≤50% e/o NECPAL positivo	Sez. A – Criteri di eleggibilità per l'attivazione delle Cure Palliative Domiciliari	Medio–Alto (≥11)	A – Domicilio (cure palliative domiciliari)
Perdita recente di autonomia funzionale con recupero atteso; necessità di riabilitazione intensiva/estensiva e assistenza infermieristica continuativa	Sez. B – Condizioni cliniche per la dimissione in RSA estensiva	Medio–Alto (≥11)	B – RSA estensiva
Non autosufficienza cronica stabilizzata, assenza di potenziale di recupero, necessità di assistenza continuativa nelle 24 ore	Sez. B – Condizioni cliniche per la dimissione in RSA di mantenimento	Medio–Alto (≥11)	B – RSA di mantenimento
Malattia in fase avanzata e terminale (oncologica o non oncologica), NECPAL positivo, obiettivo prevalente il controllo dei sintomi	Sez. C – Criteri di eleggibilità e percorso di attivazione del ricovero in Hospice	Alto (≥20)	C – Hospice

Nota: la Scala di Brass è uno strumento di screening del rischio di complessità della dimissione: orienta la tempestività dell'attivazione dell'UVM e il livello di pianificazione necessario, ma non sostituisce i criteri clinici di eleggibilità descritti in ciascuna sezione, che restano il riferimento per la scelta del percorso.

A. Da Ospedale a domicilio con attivazione delle cure domiciliari

Criteri di eleggibilità per la Dimissione Ospedaliera Protetta verso le Cure Domiciliari

Sono eleggibili al percorso di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) con attivazione delle Cure Domiciliari i pazienti che, al momento della dimissione, presentano condizioni cliniche stabilizzate ma necessitano della prosecuzione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria al domicilio, in assenza di indicazione al proseguimento del ricovero ospedaliero.

Rientrano tra i pazienti eleggibili:

- pazienti clinicamente stabilizzati (Allegato n.11) che necessitano, dopo la dimissione, di monitoraggio clinico periodico, prestazioni infermieristiche, interventi riabilitativi o altri interventi sanitari programmati erogabili al domicilio;
- pazienti fragili, non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autonomia, per i quali il rientro al domicilio richiede un progetto assistenziale personalizzato e la presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- pazienti con recente perdita dell'autonomia funzionale (ad esempio a seguito di ictus, trauma, intervento chirurgico maggiore o altra patologia acuta) che necessitano di interventi riabilitativi domiciliari finalizzati al recupero o al mantenimento delle capacità funzionali;
- pazienti con disabilità neuromotoria o altre condizioni che impediscono l'accesso ai servizi riabilitativi ambulatoriali o ai Centri Diurni Riabilitativi, per i quali è indicata la riabilitazione domiciliare.

Criteri di eleggibilità per l'attivazione delle Cure Palliative Specialistiche Domiciliari

Qualora il paziente presenti bisogni assistenziali riconducibili alle Cure Palliative Specialistiche, l'attivazione del percorso è subordinata alla presenza dei seguenti criteri:

- Criteri maggiori (devono essere tutti presenti)

- paziente affetto da patologia oncologica o non oncologica in fase avanzata o evolutiva;
- assenza di indicazione o non eleggibilità a trattamenti specifici finalizzati alla guarigione o al controllo della malattia (non suscettibilità a terapie causali o disease-modifying);
- NECPAL positivo.

- Criteri minori (devono essere presenti almeno due)

- prognosi *quoad vitam* orientativamente non superiore a tre mesi;
- necessità di trattamento del dolore e/o di controllo di sintomi complessi;
- indice di Karnofsky pari o inferiore al 50%.

B. Da Ospedale a ricovero in Struttura Residenziale (Residenza Sanitaria Assistenziale estensiva e di mantenimento)

Sono eleggibili al percorso di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) verso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) i pazienti che, conclusa la fase acuta della malattia e raggiunta la stabilità clinica (valutata secondo la scala NEWS2 — cfr. Allegato 11), presentano condizioni di non autosufficienza parziale o totale tali da non consentire il rientro sicuro al domicilio, ovvero quando il contesto familiare e assistenziale risulta inadeguato a garantire la continuità delle cure.
Le RSA sono distinte in estensive e di mantenimento in base all'intensità maggiore o minore dell'assistenza erogata.

CRITERI PER LA DIMISSIONE IN RSA ESTENSIVA ED IN RSA DI MANTENIMENTO

RSA estensiva	RSA di mantenimento
- Paziente clinicamente stabilizzato - Ha superato la fase acuta - Necessita ancora di trattamenti sanitari e riabilitativi protratti - Possibilità di recupero funzionale, anche parziale, o consolidamento dei risultati ottenuti - Assistenza infermieristica continuativa e interventi medici programmati - Permanenza generalmente temporanea (in Puglia di norma non superiore a 60 giorni, salvo rivalutazione)	- Paziente clinicamente stabilizzato - Patologie croniche stabilizzate - Non necessita di trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi - Obiettivo prevalente: mantenimento delle capacità residue - Assistenza sanitaria, infermieristica e tutelare continuativa - Permanenza di medio-lungo periodo in relazione al bisogno assistenziale

Condizioni cliniche per la dimissione in RSA estensiva

Il paziente dovrebbe presentare:

- stabilità dei parametri vitali, valutata secondo la scala NEWS2 (Allegato 11);
- assenza di necessità di monitoraggio continuo ospedaliero;
- completamento della fase diagnostica e terapeutica acuta;
- necessità di prosecuzione di:
  - medicazioni complesse;
  - terapia infusionale programmata;
  - gestione di stomie o dispositivi (PEG, CVC, catetere vescicale, tracheostomia stabile);
  - riabilitazione estensiva;
  - nursing ad elevata intensità;
- elevata dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL);
- impossibilità di assistenza domiciliare adeguata.

Condizioni cliniche per la dimissione in RSA di mantenimento

Sono candidati pazienti con:

- patologie croniche irreversibili stabilizzate;
- grave non autosufficienza permanente;
- assenza di potenzialità di recupero funzionale significativo;
- necessità di assistenza continuativa nelle 24 ore;
- necessità di prevenzione delle complicanze (piaghe da pressione, malnutrizione, cadute, infezioni);
- impossibilità di gestione sicura al domicilio

Condizioni che controindicano la dimissione in RSA

- Il paziente **non è dimissibile in RSA** quando presenta:
- instabilità emodinamica o respiratoria;
- necessità di monitoraggio intensivo;
- necessità di interventi diagnostici urgenti;
- necessità di chirurgia o procedure invasive non differibili;
- infezioni acute che richiedano gestione ospedaliera;
- necessità di ricovero riabilitativo intensivo o specialistico.

COME ATTIVARE la dimissione protetta prevista nei punti A e B

La proposta di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) viene formulata dall'équipe medico-assistenziale dell'Unità Operativa presso cui il paziente è ricoverato, sulla base della valutazione delle condizioni cliniche, funzionali e sociali dell'assistito e della verifica della necessità di continuità assistenziale dopo la dimissione.
L'attivazione del percorso prevede il coinvolgimento della Direzione Medica di Presidio e dell'Assistente Sociale ospedaliero, al fine di garantire una valutazione integrata dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali del paziente.
Il Servizio Sociale Ospedaliero, può essere coinvolto dal reparto, dai parenti, così come dai Servizi territoriali, per valutare la disponibilità e l'adeguatezza della rete familiare a prendersi cura del paziente e promuovere gli interventi a tutela del paziente per il superamento delle difficoltà che rendono improponibile la sua dimissione a domicilio. Qualora si dimostri impossibile il superamento di tali difficoltà in tempi congrui, in accordo e sinergia con l'équipe ospedaliera e i parenti, viene impostata la procedura DOP per l'assistenza domiciliare o residenziale.
Per la dimissione protetta al domicilio, la richiesta deve essere trasmessa ai servizi territoriali competenti **almeno 3 (tre) giorni lavorativi prima della data prevista di dimissione**, al fine di consentire l'organizzazione tempestiva degli interventi assistenziali necessari e la predisposizione del percorso di presa in carico territoriale più appropriato. Di norma non è possibile dimettere il paziente di venerdì, salvo preventiva intesa con i responsabili distrettuali delle cure domiciliari.
La tempestività dell'attivazione della DOP è strettamente correlata alla definizione precoce della prognosi e del fabbisogno assistenziale da parte dell'Unità Operativa. Quanto più anticipatamente viene avviato il percorso, tanto più efficace e tempestiva potrà essere la dimissione del paziente, evitando prolungamenti impropri della degenza ospedaliera.
Per i pazienti eleggibili all'inserimento in RSA estensiva, considerata la necessità di ridurre i tempi di permanenza ospedaliera impropria, rendere il più tempestiva possibile la dimissione protetta e garantire l'assistenza senza soluzione di continuità, la struttura ospedaliera avvia la procedura di ***Dimissione Ospedaliera Protetta "accelerata" (DOP "accelerata")***.
Pertanto il Responsabile della U.O. dimettente, una volta effettuata la valutazione clinica per l'esclusione del rischio di instabilità clinica, rilascia, sotto la propria personale responsabilità, una ***prescrizione*** riportante la seguente dichiarazione:

Il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di cure estensive in RSA-non autosufficienti.
Il paziente richiede elevato impegno assistenziale e, vista la situazione clinica,
non può al momento essere avviato alle cure domiciliari.

La prescrizione è trasmessa all'Area Servizio Socio Sanitario unitamente al modulo di **Richiesta di Validazione/Autorizzazione alla Spesa** (Allegato 10), compilato in ogni sua parte e firmato dal Direttore dell'U.O. dimettente.
Tale procedura discende dalla DGR n. 961 del 7 luglio 2025, che ha introdotto un'inversione della sequenza operativa rispetto al modello tradizionale di Dimissione Ospedaliera Protetta previsto dalla DGR n. 691/2011: la richiesta, anziché essere valutata in via prioritaria dal Distretto Socio Sanitario, perviene direttamente all'Area Servizio Socio Sanitario, con allegata la modulistica (Allegato 10 – Richiesta di Validazione/Autorizzazione alla Spesa) e le eventuali prescrizioni di ausili protesici che assegna immediatamente il posto in struttura sulla base delle liste di attesa, a seguito di disponibilità.
L' Area Servizio Socio Sanitaria, contestualmente alla Validazione/Autorizzazione alla spesa, trasmette la documentazione ricevuta al Distretto per la valutazione multidimensionale di conferma o rettifica del setting individuato.
La valutazione UVM viene effettuata successivamente all'ingresso in struttura, con la finalità di ratificare o eventualmente modificare il setting assistenziale individuato sulla base della valutazione clinica, funzionale e sociale complessiva del paziente.

L'eventuale permanenza in RSA estensiva e la successiva definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) sono determinate dall'esito della valutazione multidimensionale e dalle necessità assistenziali rilevate. L'UVM dovrà pertanto valutare l'appropriatezza del setting assistenziale attuale e definire, entro i 60 giorni, il setting più idoneo per la dimissione. A tal fine, il DSS dovrà preventivamente acquisire il consenso firmato al cambio di setting, nonché il consenso alla compartecipazione alla spesa, sia nel caso di setting domiciliare sia di mantenimento.

Per l'inserimento in RSA di mantenimento il percorso segue le medesime modalità previste per la dimissione protetta al domicilio, prevedendo in via preliminare l'attivazione del Distretto Socio Sanitario competente.
Il DSS, ricevuta la documentazione clinica e assistenziale completa trasmessa dalla struttura ospedaliera, provvede:

- alla presa in carico della richiesta;
- all'attivazione della Valutazione Multidimensionale (UVM);
- alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- all'individuazione del setting assistenziale appropriato con allegata la documentazione (Richiesta della famiglia/Verbale UVM/PAI), all'Area Servizio Socio Sanitario per l'assegnazione del posto.

La conclusione del percorso valutativo e la predisposizione del PAI devono avvenire **entro 7 giorni dalla ricezione della documentazione completa da parte dell'ospedale**.

