

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità

(ai sensi delle D.G.R. 2068/2004 e D.G.R. 840/2008)

Approvato con delibera aziendale n. 509 del 14/08/2020

Sommario

Titolo 1 – Norme generali	3
Articolo 1 - Oggetto.....	3
Articolo 2- Destinatari degli interventi	3
Articolo 3 - Valutazione	3
Articolo 4 – Accesso alla rete dei servizi.....	3
Titolo 2 – Area Adulti	4
Articolo 5 – Target di riferimento.....	4
Articolo 6 – Criteri di entrata nella rete Gra.D.A.	4
Articolo 7 – Scale di valutazione	4
Articolo 8 – Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.	4
Titolo 3 – Area minori	5
Articolo 9 – Target di riferimento e criteri di entrata nella rete Gra.D.A.	5
Articolo 10 – Valutazione gravissima disabilità	5
Articolo 11 – Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.	5
Titolo 4 – Rete servizi territoriale	5
Articolo 12 - Finalità	5
Articolo 13 – Rete dei servizi territoriali	6
Titolo 5 – Percorso residenziale	6
Articolo 14 – Inserimento in strutture residenziali	6
Articolo 15 – Determinazione dello stato di gravità della persona	6
Articolo 16 – Formulazione graduatoria aziendale	6
Articolo 17 – Inserimento in struttura	7
Articolo 18 – Richiesta cambio struttura	8
Articolo 19 - Rinuncia al posto residenziale.....	8
Articolo 20 – Ricoveri di “sollevio temporaneo”	8
Articolo 21 – Criteri di esclusione	8
Allegato 1 - Area Adulti	10
Allegato 2 - : Accettazione inserimento in struttura di alta valenza socio-sanitaria	27
Allegato 3 - NON accettazione inserimento in struttura di alta valenza socio-sanitaria	28
Allegato 4 – Richiesta cambio struttura	29
Allegato 5 - RINUNCIA posto in struttura di alta valenza socio-sanitaria	30
Allegato 6 – Area Minori	31

Titolo 1 – Norme generali

Articolo 1 - Oggetto

1. Il presente regolamento definisce il percorso aziendale per:
 - a. la presa in carico territoriale e la successiva elaborazione dei progetti di vita e di cure di minori ed adulti con gravissima disabilità ai sensi delle DGR 2068/2004 e 840/2008;
 - b. l'elaborazione e la successiva gestione della graduatoria aziendale, limitatamente all'accesso nelle strutture residenziali della rete provinciale delle gravi disabilità acquisite approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (d'ora in poi "C.T.S.S.").

Articolo 2- Destinatari degli interventi

1. I destinatari degli interventi sono gli adulti con grave disabilità acquisita correlata alla patologia, come indicato nella DGR 2068/2004, "in prima approssimazione" ed i minori gravi disabili con elevato bisogno assistenziale, a prescindere dalla diagnosi, residenti nel territorio della provincia di Parma.

Articolo 3 - Valutazione

1. La valutazione viene effettuata dalle competenti Commissioni distrettuali Gra.D.A. (d'ora in poi "Commissioni") in seguito a richiesta espressa proveniente dalle strutture ospedaliere tramite le figure professionali dell'assistente sociale e/o del medico che ha in cura la persona attraverso il percorso delle dimissioni difficili/protette, oppure dal territorio tramite segnalazione dei servizi sociali, dei servizi sanitari territoriali, o servizi socio-assistenziali residenziali.
2. La Commissione è composta da membri fissi dell'area sociale (assistente sociale e altre figure con formazione specifica nel settore della grave disabilità) e dell'area sanitaria (medico fisiatra/neurologo, infermiere, fisioterapista, ecc. nominati dalle Direzioni distrettuali) e da membri variabili a seconda della tipologia dell'utente.
3. Il compito della Commissione è l'accertamento della condizione di "gravissima disabilità acquisita" secondo i criteri individuati dalle normative di settore (DGR 2068/2004 e 840/2008), seguendo il metodo della multidisciplinarietà ed utilizzando strumenti di valutazione multidimensionali omogenei che comprendono aspetti di natura sanitaria e sociale. La Commissione inoltre procede alla valutazione della eventuale rivedibilità della condizione di gravissima disabilità.
4. Il neuropsichiatra infantile, referente clinico del caso, concorre per quanto di competenza alla valutazione multidimensionale.

Articolo 4 – Accesso alla rete dei servizi

1. Per accedere alla rete dei servizi è necessario che:
 - a. le competenti Commissioni effettuino la valutazione della persona residente nel Distretto di riferimento come descritto nei successivi articoli;
 - b. il responsabile del caso, individuato sulla prevalenza dei bisogni, elabori il progetto di vita e di cure che deve presupporre una presa in carico complessiva della persona e dei suoi bisogni e lo presenti all'Unità di Valutazione Multidimensionale (d'ora in poi "U.V.M.") per la valutazione e la successiva validazione dell'accertamento e/o della revisione;
 - c. il responsabile del caso "accompagni" la persona alla rete dei servizi indicati nel progetto di vita e di cure.
2. In caso di trasferimento, ricovero ospedaliero e/o di ricovero di sollievo, decesso il familiare/legale rappresentante/altra persona ex art. 24, lett. e), D. Lgs 196/2003 deve dare tempestiva comunicazione al responsabile del caso che provvederà ad informare gli uffici competenti sulla base delle organizzazioni distrettuali.

Titolo 2 – Area Adulti

Articolo 5 – Target di riferimento

1. Per la fascia adulti il *target* di riferimento individuato dalla Regione Emilia Romagna è costituito da persone con gravissime cerebrolesioni o patologie affini, gravissime mielolesioni, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata, quali ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, ecc.
2. Non rientrano nelle definizioni di cui al comma precedente le persone affette da lesioni cerebrali degenerative (ad esempio Morbo di Alzheimer) così come disposto dalla normativa regionale di riferimento.
3. Ferma restando la necessità di rispettare le finalità ed i criteri di accesso della DGR 2068/2004, potrebbero essere incluse altre condizioni patologiche che comportano una gravissima disabilità. A tal fine deve essere redatta una certificazione clinica da parte del medico della Commissione che attesti i bisogni per i quali è richiesto un elevato impegno assistenziale.

Articolo 6 – Criteri di entrata nella rete Gra.D.A.

1. Criteri principali di entrata o di inclusione nella rete Gra.D.A. sono la diagnosi clinica unitamente alla valutazione del grado di dipendenza tramite il punteggio dell'Indice di Barthel modificato o SVAMA:
 - 0 -85** Esclusione dalla rete Gra.D.A.
 - 86-90** Accesso alla rete dei servizi della domiciliarità (assegni di cura, assistenza domiciliare, ricoveri di sollievo, ecc.)
 - 90** Accesso ai posti residenziali a “lungo termine”. Situazioni particolari ed eccezionali saranno oggetto di specifica valutazione certificata da parte della competente Commissione.

Articolo 7 – Scale di valutazione

1. Le Commissioni, per la valutazione della grave disabilità acquisita, per l'elaborazione del progetto di vita e di cure per l'accesso alla rete dei servizi e per