N.B. - Le tempistiche indicate sono necessarie per consentire ai servizi territoriali di attivare, nel più breve tempo possibile, gli interventi necessari a garantire la continuità assistenziale.
L'Unità Operativa ospedaliera è responsabile della tempestiva identificazione del bisogno assistenziale, della definizione della prognosi e dell'avvio del percorso di DOP. Il servizio territoriale deve rispondere tempestivamente alla domanda di dimissioni protette purché l'istanza sia completa.
La durata complessiva del percorso di dimissione verso RSA può essere superiore rispetto alla dimissione protetta domiciliare in relazione alla disponibilità dei posti letto, alle liste di attesa e ai tempi necessari per l'espletamento delle procedure previste dalla normativa regionale vigente.

Il medico ospedaliero dell'Unità Operativa presso cui il paziente è ricoverato ha la responsabilità di identificare tempestivamente i pazienti a rischio di dimissione complessa e di attivare il percorso di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP), al fine di garantire la continuità assistenziale e ridurre i tempi impropri di permanenza in ospedale.
A tal fine il medico ospedaliero:

1. **individua precocemente i pazienti con potenziale difficoltà alla dimissione**, anche mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione validati, quali la **scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)** (Allegato 1), finalizzata all'identificazione dei fattori di rischio di dimissione difficile e alla pianificazione anticipata degli interventi necessari;
2. valuta la stabilità clinica del paziente mediante la scala **NEWS2 (National Early Warning Score 2)** (Allegato 11), quale ulteriore criterio, unitamente alla scala BRASS, per la definizione del percorso di dimissione protetta più appropriato;
3. **predispone la documentazione necessaria all'attivazione del percorso di DOP**, provvedendo alla compilazione di:
   - **proposta di Dimissione Ospedaliera Protetta** (Allegato 3);
   - **istanza sottoscritta dall'avente titolo;**
   - **per l'inserimento in RSA estensiva (DPO): prescrizione del Responsabile dell'U.O. e Richiesta di Validazione/Autorizzazione alla Spesa (Allegato 10), da trasmettere all'Area Servizio Socio Sanitario;**
   - **schede di valutazione S.Va.M.A.** (Allegati 4 e 5), ove previste in relazione al setting assistenziale richiesto;

- **relazione clinica aggiornata (Allegato 6), che deve rappresentare in maniera completa e sintetica il** quadro clinico, assistenziale e funzionale del paziente al momento dell'invio della richiesta.

La relazione clinica deve contenere gli elementi necessari alla valutazione del setting assistenziale più appropriato, quali:

- diagnosi e principali problemi clinici attivi;
- decorso clinico durante il ricovero;
- condizioni funzionali e grado di autonomia;
- necessità assistenziali, infermieristiche e riabilitative;
- terapia in atto e indicazioni alla prosecuzione delle cure.

La relazione sociale deve contenere gli elementi necessari alla valutazione sociale e socio economica del paziente:

- Presenza di familiari, caregiver; Amministratore di Sostegno;
- Disponibilità alla compartecipazione della quota sociale;
- Possesso di invalidità civile e/o indennità di accompagnamento.

La documentazione clinica/sociale trasmessa potrà essere successivamente integrata o aggiornata qualora intervengano modificazioni significative delle condizioni cliniche/sociali del paziente prima della dimissione o dell'effettiva presa in carico territoriale;

4. **favorisce la condivisione delle informazioni cliniche rilevanti**, anche attraverso il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS), tramite il Distretto Socio Sanitario (DSS) competente, al fine di garantire un passaggio informativo efficace e una migliore continuità assistenziale.

L'attivazione tempestiva del percorso da parte dell'équipe ospedaliera costituisce elemento essenziale per consentire ai servizi territoriali la programmazione degli interventi necessari e favorire una dimissione appropriata e sicura.

COSA INVIARE al Distretto alla dimissione del paziente:

- Lettera di dimissione, con indicazioni anche sul follow-up (Allegato 7) in cui si specifichi cosa fare, come farlo, quando farlo e dove farlo;
- Piano Riabilitativo (PRI), se indicato;
- Piano Terapeutico ossigenoterapia a lungo termine (OLT), se indicato;
- Prescrizioni di presidi protesici e ausili tecnici (modulistica a 5 copie, allegati Farmacia/Patrimonio);
- Prescrizioni farmacologiche e terapeutiche (con eventuali piani AIFA);
- Prescrizioni nutrizionali, se indicate.

Il Distretto Socio Sanitario (DSS) assicura la gestione del percorso territoriale di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP), garantendo la tempestiva valutazione dei bisogni assistenziali del paziente, la continuità tra il setting ospedaliero e quello territoriale, nonché la compatibilità delle condizioni socio-ambientali della presa in carico, verificando l'eventuale presenza di barriere architettoniche ovvero altri impedimenti all'accesso al domicilio attraverso il coinvolgimento del Servizio Sociale Professionale Distrettuale e gli altri servizi dell'Ambito Territoriale di appartenenza.

A tal fine il DSS attraverso la PUA:

1. **attiva tempestivamente il processo di valutazione multidimensionale (UVM)** al fine di ottimizzare i tempi di risposta alla richiesta proveniente dalla struttura ospedaliera e garantire una valutazione rapida e appropriata del bisogno assistenziale;
2. **assicura la convocazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche attraverso modalità da remoto qualora necessario, per la valutazione multidisciplinare ed integrata dei seguenti aspetti:
   - clinici;
   - cognitivo/funzionali;
   - assistenziali;
   - sociali;
   - familiari e ambientali;
3. **trasmette gli esiti della valutazione multidimensionale**:
   - tempestivamente alla **Direzione Medica di Presidio**, in tutti i casi previsti di dimissione protetta;
   - all'**Area Servizio Socio Sanitario**, nei casi di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP) in RSA.

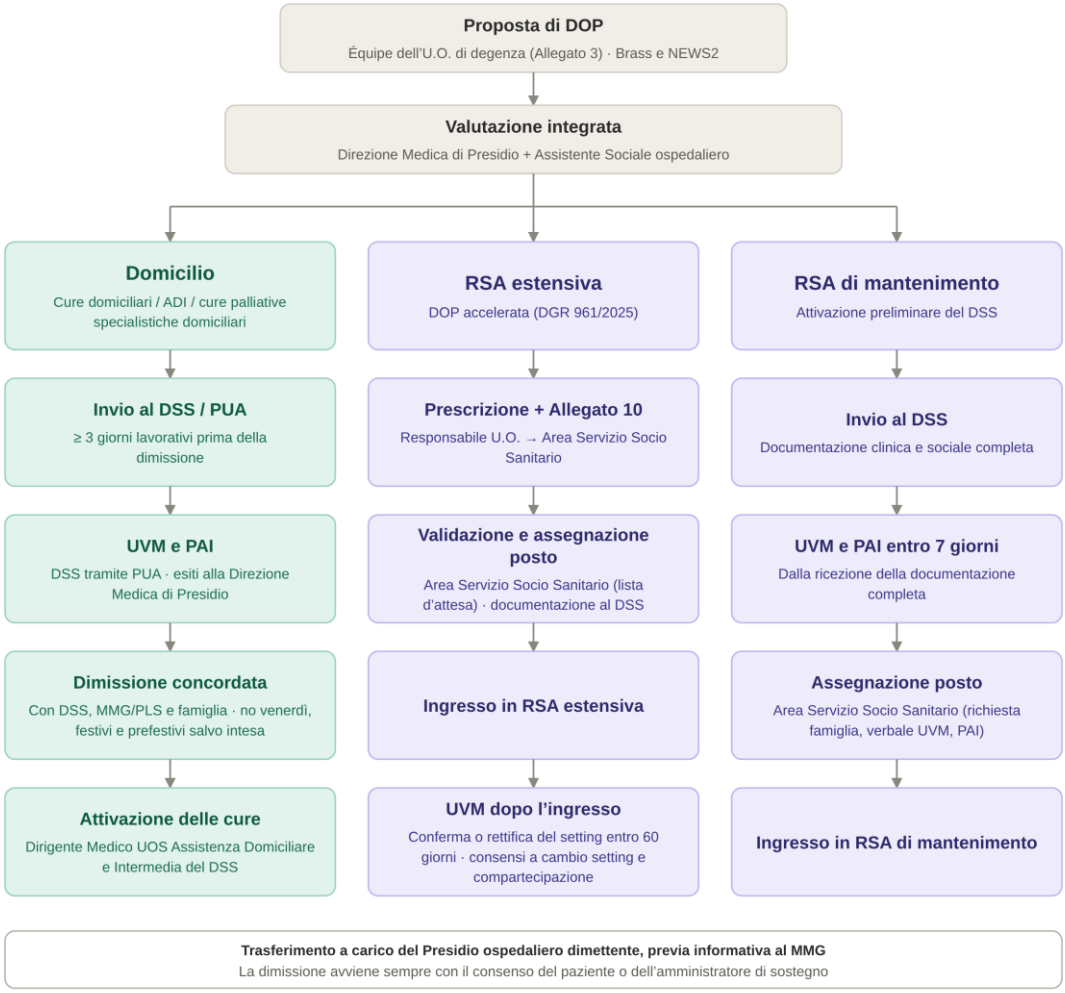
Pertanto, il Responsabile Distrettuale UVM/Cure Domiciliari ed Intermedie:

1. **raccoglie e verifica la documentazione trasmessa dalla struttura ospedaliera**, acquisendo tutte le informazioni cliniche, assistenziali e sociali necessarie alla valutazione del bisogno del paziente e alla definizione del setting assistenziale appropriato;
2. **attiva tempestivamente il percorso di valutazione multidimensionale**, provvedendo alla convocazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) nel più breve tempo possibile e comunque entro le tempistiche previste dalla presente procedura, al fine di garantire una valutazione integrata dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali;
3. **coordina l'organizzazione della Dimissione Ospedaliera Protetta**, assicurando:
   - la predisposizione del percorso assistenziale individuato dall'UVM;
   - l'attivazione dei servizi territoriali necessari (es. ADI, riabilitazione domiciliare, cure palliative o altri interventi sociosanitari);
   - la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), ove previsto;
   - il raccordo con il Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS), con l'équipe ospedaliera, con i Servizi Sociali dei Comuni di residenza del paziente e e con gli eventuali altri soggetti coinvolti nella presa in carico.

Una volta conclusa la seduta UVM per la presa in carico domiciliare, il **Dirigente Medico Responsabile** ovvero il **Dirigente Medico Distrettuale Referente dell'UOS Assistenza Domiciliare ed Intermedia**, del DSS competente, assicura il coordinamento del percorso territoriale di Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP), garantendo la presa in carico del paziente e l'attivazione tempestiva degli interventi assistenziali necessari. Il Dirigente Medico distrettuale dell'UOS Assistenza Domiciliare e Intermedia garantisce, inoltre, il monitoraggio dell'avvio effettivo degli interventi programmati, al fine di assicurare la continuità assistenziale senza interruzioni tra il setting ospedaliero e quello territoriale.

N.B.

- La dimissione avviene solo d'intesa con servizi territoriali, MMG/PLS e rete di supporto familiare.
- La dimissione non può avvenire in giorni festivi o prefestivi, salvo accordi specifici.
- -La dimissione avverrà sempre col consenso del paziente o con quello dell'amministratore di sostegno se il paziente è Incapace di esprimere una volontà consapevole.



C. Da Ospedale a ricovero in Hospice

Criteri di eleggibilità e percorso di attivazione del ricovero in Hospice

I pazienti eleggibili al ricovero in Hospice sono persone affette da malattia in fase avanzata e terminale, oncologica o non oncologica, per le quali non risultano più indicati o efficaci trattamenti finalizzati alla guarigione o al controllo della progressione della malattia e la cui evoluzione naturale conduce alla morte.

L'assistenza in Hospice è rivolta ai pazienti per i quali l'obiettivo principale è il miglioramento della qualità di vita attraverso il controllo del dolore e degli altri sintomi fisici, nonché attraverso il supporto degli aspetti psicologici, sociali, relazionali e spirituali della persona e della sua famiglia.

Responsabilità del Medico Ospedaliero
Il medico ospedaliero, qualora ravvisi la necessità di un percorso di cure palliative residenziali, provvede a:

1. **valutare l'appropriatezza del percorso Hospice**, anche mediante la compilazione della scala **NECPAL** (Allegato 8), quale strumento di supporto all'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative;
2. **attivare la consulenza del medico palliativista** della struttura Hospice pubblica o privata accreditata individuata come possibile destinazione del paziente.

La valutazione del medico palliativista può essere effettuata anche attraverso modalità a distanza, qualora ciò consenta una maggiore tempestività del percorso.

Nella scelta della struttura Hospice deve essere, ove possibile, coinvolto il paziente e il suo contesto familiare o di riferimento, nel rispetto delle preferenze della persona e dei principi di appropriatezza assistenziale.

3. **acquisire il parere del medico palliativista** e procedere secondo l'esito della valutazione:
   - in caso di **appropriatezza del ricovero**, viene avviato il percorso di trasferimento presso l'Hospice individuato;
   - in caso di **inappropriatezza del ricovero Hospice**, devono essere valutati altri percorsi assistenziali più appropriati (es. cure palliative domiciliari, assistenza domiciliare integrata (ADI) o altro setting individuato dall'unità di valutazione multidimensionale - UVM).

Qualora il Medico Ospedaliero abbia individuato la struttura accettante in un Hospice privato accreditato/convenzionato, deve richiedere la validazione della valutazione di appropriatezza effettuata dal medico palliativista della struttura privata convenzionata da parte del medico palliativista della struttura pubblica di riferimento (vedi Allegato 9 – contatti utili). La validazione può essere effettuata anche a distanza.

In caso di discordanza tra le valutazioni dei medici palliativisti, il trasferimento in Hospice non viene attivato fino alla definizione del setting assistenziale appropriato; devono pertanto essere valutati gli altri percorsi assistenziali previsti.

Responsabilità del Medico Palliativista della struttura pubblica

Il medico palliativista della struttura pubblica:

- effettua la valutazione di appropriatezza del percorso Hospice quando richiesto;
- fornisce il proprio parere al medico ospedaliero e, per gli adempimenti successivi, al Distretto Socio Sanitario (DSS) competente per territorio;
- collabora alla definizione del setting assistenziale più appropriato in relazione ai bisogni clinici, assistenziali e familiari del paziente.

Coinvolgimento del Distretto Socio Sanitario

Il Distretto Socio Sanitario competente, attraverso l'UVM, si esprime sull'appropriatezza del ricovero in Hospice sulla base della valutazione del medico palliativista e invia la documentazione all'Area Socio-Sanitaria.

Se invece non è avvenuto il trasferimento per valutazione negativa del palliativista, l'UVM individua il percorso alternativo provvedendo agli adempimenti necessari per la presa in carico territoriale e per la continuità assistenziale, assicurando il raccordo con la Rete Locale di Cure Palliative.

Il DSS:

- valida l'indicazione di appropriatezza del medico palliativista della Asl Bari con l'UVM;
- invia la richiesta/appropriatezza all'Area Socio-Sanitaria, che autorizza in forma tacita ed il paziente viene inserito in lista di attesa che risponde a criteri di gravità della condizione clinica e non in base alla data di invio della richiesta.

PROCEDURE DA SEGUIRE IN CASO DI:

A. ASSISTITO RESIDENTE IN ALTRA ASL CHE NECESSITA DI RICOVERO IN HOSPICE DELL'ASL BA

B. ASSISTITO RESIDENTE IN ASL BA CHE NECESSITA DI RICOVERO IN HOSPICE DI ALTRA ASL

A. ASSISTITO RESIDENTE IN ALTRA ASL CHE NECESSITA DI RICOVERO IN HOSPICE DELL'ASL BA

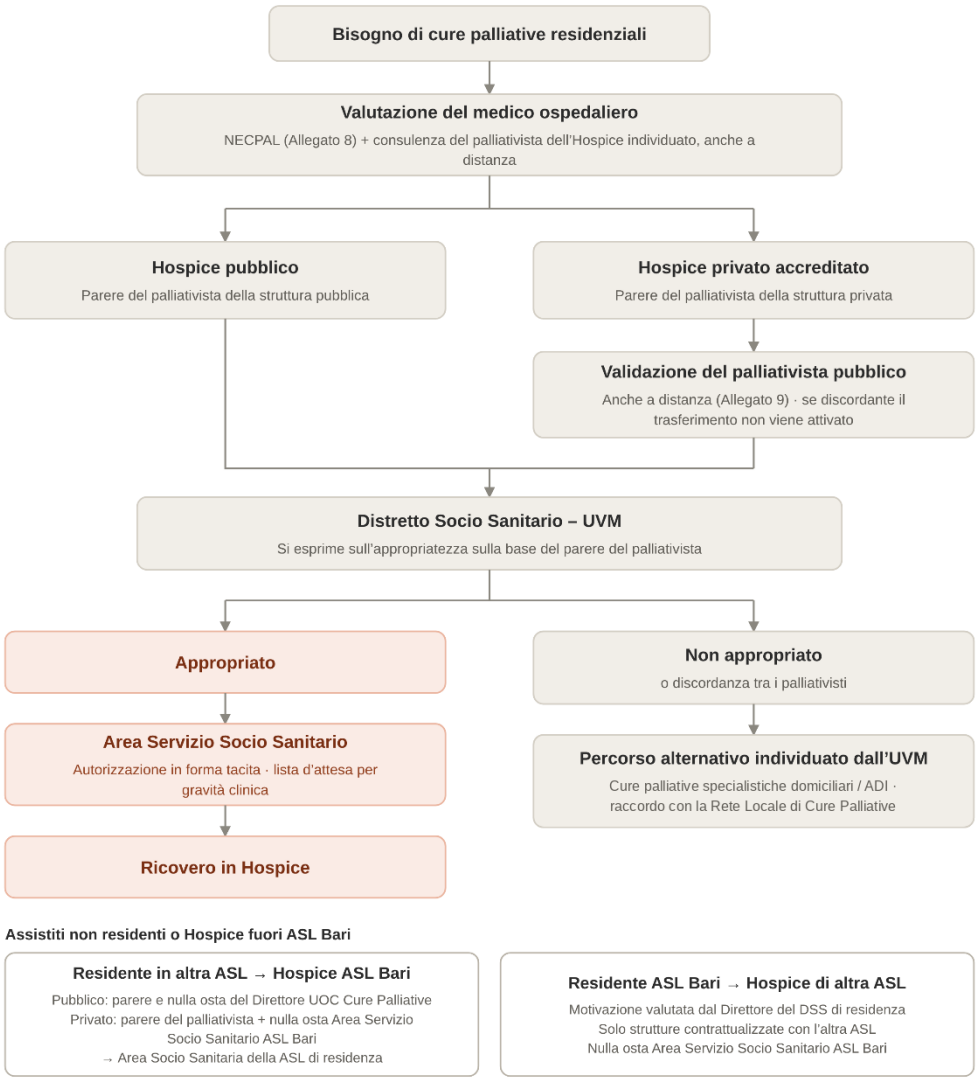
Nel caso il paziente ricoverato in ospedale **non sia residente in ASL BA** ma in altra ASL (ad es. ASL TA, ASL BR, ASL FG ecc.) si segue una procedura diversa a seconda che l'Hospice presso il quale deve ricoverarsi sia *pubblico* o *privato convenzionato*:

HOSPICE PUBBLICO: in tal caso, il Direttore dell'UOC Cure Palliative della ASL BA o suo delegato esprime sia il *parere di appropriatezza* che il "*nulla osta*" al ricovero che va inviato all'Area Socio Sanitaria dell'ASL di residenza del paziente per i consequenziali adempimenti autorizzativi;

HOSPICE PRIVATO CONVENZIONATO: in tal caso, il Medico Palliativista della Struttura esprime il parere di appropriatezza al ricovero e l'Area Socio Sanitaria dell'ASL BA esprime in nulla osta al ricovero che viene trasmesso all'Area Socio Sanitaria dell'ASL di residenza del paziente per i consequenziali adempimenti autorizzativi.

B. ASSISTITO RESIDENTE IN ASL BA CHE NECESSITA DI RICOVERO IN HOSPICE DI ALTRA ASL

Nel caso il paziente ricoverato in ospedale **sia residente in ASL BA** ma debba ricoverarsi in un Hospice nel territorio di altra ASL (ad es. ASL BAT, ASL FG ecc.) l'inserimento dell'assistito va disposto solo previa adeguata e congruente motivazione valutata dal Direttore del DSS inviante, cioè quello in cui risiede il paziente. L'inserimento potrà avvenire solo in strutture contrattualizzate con la ASL in cui sono ubicate le strutture individuate (ad es. ASL BAT, ASL FG ecc.) e previo "*nulla osta*" da richiedere all'Area Servizio Socio Sanitario della ASL Bari, che definisce i protocolli di invio con le altre ASL della Regione Puglia.



Numeri utili – UOC Cure Palliative ASL Bari

Hospice Monopoli
Tel. 080 584 9446 – 080 584 9448

Hospice Grumo Appula
Tel. 080 584 8162

TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI IN CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il trasferimento dei pazienti nell'ambito dei percorsi di **continuità assistenziale** e di **Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP)**, sia verso il domicilio sia verso strutture sanitarie, sociosanitarie o socioassistenziali individuate quale setting assistenziale appropriato, è a carico del **Servizio Sanitario Regionale (SSR)** e, nello specifico, del **Presidio ospedaliero che dispone la dimissione**.
Il Presidio ospedaliero dimettente garantisce, pertanto, l'organizzazione del trasferimento del paziente nell'ambiente di degenza, previa informativa al MMG, responsabile clinico della presa in carico domiciliare, assicurando che lo stesso avvenga, in condizioni di sicurezza e con modalità coerenti con il quadro clinico-assistenziale e con il percorso definito dalla valutazione multidimensionale.

Rientrano in tale ambito:
- i trasferimenti verso il domicilio nell'ambito di percorsi ADI, cure domiciliari, cure palliative specialistiche domiciliari o altri interventi di continuità assistenziale;
- i trasferimenti verso strutture residenziali o sociosanitarie (es. RSA, Hospice) quando effettuati nell'ambito di un percorso formalizzato di Dimissione Ospedaliera Protetta.

Sono esclusi dal presente ambito i trasferimenti che non rientrano in un percorso di dimissione protetta o di continuità assistenziale, quali, a titolo esemplificativo:
- trasferimenti presso strutture riabilitative per l'avvio o la prosecuzione di percorsi riabilitativi specialistici;
- trasferimenti programmati per prestazioni sanitarie diverse dalla dimissione;
- trasferimenti richiesti per esigenze non riconducibili alla presa in carico post-dimissione.

Per tali situazioni si applicano le modalità organizzative e le disposizioni specifiche previste dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

Al fine di poter rilevare e migliorare alcune criticità è indispensabile il monitoraggio dei percorsi attivati attraverso i due indicatori descritti in tabella. Il primo indicatore sarà a carico del DSS attraverso l'elaborazione di un un report trimestrale da inviare alla Direzione Sanitaria.

Il secondo indicatore sarà a carico delle Direzioni mediche attraverso l'elaborazione di un report trimestrale da inviare alla Direzione Sanitaria, tempo medio dall'istanza dell'OP e/o del DSS alla presa in carico

Indicatore	Formula	Standard /Requisito Atteso
Percentuale di DOP attivate con documentazione completa (S.Va.M.A., PAI, Relazione Sociale, consenso informato)	(N° DOP complete / Totale DOP) × 100	≥ 95%
Tempo medio tra proposta DOP e dimissione effettiva (in caso di dimissioni domiciliare)	Somma giorni intercorsi / Totale DOP	≤ 5 giorni

RESPONSABILITÀ

Matrice delle responsabilità

Fase del processo / attività	Medico U.O.	Assistente Sociale P.O.	Direzione Medica P.O.	DSS (PUA / UVM)	Area Servizio Socio Sanitario	Medico palliativista	MMG / PLS	Paziente / famiglia / AdS
Fase ospedaliera – identificazione e proposta								
Identificazione precoce del paziente a rischio di dimissione complessa (Scala BRASS – All. 1) e valutazione della stabilità clinica (NEWS2 – All. 11)	R		I					
Valutazione sociale e della rete familiare; relazione sociale	C	R	I					C
Formulazione della proposta di DOP (All. 3) e acquisizione dell'istanza sottoscritta dall'avente titolo	R	C	C					C
Compilazione S.Va.M.A. (All. 4 e 5) e relazione clinica (All. 6)	R	C						
Percorsi A e B – Domicilio e RSA								
DOP "accelerata" in RSA estensiva: prescrizione del Responsabile U.O. e Richiesta di Validazione/Autorizzazione alla Spesa (All. 10)	R	C	I		I			C
Validazione/autorizzazione alla spesa, assegnazione del posto in RSA e trasmissione della documentazione al DSS	I		I	I	R			I
Presa in carico della richiesta, convocazione UVM, definizione del setting e del PAI (Domicilio: entro 3 giorni; RSA: entro 7 giorni)	C	C	I	R			C	C
Trasmissione degli esiti UVM alla Direzione Medica di Presidio e, per le RSA, all'Area Servizio Socio Sanitario	I		I	R	I			
Assegnazione del posto in RSA di mantenimento (richiesta famiglia, verbale UVM, PAI)				C	R			I
UVM dopo l'ingresso in RSA estensiva: conferma o rettifica del setting entro 60 giorni; consensi al cambio setting e a compartecipazione alla spesa				R	I		I	C
Percorso C – Hospice								
Valutazione dell'appropriatezza del percorso Hospice (NECPAL – All. 8) e attivazione della consulenza palliativistica	R		I			C		C
Parere di appropriatezza al ricovero; validazione da parte del palliativista pubblico se l'Hospice è privato accreditato	I			I		R		
Validazione dell'appropriatezza con l'UVM, invio all'Area Socio Sanitaria; in caso di parere negativo, individuazione del percorso alternativo	I		I	R	I	C	I	I
Autorizzazione (in forma tacita) e inserimento in lista d'attesa per gravità clinica	I		I	I	R			I

Fase del processo / attività	Medico U.O.	Assistente Sociale P.O.	Direzione Medica P.O.	DSS (PUA / UVM)	Area Servizio Socio Sanitario	Medico palliativista	MMG / PLS	Paziente / famiglia / AdS
Dimissione, trasferimento e presa in carico territoriale								
Dimissione concordata con servizi territoriali, MMG/PLS e famiglia, con il consenso del paziente o dell'AdS (no venerdì, festivi e prefestivi salvo accordi)	**R**	**C**	**I**	**C**			**C**	**C**
Invio al Distretto della documentazione di dimissione (lettera di dimissione All. 7, PRI, OLT, ausili, prescrizioni)	**R**			**I**			**I**	**I**
Organizzazione del trasferimento a carico del Presidio dimettente, previa informativa al MMG	**C**		**R**	**I**			**I**	**I**
Attivazione dei servizi territoriali (ADI, riabilitazione, cure palliative), coordinamento e monitoraggio dell'avvio degli interventi			**I**	**R**		**C**	**C**	**I**
Monitoraggio								
Report trimestrale degli indicatori alla Direzione Sanitaria (DSS: DOP con documentazione completa; Direzioni Mediche: tempi di presa in carico)			**R**	**R**				

Legenda: R = Responsabile **C** = Collabora **I** = Informato (cella vuota = non coinvolto)

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regolamento Regionale n.4/2007 e s.m.i., attuativo della Legge 10 luglio 2006, n. 19 *"Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne ed uomini in Puglia"*
- Regolamento Regionale n.8/2002 e DGR. n. 1669/2012;
- Piano Regionale di Salute 2008 — 2010, approvato con L.R. 19 sett. 2008, n. 23;
- Piano regionale delle politiche sociali 2009-11, approvato con DGR 13 otto. 2009 n. 1875; DGR n. 691 del 12 aprile 2011 *"Linee guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari",*
- Regolamento Regionale n. 6 del 18 aprile 2011 *"Regolamento di organizzazione del OSS",* DGR n. 2814 del 12 dicembre 2011 *"Approvazione Scheda Per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale",*
- Regolamento Regionale n. 11 del 7 giugno 2012, *"Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 - Modifica ed Integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia"*
- Deliberazione D.G. ASL Bari n.318 18 feb. 2013.
- Deliberazione D.G. ASL Bari n.1964 del 21/10/2013.
- Deliberazione D.G. ASL Bari n.1820 del 01/10/2014.
- Deliberazione D.G. ASL Bari n.2319 del 19/11/2025.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".
- Regolamento Regionale n. 4 del 21 gennaio 2019, "Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento- Centro diurno per soggetti non autosufficienti".
- Regolamento Regionale n. 5 del 21 gennaio 2019, "Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili – Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili".
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1293 del 20 settembre 2022, "*Aggiornamento tariffe regionali per l'Assistenza Sociosanitaria in favore di soggetti non autosufficienti, disabili, persone con disturbi mentali, persone affette da dipendenze patologiche, soggetti in età evolutiva, persone con disturbi dello spettro autistico, persone nella fase terminale della vita, persone cui sono applicate le misure di sicurezza*"
- Deliberazione D.G. ASL Bari n.2183 del 31/10/2023 ad oggetto "U.O.C. Area Servizio Socio Sanitario - assistenza sanitaria da erogarsi nell'anno 2023, in favore di pazienti con bisogni di cure palliative, da parte delle strutture sanitarie private istituzionalmente accreditate "hospice" insistenti nel territorio di competenza della asl ba. recepimento DGR n. 831/2023 e 1344/2023 – assegnazione tetti di spesa".
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 527 del 16 aprile 2025, "D.Lgs. 502/92 art. 8 quinquies - Fondo di remunerazione regionale per l'acquisto di prestazioni da strutture accreditate RSA e Centri diurni per soggetti non autosufficienti e disabili di cui ai R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 valevole per l'anno 2025. Disposizioni per le Dimissioni Protette e per i Centri diurni" e successiva Deliberazione della Giunta Regionale n. 961 del 7 luglio 2025, "*DGR n. 527 del 16 aprile 2025 – Procedure operative per Dimissione Protetta Ospedaliera nelle RSA RR n. 4/2019 e misure ulteriori per gli accessi ai Centri diurni di cui ai RR n. 4/2019 e RR n. 5/2019 – Indirizzi operativi per le RSA pubbliche*".
- Deliberazione D.G. ASL Bari n.2319 del 19/11/2025 ad oggetto: "UOC Area Servizio Socio Sanitario - Presa d'atto delle DGR n. 961 del 07/07/2025 avente ad oggetto "DGR n. 527 del 16 aprile 2025 – Procedure operative per Dimissione Protetta Ospedaliera nelle RSA RR n. 4/2019 e misure ulteriori per gli accessi ai Centri diurni di cui ai RR n. 4/2019 e RR n. 5/2019 – Indirizzi operativi per le RSA pubbliche" e DGR n. 1003

del 15/07/2025 avente ad oggetto “Approvazione schema di regolamento avente ad oggetto: “Modifica Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n. 4 e Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n. 5”.

- DGR n. 1262 dell’11 agosto 2025.
- DGR n. 961 del 07 luglio 2025.
- Ministero della Salute. Linee guida per la continuità assistenziale ospedale-territorio. Roma: Ministero della Salute; 2019.
- Regione Puglia. Regolamento regionale n. 4 del 18 gennaio 2007. “Regolamento per l’accesso, la valutazione e la presa in carico delle persone non autosufficienti e fragili.” Bollettino Ufficiale Regione Puglia n. 15 del 25 gennaio 2007.
- Regione Puglia. D.G.R. n. 691 del 17 maggio 2011. “Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”.
- Regione Puglia. Manuale operativo per la dimissione ospedaliera protetta e la continuità assistenziale ospedale-territorio. Assessorato alle Politiche della Salute – Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera; 2015.
- Ministero della Salute. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).” Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.
- Istituto Superiore di Sanità. Linee di indirizzo per la presa in carico della persona fragile e anziana non autosufficiente. Roma: ISS; 2018.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Rapporto sul sistema di cure primarie e modelli di continuità assistenziale. Roma: AGENAS; 2020.
- Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute. Procedure operative per la Dimissione Ospedaliera Protetta. Bari: Regione Puglia; 2021.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Framework on Integrated, People-Centred Health Services. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328. “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.” Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000.
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. “Riordino della disciplina in materia sanitaria.”
- ISO 9001:2015. Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti. International Organization for Standardization; 2015.

ALLEGATO 1 Scala di Brass

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENINIG (BRASS INDEX)

Valutazione del rischio di problemi post-dimissione ospedaliera

(*Blaylock A., Cason C., (1992) , Discharge Planing predicting patients'needs, J Gerontol Nurs; 18(7)*)

DATA AMMISSIONE
DATA DIMISSIONE
DATA DI NASCITA
SESSO
UO di DEGENZA
PATOLOGIA

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato	
Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 - 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 anni e più **Condizioni di vita e supporto sociale** (una sola opzione) 0 = vive con il coniuge 1 = vive con la famiglia 2 = vive da solo con il sostegno della famiglia 3 = vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = vive da solo senza alcun sostegno 5 = assistenza domiciliare/residenziale **Stato funzionale** (ogni opzione valutata) 0 = autonomo (indipendente in ADL e IADL) **Dipendente in:** 1 = alimentazione/nutrizione 1 = igiene/abbigliamento 1 = andare in bagno 1 = spostamenti/mobilità 1 = incontinenza intestinale 1 = incontinenza urinaria 1 = preparare del cibo 1 = responsabilità nell'uso di medicinali 1 = capacità di gestire il denaro 1 = fare acquisti 1 = utilizzo di mezzi di trasporto **Stato cognitivo (ogni opzione valutata)** 0 = orientato 1 = disorientato in alcune sfere * qualche volta 2 = disorientato in alcune sfere * sempre 3 = disorientato in tutte le sfere * qualche volta 4 = disorientato in tutte le sfere * sempre 5 = comatose *sfere: spazio, tempo, luogo e sé	**Modello comportamentale** (ogni opzione valutata) 0 = appropriato 1 = irrequieto/confuso/non sta mai fermo 1 = agitato 1 = confuso 1 = altro **Mobilità** (una sola opzione) 0 = deambula 1 = deambula con l'aiuto di ausili 2 = deambula con assistenza 3 = non deambula **Deficit sensoriali** (una sola opzione) 0 = nessuno 1 = deficit visivi o uditivi 2 = deficit visivi e uditivi **Numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso** (una sola opzione) 0 = nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = uno negli ultimi 3 mesi 2 = due negli ultimi 3 mesi 3 = più di due negli ultimi 3 mesi **Numero di problemi clinici attivi** (una sola opzione) 0 = tre problemi clinici 1 = da tre a cinque problemi clinici 2 = più di cinque problemi clinici **Numero farmici assunti** (una sola opzione) 0 = meno di tre farmaci 1 = da tre a cinque farmaci 2 = più di cinque farmaci **PUNTEGGIO TOTALE:**

Punteggio	**Indice di rischio**
0 – 10 rischio **basso**	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11 – 19 rischio **medio**	Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 rischio **alto**	Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

ALLEGATO 2 Contatti PUA/COT

PUA/COT	Località-Indirizzo	Indirizzo e-mail	Numeri telefonici – Fascia oraria
DSS1 **MOLFETTA GIOVINAZZO**	Giovinazzo P.zza Vittorio Emanuele, 64 Molfetta Via Molfettesi d'Argentina, sn	dss-adi.molfetta@asl.bari.it dss.molfetta-sociosanitaria@asl.bari.it	0805847418 – dal lunedi al venerdi ore 08.00-13.00; front office Giovinazzo: mercoledi ore 09.00-11.00 e martedi ore 15.30-17.30; front office Molfetta lunedi ore 09.00-12.00 e giovedi ore 15.30-17.30
DSS2 **RUVO TERLIZZI CORATO**	Terlizzi Via P. Fiore, 135	pua.ruvo@asl.bari.it	080 5841225 - 080 584212 - dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 12.00 - martedì pomeriggio dalle 15.00 alle 17.00
DSS3 **BITONTO PALO DEL COLLE**	Bitonto Via Comes, 31	pua.bitonto@asl.bari.it	0805847245 - dal martedì' al venerdì' dalle ore 9.00 alle ore 12.00 il martedì' pomeriggio dalle ore 16.00 alle ore 17.30
DSS4 **ALTAMURA GRAVINA SANTERAMO POGGIORSINI**	Altamura V.le Regina Margherita, 67	pua.altamura@asl.bari.it	080 5848266 - 641 - dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00, martedì dalle ore 15.00 alle 17.00
DSS5 **GRUMO ACQUAVIVA BINETTO CASSANO SANNICANDRO TORITTO**	Grumo Appula Via della Repubblica 33	dss.grumo@asl.bari.it	080 5848889 - ricevimento telefonico dal lunedì al venerdi), front office dal lunedì al venerid dalle 9.30 alle ore 11.30, martedì dalle 15.00 alle 17.00
DSS Unico Bari **BARI**	Bari Via Caduti di via Fani,25 Via G. Petroni,47	pua.bari@asl.bari.it	Numeri front office da lunedi al venerdi:12.00-13.00: 0805842798-858-057; 0805844670 – Numeri backoffice dal lunedi al venerdi :8.00-9.00 0805842012-0805844691. **CONSEGNA ISTANZE** Via Caduti di via Fani, 25 lunedi, mercoledi,giovedi: 9.00-12.00; martedi 15.00-17.00; via Giulio Petroni, 47 martedi,mercoledi,venerdi:9.00-12.00; giovedi 15.00-17.00
DSS9 **MODUGNO BITETTO BITRITTO**	Modugno Via Paradiso, 18	pua.modugno@asl.bari.it	080 5843158 ricevimento telefonico dal lunedì al venerdì dalle 12.00 alle 13.00; front-office: lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 martedì pomeriggio dalle ore 15.30 alle ore 17.30;

PUA/COT	Località-Indirizzo	Indirizzo e-mail	Numeri telefonici – Fascia oraria
			- I residenti di Bitetto e Bitritto possono avvalersi dei Punti Informativi Territoriali (PIT): P.I.T Bitetto c/o Ufficio Servizi Sociali - Piazza Moro (1° piano): tel. 0808978246 P.I.T. Bitritto c/o Ufficio Servizi Sociali - Via Bellino,4: tel. 0803858267
DSS10 **TRIGGIANO ADELFIA CAPURSO CELLAMARE VALENZANO**	Triggiano Via Volta n. 21	pua.triggiano@asl.bari.it	080 5846587 (lunedì, mercoledì e giovedì dalle 08.30 alle 11.30 martedì: dalle 15.00 alle 18.00)
DSS11 **MOLA DI BARI NOICATTARO RUTIGLIANO**	Mola di Bari Corso Italia, 21	pua.mola@asl.bari.it	080 5847787 (lunedì, mercoledì e venerdì dalle 09.00 alle 12.00 martedì pomeriggio dalle 16.30 alle 17.30)
DSS12 **CONVERSANO, MONOPOLI POLIGNANO**	Conversano Via E. De Amicis, 36	pua.conversano@asl.bari.it	080 5849926 - 827 - 912 (dal lunedi al venerdi ore 9.00 - 13.00 martedi ore 15.30 -17.30)
DSS13 **CASAMASSIMA GIOIA del COLLE SAMMICHELE TURI**	Gioia del Colle Via dei Francescani dei Riformati, snc	pua.gioia@asl.bari.it	080 5849566 - ricevimento telefonico dal lunedi al venerdi ore 09.00-12.00 e martedi ore 16.00-18.00; front-office dal martedi al venerdì: ore 10.00-12.00 - martedì: ore 16.00 - 18.00
DSS14 **PUTIGNANO ALBEROBELLO CASTELLANA G. LOCOROTONDO NOCI**	Putignano San Michele in Monte Laureto	pua.putignano@asl.bari.it	080 5840578 – dal lunedi al venerdi 08.30-12.00

ALLEGATO 3 Modulo di proposta DOP

ASL Bari PugliaSalute

DISTRETTO SOCIO–SANITARIO

PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI
da consegnare alla PUA

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario di_____

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

Struttura/Ospedale_____tel._____Email:_____

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 ASSISTENZIALE POST-DIMISSIONE

☐ ADI
☐ Cure palliative specialistiche domiciliari
☐ RSA / Struttura intermedia
☐ Hospice
☐ Altro: _____

INFORMAZIONE E CONDIVISIONE

Il paziente/rappresentante legale è stato informato e ha condiviso la proposta assistenziale.

OPERATORI COINVOLTI

Medico: _____ Firma _____

Infermiere / Case manager: _____ Firma _____

Assistente sociale: _____ Firma _____

Il paziente/rappresentante legale ovvero il caregiver:

☐ È stato informato in modo comprensibile sulle condizioni cliniche

☐ È stato informato sul progetto assistenziale territoriale (domiciliare o residenziale) e, in particolare, è stato informato che nel caso di ricovero in *RSA estensiva*, l'autorizzazione ha durata di 60 giorni al termine dei quali il setting assistenziale potrebbe essere, tra gli altri, il ricovero in *RSA di mantenimento* o *a* domicilio, settings che prevedono la compartecipazione alla spesa.

La condivisione del progetto di dimissione protetta è avvenuta in data ____ / ____ / _____

FIRMA PER PRESA VISIONE

Data: ____ / ____ / _____ Paziente/Rappresentante legale: _____

Caregiver:_____

EVENTUALI CRITICITÀ, RIFIUTI O NON ADESIONE

☐ Nessuna

☐ Rifiuto parziale del percorso (specificare):

_____

☐ Rifiuto completo del percorso (specificare):

_____

ALLEGATI alla proposta di DOP:

☐ Relazione clinica

☐ SVAMA

☐ Altro: _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Data ____ / ____ / _____

Firma Paziente /Rappresentante Legale _____

ALLEGATO 4 – S.Va.M.A. Cognitivo funzionale

ASL Bari PugliaSalute

REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale BA

Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario n. _____

Ambito Territoriale

Comune/i _____

S.VA.M.A.

VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

SITUAZIONE COGNITIVA	
Nome	*Data di nascita*
Sede di valutazione	*Data*

Situazione cognitiva

Short Portabile Mental Status Questionnaire *(barrare la casella in caso di errore)*

Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)		***1***
Che giorno è della settimana?		***1***
Come si chiama questo posto?		***1***
Qual è il suo indirizzo?		***1***
Quanti anni ha?		***1***
Quando è nato?		***1***
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa)		***1***
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa)		***1***
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?		***1***
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo		***1***
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	***VCOG***	

☐ *Lucido O-3*	☐ *Confuso 4-8*	☐ *Molto confuso o stuporoso 9-10*

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG = 10.

Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica (eventualmente previa consulenza specialistica):

	VCOG ____

EVENTUALI PROVVEDIMENTI
PER PROBLEMI COMPORTAMENTALI

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

S I T U A Z I O N E F U N Z I O N A L E
Indice di Barthel - Attività di base

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	*0*
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	*2*
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	*5*
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	*8*
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	*10*
BAGNO / DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. *Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.*	*0*
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	*1*
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	*2*
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	*4*
Totale dipendenza nel lavarsi.	*5*
IGIENE PERSONALE	

Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. *Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie.* *Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.*	*0*
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	*1*
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	*2*
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	*4*
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	*5*
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	*0*
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	*2*
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	*5*
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	*8*
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	*10*
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	*0*
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.	*2*
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	*5*
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	*8*
Incontinente.	*10*
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	*0*
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	*2*
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	*5*
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	*8*
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni.	*10*
USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	*0*
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	*2*
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	*5*
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	*8*
Completamente dipendente.	*10*

Totale valutazione funzionale *(attività di base)*	***VADL***	

PUNTEGGIO TOTALE ATTIVITA' DI BASE

Autonomo o quasi dipendente 0-14	☐ ***Dipendente 50-60***	☐ ***Totalmente 15-49***

M O B I L I T A '

Indice Barthel - Mobilità

TRASFERIMENTO - SEDIA o CARROZZINA *(compilare anche in caso di paziente allettato)*	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	*0*
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza	*3*
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	*7*
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	*12*
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	*15*

DEAMBULAZIONE *(funzionalmente valida)*	***USO DELLA CARROZZINA*** *(utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)*	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		*0*
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		*3*
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione.		*7*
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	*10*
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	*11*
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	*Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.*	*12*
	Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	*14*
Non in grado di deambulare autonomamente.	*Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.*	*15*

SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa.	*0*
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	*2*
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione per assistenza.	*5*
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	*8*
Incapace di salire e scendere le scale.	*10*
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA' VMOB	

Si sposta da solo 0-14 ☐ **Si sposta assistito 15-29** ☐ **Non si sposta 30-40**

PREVENZIONE-TRATTAMENTO DECUBITI

					VPIA
Rischio non elevato di lesioni da decubito					*0*
*Rischio elevato (*Exton Smith < 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I - II)*					*10*
**Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:*					
CONDIZIONI GENERALI					
Buone (4)	*Discrete (3)*	*Scadenti (2)*	*Pessime (1)*		
STATO MENTALE					
Lucido (4)	*Confuso (3)*	*Apatico (2)*	*Stuporoso (1)*		
ATTIVITA'					
Normale (4)	*Cammina con aiuto (3)*	*Costretto in sedia (2)*	*Immobile (1)*		
MOBILITA'					
Normale (4)	*Leggermente limitata (3)*	*Molto limitata (2)*	*Immobile (1)*		
INCONTINENZA					
No (4)	*Occasionale (3)*	*Urinaria abituale (2)*	*Incontinenza doppia (1)*		
Totale punteggio *(il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10)* ☐ ***Rischio elevato 0-10*** ☐ ***Rischio medio 11- 13*** ☐ ***Rischio basso 14-16***					
Presenza di 1 piaga (con l'interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III e IV).					*15*
Presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con l'interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III e IV).					*25*

Rischio infettivo [1] ***Si*** ☐ ***No*** ☐

Rischio di sanguinamento acuto ***Presente*** ☐ ***Assente*** ☐

NOTE……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Compilatore	*Data*
Qualifica Professionale	*Firma*

1 *Utilizzare quando il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione)*

ASL Bari PugliaSalute

REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale BA

Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario n. _____

Ambito Territoriale

Comune/i _____

S.VA.M.A.
VALUTAZIONE SANITARIA

Nome:	**Data di nascita:** |__|__| |__|__|__|__|__|__|
Sede di valutazione:	**Data:** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Cenni anamnestici - Problemi cronici in atto:
Trattamenti in atto:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	No	Sì
Diabete insulinodipendente	0	5
Prelievi Venosi Non Occ	0	5
ECG	0	5
Telemetria	0	5
Terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva	0	5
Gestione catetere centrale	0	5
Trasfusioni	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Ventiloterapia	0	5
Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	0	5
Sondino naso-gastrico	0	10
Gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale/ Eliminazione intestinale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	**VIP**	

Lesioni cute da patologie correlate ☐ **Si** ☐ **No**

Note:

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (*comprensione*)		
0 = normale	2 = comprensione non valutabile	
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende	
LINGUAGGIO (*produzione*)		
0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	
UDITO *(eventualmente con protesi)*		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	
VISTA *(eventualmente con occhiali)*		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICD-9-CM

Indicare la Patologia prevalente (P) che determina l'attivazione dell'assistenza, la Patologia concomitante (C) che condiziona la presa in carico, altra Patologia (A)
(da utilizzare a cura del Medico curante oppure in sede di U.V.M.)

MALATTIE GENERALI

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	A07 Coma	❑	❑	❑	A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale
❑	❑	❑	A79 Neoplasia maligna NAC	❑	❑	❑	A87 Complicanze da trattamento
❑	❑	❑	A80 Trauma/lesione traumatica NAC	❑	❑	❑	A89 Danno da materiale protesico
❑	❑	❑	A81 Politraumatismo /lesioni multiple	❑	❑	❑	A90 Anomalie congenite multiple /NAC
❑	❑	❑	A82 Postumo di trauma	❑	❑	❑	A97 Nessuna malattia
❑	❑	❑	A84 Intossicazione da farmaco	❑	❑	❑	A99 Malattia o condizione o sede non definita

SANGUE / LINFATICI / MILZA

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	B71 Linfadenite cronica o non specifica	❑	❑	❑	B80 Anemia da carenza di ferro
❑	❑	❑	B72 Morbo di Hodgkin /linfoma	❑	❑	❑	B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico
❑	❑	❑	B73 Leucemia	❑	❑	❑	B83 Porpora/difetto di coagulazione
❑	❑	❑	B74 Altra neoplasia maligna ematologica	❑	❑	❑	B87 Splenomegalia
❑	❑	❑	B75 Neoplasia benigna /inc. sangue o org. linf	❑	❑	❑	B90 Infezione HIV /AIDS
❑	❑	❑	B78 Anemia emolitica ereditaria	❑	❑	❑	B99 Altra malattia del sangue/org. linf. /milza
❑	❑	❑	B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf.				

SISTEMA DIGERENTE

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	D17 Incontinenza rettale	❑	❑	❑	D87 Disordine gastrico funzionale
❑	❑	❑	D70 Infezione gastrointestinale	❑	❑	❑	D88 Appendicite
❑	❑	❑	D72 Epatite virale	❑	❑	❑	D89 Ernia inguinale
❑	❑	❑	D74 Neoplasia maligna dello stomaco	❑	❑	❑	D90 Ernia jatale
❑	❑	❑	D75 Neoplasia maligna del colon/retto	❑	❑	❑	D91 Altra ernia addominale
❑	❑	❑	D76 Neoplasia maligna del pancreas	❑	❑	❑	D92 Malattia diverticolare
❑	❑	❑	D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC	❑	❑	❑	D93 Sindrome del colon irritabile
❑	❑	❑	D81 Anomalia congenita apparato digerente	❑	❑	❑	D94 Enterite cronica /colite ulcerosa
❑	❑	❑	D82 Malattia di denti o gengive	❑	❑	❑	D95 Ragade anale /ascesso perianale
❑	❑	❑	D83 Malattia della bocca /lingua /labbra	❑	❑	❑	D96 Vermi /parassiti intestinali
❑	❑	❑	D84 Malattia dell'esofago	❑	❑	❑	D97 Malattia del fegato NAC
❑	❑	❑	D85 Ulcera duodenale	❑	❑	❑	D98 Colecistite /colelitiasi
❑	❑	❑	D86 Altra ulcera peptica				

OCCHIO

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	F74 Neoplasia di occhio /annessi	❑	❑	❑	F91 Difetto di rifrazione
❑	❑	❑	F81 Altra anomalia congenita dell'occhio	❑	❑	❑	F92 Cataratta
❑	❑	❑	F82 Distacco di retina	❑	❑	❑	F93 Glaucoma
❑	❑	❑	F83 Retinopatia	❑	❑	❑	F94 Cecità
❑	❑	❑	F84 Degenerazione maculare	❑	❑	❑	F99 Altra malattia di occhio/annessi
❑	❑	❑	F85 Ulcera corneale				

ORECCHIO

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	H03 Acufene /tintinnio /ronzio all'orecchio	❑	❑	❑	H83 Otosclerosi
❑	❑	❑	H74 Otite media cronica	❑	❑	❑	H84 Presbiacusia
❑	❑	❑	H75 Neoplasia dell'orecchio	❑	❑	❑	H86 Sordità
❑	❑	❑	H77 Perforazione del timpano	❑	❑	❑	H99 Altra malattia di orecchio/mastoide
❑	❑	❑	H82 Sindrome vertiginosa				

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca	❑	❑	❑	K86 Ipertensione arteriosa non complicata
❑	❑	❑	K73 Anomalia cardiovascolare congenita	❑	❑	❑	K87 Ipertensione arteriosa complicata
❑	❑	❑	K74 Cardiopatia ischemica con angina	❑	❑	❑	K88 Ipotensione posturale
❑	❑	❑	K75 Infarto miocardico acuto	❑	❑	❑	K89 Ischemia cerebrale transitoria
❑	❑	❑	K76 Cardiopatia ischemica senza angina	❑	❑	❑	K90 Accidente vascolare cerebrale /stroke
❑	❑	❑	K77 Scompenso cardiaco	❑	❑	❑	K91 Malattia cerebrovascolare
❑	❑	❑	K78 Fibrillazione atriale /flutter	❑	❑	❑	K92 Arteriosclerosi /mal. vascolare periferica
❑	❑	❑	K79 Tachicardia parossistica	❑	❑	❑	K93 Embolia polmonare
❑	❑	❑	K80 Aritmia cardiaca NAC	❑	❑	❑	K94 Flebite/tromboflebite
❑	❑	❑	K82 Cuore polmonare	❑	❑	❑	K95 Varici venose arti inferiori
❑	❑	❑	K83 Valvulopatia NAC	❑	❑	❑	K99 Altra malattia cardiovascolare
❑	❑	❑	K84 Altra malattia cardiaca				

SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	L70 Infezione del sistema osteoarticolare	❑	❑	❑	L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione
❑	❑	❑	L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica	❑	❑	❑	L85 Deformità acquisita della colonna
❑	❑	❑	L72 Frattura di radio/ulna	❑	❑	❑	L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione
❑	❑	❑	L73 Frattura di tibia/perone	❑	❑	❑	L88 Artrite reumatoide siero positiva
❑	❑	❑	L74 Frattura di mano/piede	❑	❑	❑	L89 Coxoartrosi
❑	❑	❑	L75 Frattura di femore	❑	❑	❑	L90 Gonartrosi
❑	❑	❑	L76 Altra frattura	❑	❑	❑	L91 Altra artrosi
❑	❑	❑	L77 Distorsione /stiramento di caviglia	❑	❑	❑	L92 Sindrome della spalla
❑	❑	❑	L78 Distorsione /stiramento di ginocchio	❑	❑	❑	L95 Osteoporosi
❑	❑	❑	L79 Distorsione /stiramento di articolazione NAC	❑	❑	❑	L96 Lesione acuta interna del ginocchio
❑	❑	❑	L80 Lussazione /sublussazione	❑	❑	❑	L97 Neoplasia benigna /incerta muscolosc.
❑	❑	❑	L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC	❑	❑	❑	L98 Deformità acquisita degli arti
❑	❑	❑	L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica	❑	❑	❑	L99 Altra malattia muscoloscheletrica
❑	❑	❑	L83 Sindrome cervicale				

SISTEMA NERVOSO

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	N17 Vertigine /capogiro	❑	❑	❑	N85 Anomalia neurologica congenita
❑	❑	❑	N19 Disordine della parola	❑	❑	❑	N86 Sclerosi multipla
❑	❑	❑	N70 Poliomielite	❑	❑	❑	N87 Parkinsonismo
❑	❑	❑	N71 Meningite /encefalite	❑	❑	❑	N88 Epilessia
❑	❑	❑	N72 Tetano	❑	❑	❑	N89 Emicrania
❑	❑	❑	N73 Altra infezione neurologica	❑	❑	❑	N90 Cefalea a grappolo
❑	❑	❑	N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso	❑	❑	❑	N91 Paralisi facciale /paralisi di Bell
❑	❑	❑	N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso	❑	❑	❑	N92 Nevralgia trigeminale
❑	❑	❑	N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso	❑	❑	❑	N93 Sindrome del tunnel carpale
❑	❑	❑	N79 Commozione cerebrale	❑	❑	❑	N94 Neurite periferica /neuropatia
❑	❑	❑	N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso				

CUTE E ANNESSI

C	A		P	C	A	
❑	❑	S14 Bruciatura/ustione	❑	❑	❑	S84 Impetigine
❑	❑	S18 Lacerazione/taglio	❑	❑	❑	S85 Cisti /fistola pilonidale
❑	❑	S19 Altra lesione traumatica della pelle	❑	❑	❑	S87 Dermatite atopica /eczema
❑	❑	S70 Herpes zoster	❑	❑	❑	S88 Dermatite da contatto /allergia
❑	❑	S72 Scabbia /altre acariasi	❑	❑	❑	S89 Eritema da pannolino
❑	❑	S73 Pediculosi /altre infestazioni cutanee	❑	❑	❑	S91 Psoriasi
❑	❑	S74 Dermatofitosi	❑	❑	❑	S92 Malattia delle ghiandole sudoripare
❑	❑	S75 Moniliasi /candidosi della pelle	❑	❑	❑	S94 Unghia incarnita
❑	❑	S76 Altra malattia infettiva della pelle	❑	❑	❑	S97 Ulcera cutanea cronica
❑	❑	S77 Neoplasia maligna della pelle	❑	❑	❑	S98 Orticaria
❑	❑	S80 Cheratosi attinica /eritema solare	❑	❑	❑	S99 Altra malattia della pelle

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	T08 Perdita di peso	❑	❑	❑	T86 Ipotiroidismo/mixedema
❑	❑	❑	T11 Disidratazione	❑	❑	❑	T87 Ipoglicemia
❑	❑	❑	T71 Neoplasia maligna della tiroide	❑	❑	❑	T90 Diabete non-insulino dipendente
❑	❑	❑	T73 Neoplasia endocrina di altra/incerta natura	❑	❑	❑	T91 Carenza vitaminica/nutrizionale
❑	❑	❑	T82 Obesità	❑	❑	❑	T92 Gotta
❑	❑	❑	T83 Sovrappeso	❑	❑	❑	T93 Dislipidemia
❑	❑	❑	T85 Ipertiroidismo/tireotossicosi	❑	❑	❑	T99 Altro dist. endocrino/metabolico/nutriz.

SISTEMA URINARIO

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	U04 Incontinenza urinaria	❑	❑	❑	U79 Neoplasia indeterminata del tratto urinario
❑	❑	❑	U70 Pielonefrite/pielite	❑	❑	❑	U85 Anomalia congenita delle vie urinarie
❑	❑	❑	U71 Cistite/altra infezione urinaria	❑	❑	❑	U88 Glomerulonefrite /sindrome nefrosica
❑	❑	❑	U75 Neoplasia maligna del rene	❑	❑	❑	U95 Calcolosi urinaria
❑	❑	❑	U76 Neoplasia maligna della vescica	❑	❑	❑	U99 Altra malattia urinaria

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	X75 Neoplasia maligna del collo dell'utero	❑	❑	❑	X84 Vaginite/vulvite NAC
❑	❑	❑	X76 Neoplasia maligna della mammella donna	❑	❑	❑	X87 Prolasso utero-vaginale
❑	❑	❑	X77 Altra neoplasia maligna genitale donna	❑	❑	❑	X99 Altra malattia genitale nella donna
❑	❑	❑	X81 Neopl. genitale altra/incerta natura donna				

SISTEMA GENITALE MASCHILE

P	C	A		P	C	A	
❑	❑	❑	Y74 Orchite /epididimite	❑	❑	❑	Y78 Altra neoplasia maligna genitale nell'uomo
❑	❑	❑	Y77 Neoplasia maligna della prostata	❑	❑	❑	Y99 Altra malatt. genitale uomo (incl. Mammella

CURE PALLIATIVE	Si	No

caso affermativo, indicare di seguito i segni / sintomi

❑	Codice	Descrizione	❑	Codice	Descrizione
❑	6989	Affezioni pruriginose non specificate	❑	3383	Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)
❑	78002	Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza	❑	7295	Dolore degli arti
❑	78829	Altra e specificata ritenzione urinaria	❑	7827	Ecchimosi spontanee
❑	78839	Altra incontinenza urinaria	❑	7823	Edema
❑	56409	Altra stipsi	❑	5780	Ematemesi
❑	78009	Altre alterazioni della coscienza	❑	5693	Emorragia del retto e dell'ano
❑	78609	Altre dispnee e anomalie respiratorie	❑	4590	Emorragia, non specificata
❑	78659	Altro dolore toracico	❑	7863	Emottisi
❑	56039	Altro intasamento dell'intestino	❑	7876	Incontinenza fecale
❑	78079	Altro malessere ed affaticamento	❑	78052	Insonnia, non specificata
❑	7830	Anoressia	❑	7808	Iperidrosi generalizzata
❑	7895	Ascite	❑	7824	Ittero non specificato, non del neonato
❑	7994	Cachessia	❑	5781	Melena e rettorragia
❑	7840	Cefalea	❑	7810	Movimenti involontari anormali
❑	7231	Cervicalgia	❑	78701	Nausea con vomito
❑	7825	cianosi	❑	78702	Nausea solo
❑	78001	Coma	❑	7885	Oliguria ed anuria
❑	2930	Delirium da manifestazioni classificate altrove	❑	7241	Rachialgia dorsale
❑	78791	diarrea	❑	7868	Singhiozzo
❑	7833	Difficoltà dell'alimentazione ed errori nella somm. alimenti	❑	30000	Stato ansioso non specificato
❑	78321	dimagrimento	❑	7804	Stordimento e capogiro
❑	7872	Disfagia	❑	7862	Tosse
❑	5368	Dispepsia e altri disturbi specificati della funzione gastrica	❑	V667	Trattamento per cure palliative
❑	78050	Disturbi del sonno non specificati	❑	70709	Ulcerazione da decubito di altro sito
❑	5277	Disturbi della secrezione salivare	❑	78703	Vomito solo
❑	7820	Disturbi della sensibilità cutanea	❑	7295	Dolore degli arti
❑	3004	Disturbi distimico	❑	7827	Ecchimosi spontanee
❑	78096	Dolenzia generalizzata	❑	7823	Edema
❑	78909	Dolore addominale di altre sedi specificate	❑	Altro	

* Utilizzo strumento identificazione bisogno presente in Cartella / Fascicolo	❑ Si	❑ No
* Utilizzo strumento valutazione multidimensionale presente in Cartella / Fascicolo	❑ Si	❑ No

* Specificare:

Compilatore	Data
Qualifica Professionale	Firma

APPENDICE

Parte riservata ai pazienti in condizione di gravissima disabilità e non autosufficienza -Art. 3 del DM FNA 26/09/2016

A cura del Medico nella disciplina specialistica afferente _____

Paziente in condizione di gravissima disabilità e non autosufficienza Se **Si** procedere con l'applicazione delle Scale di valutazione	**Si**	**No**

SCALE DI VALUTAZIONE	**Punteggio di gravità**
a) Paziente in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) - Punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) < = 10	**GCS** ……
b) Paziente dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (h24/7gg) - Ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa h24 / 7gg.	**h**……. / ……**gg**.
c) Paziente con grave o gravissimo stato di Demenza - Punteggio nella scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) > = 4	**CDRS** ……
d) Paziente con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura – Livello delle lesioni, anche asimmetrici ambedue le lateralità, sulla scala ASLA Impairment Scale (AIS) di grado A o B.	**AIS grado** ……
e) Paziente con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare - Bilancio muscolare complessivo = < 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) = > 9 o in stadio 5 nella scala di disabilità di Hoehn e Yahr mod (HY)	**MRC** …… **EDSS** …… **HY stadio** ……
f) Persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore - Minorazione visiva e ipoacusia	**Residuo visivo** …… **Residuo uditivo** ……
g) Paziente con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 - Livello 3 della classificazione del DSM-5	**DSM-5 livello** ……
h) Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo - DSM-5 con QI < = 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound / Severe Mental Retardation (LAPMER) < = 8	**QI** …… **LAPMER** ……
i) Ogni altro paziente in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche. Dipendenza vitale h24 / 7gg. in almeno uno dei domini tra a) Motricità e b) Stato di coscienza ed almeno uno dei domini tra c) Respirazione e d) Nutrizione	**Dominio** …… **Dominio** ……

Compilatore	Data
Qualifica Professionale	Firma

ALLEGATO 6 Relazione clinica

Di seguito un format esplicativo sui campi necessari ai fini di una valutazione congrua ed appropriata per la presa in carico del paziente in assistenza territoriale.

Diagnosi Clinica: Fare clic qui per immettere testo.

Patologie correlate: Fare clic qui per immettere testo.

Terapia in atto: Fare clic qui per immettere testo.

Esami di laboratorio alterati e ritenuti rilevanti: Fare clic qui per immettere testo.

T.A.C. effettuata: no ☐ si ☐ se si trascrivere il referto: Fare clic qui per immettere testo.

R.M. effettuata: no ☐ si ☐ se si trascrivere il referto: Fare clic qui per immettere testo.

Rx effettuata: no ☐ si ☐ se si trascrivere il referto: Fare clic qui per immettere testo.

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

Paziente collaborativo? si ☐ no ☐

Percezione della realtà: ☐ confuso ☐ vigile ☐ disorientato

Respirazione: ☐ normale ☐ ossigeno ☐ ventilazione assistita ☐ altro Fare clic qui per immettere testo.

Alimentazione ☐ normale ☐ S.N.G. ☐ N.P.T. ☐ altro _____

Continenza fecale: si ☐ no ☐

Eliminazione intestinale: ☐ normale ☐ stipsi ☐ diarrea ☐ incontinenza ☐ stomia tipo_____ _____

Portatore di stomia: no ☐ si ☐ **modello e misura** Fare clic qui per immettere testo.

Continenza urinaria: si ☐ no ☐

Eliminazione urinaria: ☐ normale ☐ incontinenza ☐ guaina esterna ☐ pannolone ☐ catetere vescicale; tipo_____ calibro ____ sostituito il _____ ☐ stomia tipo_____ frequenza di gestione _____

Mobilizzazione: ☐ attiva fuori dal letto ☐ attiva fuori dal letto con ausili
☐ Attiva nel letto ☐ completamente passiva

Riposo e sonno: ☐ normale ☐ patologico _____

Vestirsi e spogliarsi: ☐ autosufficiente ☐ non autosufficiente

Igiene personale: ☐ autosufficiente ☐ non autosufficiente; aiuto da parte di _____

Comunicazione: ☐ mantenuta ☐ compromessa _____

Lesioni cutanee: ☐ no ☐ sì, tipo _____

Sede_____ grado Fare clic qui per immettere testo.medicazioni con Fare clic qui per immettere testo._____

Necessita di: ☐ presidi sanitari _____ richiesti ☐ sì ☐ no

☐ Ausili sanitari _____ richiesti ☐ sì ☐ no

Medicazioni richieste: ☐ tipo Fare clic qui per immettere testo.
Frequenza delle medicazioni: Fare clic qui per immettere testo.

Terapia del dolore: ☐ farmaci Fare clic qui per immettere testo.posologia Fare clic qui per immettere testo. Via di somministrazione Fare clic qui per immettere testo.

È portatore di C.V.C.: ☐ sì ☐ no tipo**:** _____ medicazioni come da protocollo: ☐ sì ☐ no
Se no, con quali prodotti e frequenza**:** _____

Il paziente è a conoscenza della propria patologia? sì ☐ no ☐

Paziente terminale con necessità di cure palliative sì ☐ no ☐ **- Se si:**

- **Indice di Karnofsky:** Fare clic qui per immettere testo.
- **Scala numerica di valutazione del dolore 1☐ 2☐ 3 ☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐**

Al Paziente sono stati consegnati i seguenti farmaci per un uso previsto nei prossimi 5 giorni: no ☐ ; sì ☐
Farmaco n. 1: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.
Farmaco n. 2: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.
Farmaco n. 3: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.
Farmaco n. 4: Fare clic qui per immettere testo. Posologia: Fare clic qui per immettere testo.

A parere del Medico del Reparto, si assevera che il trattamento deve essere continuato per altri Fare clic qui per immettere testo. **giorni.**

Data prevista per la dimissione protetta: Fare clic qui per immettere una data.
(Non è autorizzata la dimissione protetta nel giorno del venerdì, nei festivi e nei prefestivi)

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono:Fare clic qui per immettere testo.

Operatore ospedaliero di riferimento: e-mail: Fare clic qui per immettere testo.

Data Fare clic qui per immettere una data._____ Il Medico
_____

Note aggiuntive e osservazioni del medico del reparto: Fare clic qui per immettere testo.

ALLEGATO 7 Lettera di Dimissione

Di seguito un format esplicativo sui campi necessari ai fini di una valutazione congrua ed appropriata per la presa in carico del paziente in assistenza territoriale.

N. B. I campi sottoelencati sono quelli previsti in CCE

Data di dimissione
Motivo del ricovero
Inquadramento clinico
Anamnesi
Esame Obiettivo
Terapia domiciliare all'ingresso
Decorso ospedaliero
Esami ematochimici
Esami strumentali
Terapia effettuate in corso di ricovero
Procedure ed interventi
Condizione e diagnosi del paziente alla dimissione
Terapia farmacologica alla dimissione
Istruzioni di follow up (cosa fare, quando farlo e come)
Diagnosi testuale

ALLEGATO 8 NECPAL CCOMS-ICO©

(**Nec**esidades **Pal**iativas - Bisogni di Cure Palliative)

NOME UTENTE:	**DATA NASCITA:**
COMPILATORE:	**ENTITA':**
DATA DI COMPILAZIONE:	

1. LA DOMANDA SORPRENDENTE - Una domanda intuitiva che considera in modo integrato comorbidità, aspetti sociali e altri fattori.		
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	**NO**	si
2. SCELTA/RICHIESTA O BISOGNO [A] - esaminare se alcune risposte alle seguenti domande sono affermative.		
Scelta/Richiesta: - Il paziente con malattia in fase avanzata o il suo principale caregiver hanno richiesto un approccio palliativo, in modo esplicito o implicito? - Propongono una limitazione o rifiutano trattamenti specifici con finalità curative?	**SI**	no
Bisogni : Ritieni che questo paziente richieda in questo momento cure palliative o un trattamento con approccio palliativo?	**SI**	no
3. INDICATORI CLINICI GENERALI DI GRAVITA' E PROGRESSIONE- valuta l'eventuale presenza dei seguenti criteri di gravità e fragilità estrema.		
Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli **ultimi 6 mesi**: - **Severità** : albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti **Progressione**: perdita di peso > 10% - **Percezione clinica** di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	**SI**	no
Marcatori funzionali, almeno uno dei seguenti, negli **ultimi 6 mesi**: - **Severità:** dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) - **Progressione**: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico - **Percezione clinica** di un deterioramento funzionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti	**SI**	no
Altri marcatori di severità e fragilità estrema, almeno 2 dei seguenti negli **ultimi 6 mesi**: - Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) - Infezioni ricorrenti (>1) - Stato confusionale acuto (delirium) - Disfagia persistente - Cadute (>2)	**SI**	no
Presenza di **stress emotivo** con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	**SI**	no
Ulteriori fattori di utilizzo di risorse. Una qualsiasi delle seguenti: - 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno - Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che a domicilio	**SI**	no
Comorbidità ≥ 2 patologie concomitanti	**SI**	no
4. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE PER PATOLOGIA - esplora la presenza di criteri oggettivi di prognosi infausta per le seguenti patologie:		

Cancro (è sufficiente la presenza di **un criterio**)	**SI**	no
- Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi di organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare) - Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) - Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico		

A Nel contesto mediterraneo/latino, dove l'autonomia del malato è meno manifesta che in quello anglosassone/nord europeo, è frequente che la famiglia e/o i membri dell'équipe possano richiedere una rimodulazione/sospensione delle terapie attive e/o misure palliative

MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di **due o più** dei seguenti criteri	**SI**	no

- Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia - Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato - Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%. - Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa: presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso Insufficienza cardiaca sintomatica - Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)

MALATTIE CARDIACHE (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)	**SI**	no
- Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile Dispnea a riposo o per sforzi minimi. - Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato - In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg) - Insufficienza renale (FG <30%) - Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (> 3 nell'ultimo anno)		

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (1) Stroke (richiede la presenza di **un solo criterio**)	**SI**	no
- Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni - Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1) , febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo antibioticoterapia per più di 7 giorni), lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke		

MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (2): SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza **di due o più** dei seguenti criteri)	**SI**	no
- Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale - Sintomi complessi e di difficile controllo - Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare Disfagia progressiva - Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria		

MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di **un solo criterio**)	**SI**	no
- Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale) - MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS - Carcinoma epatocellulare presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)		

MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di **un solo criterio**)	**SI**	no
Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati		

DEMENZA (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)	**SI**	no
- Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata , 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7 - **G**lobal **D**eterioration **S**cale/**F**unction **A**ssesment **S**taging **T**est) - Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale. - Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, setticemia,etc. che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)		

INTERPRETAZIONE RISULTATI NECPAL

L'interpretazione dei risultati dello strumento NECPAL CCOMS-ICO si basa sulla combinazione di fattori clinici, prognostici e soggettivi per stabilire se un paziente con una malattia cronica avanzata ha bisogno di ricevere cure palliative (primarie o specialistiche).

A differenza di altre scale, il NECPAL non fornisce un punteggio numerico rigido legato a una specifica aspettativa di vita (es. giorni o mesi), ma **serve a identificare precocemente la positività del paziente a un percorso di cure palliative e di pianificazione condivisa delle cure**.

I risultati si interpretano analizzando le 4 sezioni principali che compongono lo strumento:

1. **La Domanda Sorprendente** (Surprise Question - SQ)
   È il primo e principale filtro del test: "*Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?*".
   Risposta "NO": È il prerequisito fondamentale. Se il medico risponde "No" (ovvero, non si stupirebbe della morte del paziente entro l'anno), si procede con la valutazione degli altri criteri clinici.
   Risposta "SÌ": Lo screening viene generalmente considerato negativo e ci si ferma, salvo evidenti necessità sintomatiche immediate.

2. **Scelta / Richiesta o Bisogno**
   Si valuta se c'è una domanda esplicita o implicita di cure palliative da parte del paziente o del caregiver principale, oppure se è stata espressa la volontà di limitare/rifiutare trattamenti terapeutici aggressivi. La presenza di questa richiesta indirizza fortemente verso la positività dello screening.

3. **Indicatori Clinici Generali di Progressione**
   Si valuta lo stato di progressivo declino clinico negli ultimi 6 mesi. Si analizzano parametri quali:
   Declino nutrizionale: Perdita di peso severa (>10% del peso corporeo) o albumina bassa (<2.5 g/dl).
   Declino funzionale: Calo significativo dell'autonomia nelle attività quotidiane.
   Multimorbilità: Presenza di 2 o più comorbilità significative.
   Uso di risorse: Almeno 2 o più accessi urgenti o ricoveri ospedalieri non pianificati nell'ultimo anno.

4. **Indicatori Specifici per Patologia**
   Il test analizza se il paziente risponde a criteri di gravità estrema per la sua specifica malattia di base. Lo strumento include schede dedicate per:
   Patologie oncologiche: Cancro metastatico, scarsa risposta alle terapie o ridotto performance status.
   Patologie non oncologiche: Criteri di stadio terminale o insufficienza avanzata per BPCO/insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco grave (NYHA III o IV), malattie neurologiche (es. SLA, Alzheimer/Demenza avanzata, Parkinson), insufficienza epatica o renale cronica grave.

Cosa significa essere "NECPAL Positivo"?
Il paziente viene identificato come "NECPAL positivo" quando la risposta alla Domanda Sorprendente è "NO" e a questa si somma almeno un altro indicatore positivo (generale, specifico o una richiesta esplicita)
Alcuni protocolli locali o software, richiedono la presenza di almeno 2 criteri clinici (ad es. Pallkit).

L'interpretazione clinica di una positività implica che:

- Il paziente ha bisogni complessi di cure palliative che vanno oltre i trattamenti curativi standard.
- È necessario attivare immediatamente un approccio palliativo integrato per il controllo del dolore e dei sintomi, il supporto psicologico e il coinvolgimento attivo della famiglia nelle decisioni assistenziali.

- **Area Socio-Sanitaria ASL BA**:

  Email segreteria: area.sociosanitaria@asl.bari.it
  Pec segreteria: servsociosanitari.aslbari@pec.rupar.puglia.it
  080/5842559
  Ufficio Servizio Sociale Professionale
  080 5842674
  080 5842270
  080/5842281

- **UOC Cure Palliative ASL BARI**:

  Hospice MONOPOLI: 080.584.9446 – 080.584.9448

  Hospice GRUMO APPULA: 080.584.8162

Inserimento dell'assistito in strutture RSA-HOSPICE ubicate in altre ASL della Regione – "NULLAOSTA"

L'inserimento richiesto dall'assistito, dalla sua famiglia o tutore/curatore, AdS, in strutture ubicate in Distretti di altre ASL della Regione Puglia, va disposto solo previa adeguata e congruente motivazione valutata dal Direttore del DSS inviante. L'inserimento potrà avvenire solo in strutture contrattualizzate con la ASL in cui sono ubicate le strutture individuate e previo nulla osta da richiedere all'Area Servizio Sociosanitario della ASL Bari, che definisce i protocolli di invio con le altre ASL della Regione Puglia.
L'Area SSS della ASL Bari è sollevata da responsabilità contabili nel caso di invii che non rispettino tale procedura.
La procedura riguarda:
a) Richieste che provengono da DSS della Asl Bari (in uscita – con relativa richiesta di nullaosta);
b) Richieste che provengono da altre Asl della Regione (in entrata – con relativa concessione di nullaosta).
Tale procedura è applicata alle DOP RSA ed alle DOP Hospice.

ALLEGATO 10 — Richiesta di Validazione/Autorizzazione alla Spesa (DPO)

Modulo di richiesta di validazione/autorizzazione alla spesa per l'inserimento dell'assistito su posti di estensiva in RSA (DGR 961/2025 — Circolare regionale prot. 104261 del 26/02/2026)

Presidio Ospedaliero
Azienda Ospedaliera Universitaria
Presidi Ospedalieri Privati Accreditati

Al Direttore
Area Servizio Sociosanitario ASL Bari
dott.ssa A. Ilaria Zingaro

All' Uff. Servizio Sociale Professionale
Responsabile
dott.ssa Cinzia Mongelli

OGGETTO: DPO (DGR 961/2025 "Procedure operative per Dimissione Protetta Ospedaliera nelle RSA" Circolare regionale prot. 104261 del 26/02/2026" Inserimento assistiti su posti di estensiva in RSA per soggetti non autosufficienti di cui al Regolamento Regionale n.4 del 2019 ").

Richiesta di VALIDAZIONE/AUTORIZZAZIONE ALLA SPESA

❖ **PAZIENTE** _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____n. _____

Data ISTANZA _____ Data UVM _____

❖ **CAREGIVER** _____ Familiare / ADS / Tutore (specificare) _____

Tel. / Cell_____ Mail / PEC _____

❖ **DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA / ASSISTITA (specificare UO di degenza)**

(specificare) _____

Tel. / Cell_____ Mail / PEC _____

❖ **BREVE DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICA SOCIO-SANITARIA**:

- *Il Responsabile dell'Unità operativa ospedaliera che dimette il paziente effettua la valutazione del rischio di instabilità clinica mediante utilizzo di scale di valutazione appropriate approvate dalla comunità scientifica. La prescrizione deve essere firmata e timbrata dal Responsabile dell'Unità operativa ospedaliera che la rilascia sotto la propria personale responsabilità. La prescrizione deve espressamente indicare* ***che "il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di cure estensive in RSA non autosufficienti. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale e, vista la situazione clinica, non può al momento essere avviato alle cure domiciliari."***
- ***Tale prescrizione, dovrà essere protocollata e inoltrata all'Area Sociosanitaria che si occupa del monitoraggio dei pazienti, della gestione della relativa lista d'attesa e dei rapporti con le strutture contrattualizzate.***

_____

_____

_____

❖ **SETTING ASSISTENZIALE INDIVIDUATO**:

❑ **ART. 2 - Reg. Reg. n. 4 / 2019**	❑ RSA estensiva	❑ Tipo A	❑ Tipo B

N.B. Allegare documentazione (modulo richiesta DPO e prescrizione)

Il Direttore U.O.

ALLEGATO 11 — Scala NEWS2 (National Early Warning Score 2)

Valutazione della stabilità clinica del paziente ai fini della dimissione ospedaliera protetta

1. Scopo e ambito di applicazione

Il presente allegato definisce lo strumento validato di riferimento per la valutazione della stabilità clinica dei pazienti ricoverati candidati alla dimissione protetta, in coerenza con la presente procedura aziendale e con i percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio (ADI, RSA, Hospice, cure intermedie).
Lo strumento adottato è il NEWS2 (National Early Warning Score 2), scala validata a livello internazionale dal Royal College of Physicians (Regno Unito) per il rilevamento precoce del deterioramento clinico. Il NEWS2 va utilizzato congiuntamente alla scala BRASS (Allegato 1), finalizzata all'identificazione precoce dei pazienti a rischio di dimissione complessa, e all'Indice di Intensità Assistenziale (IDA), per la valutazione della complessità assistenziale residua.

2. Parametri fisiologici e attribuzione del punteggio

Il punteggio NEWS2 si ottiene sommando i punti attribuiti a ciascuno dei seguenti 7 parametri, rilevati al momento della valutazione:

Parametro fisiologico	3 pt	2 pt	1 pt	0 pt	1 pt	2 pt	3 pt
Frequenza respiratoria (atti/min)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO2 Scala 1 (%) (non a rischio di ipercapnia)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO2 Scala 2 (%) (a rischio di ipercapnia, target 88–92%)	≤83	84–85	86–87	88–92 (o ≥93 con O2)	93–94 aria	95–96 aria	≥97 aria
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Frequenza cardiaca (bpm)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Livello di coscienza (AVPU)				Vigile (A)			Confusione di nuova insorgenza / V / P / U

Nota: la Scala 2 per la SpO2 va utilizzata esclusivamente nei pazienti con nota insufficienza respiratoria ipercapnica (es. BPCO severa) e target di saturazione prescritto (88–92%); in tutti gli altri casi si utilizza la Scala 1.

3. Interpretazione del punteggio totale

Punteggio NEWS2	Interpretazione clinica
0 punti totali	Rischio basso — monitoraggio secondo routine di reparto.
1–4 punti (nessun singolo parametro = 3)	Rischio basso-medio — monitoraggio almeno ogni 4–6 ore. Soglia compatibile con stabilità clinica ai fini della dimissione protetta se mantenuta per almeno 72 ore.
3 punti in un singolo parametro	Rischio medio — richiede rivalutazione clinica ravvicinata anche se il totale è basso; non compatibile con i criteri di stabilità per la dimissione protetta.
5–6 punti	Rischio medio-alto — risposta clinica urgente, rivalutazione medica.
≥7 punti	Rischio alto — risposta clinica di emergenza, valutazione da parte di team esperto/competenze di terapia intensiva.

4. Criteri di stabilità clinica per l'attivazione della dimissione protetta

La dimissione protetta può essere attivata quando risultano contemporaneamente soddisfatti i seguenti criteri:

Criterio	Requisito per l'attivazione della dimissione protetta
Punteggio NEWS2	1–4, mantenuto da almeno 72 ore, senza alcun parametro singolo = 3
Percorso diagnostico	Completato
Programma terapeutico	Definito e stabilizzato
Prognosi	Attesa di risoluzione del problema principale entro 30 giorni
Piano assistenziale post-dimissione	Predisposto prima della dimissione (ADI, RSA, Hospice, cure intermedie)
Consenso informato del paziente/caregiver	Acquisito

5. Modalità operative

- La rilevazione dei parametri e il calcolo del punteggio NEWS2 competono al personale infermieristico del reparto, secondo la frequenza di monitoraggio stabilita dal punteggio stesso.
- Il punteggio va riportato in cartella clinica/infermieristica ad ogni rilevazione, con indicazione di data e ora.
- In presenza di un valore singolo pari a 3, anche con punteggio totale basso, è richiesta rivalutazione medica prima di procedere con l'iter di dimissione protetta.
- La stabilità richiesta ai fini della dimissione protetta (NEWS2 1–4, nessun parametro singolo = 3) deve essere documentata come mantenuta per almeno 72 ore consecutive.
- La compilazione della scheda di segnalazione per dimissione protetta e l'attivazione dell'Ufficio/Équipe territoriale competente avvengono solo a seguito del raggiungimento dei criteri di cui al punto 4.

6. Riferimenti

- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2 — Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.
- Linee di indirizzo regionali per il percorso unificato di dimissione protetta (Scale BRASS, IDA, NEWS2/MEWS).
- Presente procedura aziendale per la gestione della Dimissione Ospedaliera Protetta (DOP).

PROFILI CONTABILI

☐ RILEVANTE, a valere su: ☒ NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

☐ SOGGETTA A PUBBLICAZIONE ☒ NON soggetta A PUBBLICAZIONE

ONERI DI RISERVATEZZA:

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare ☒ NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Abbinante Crescenza	*Firmato digitalmente il 28/10/2026 11:47*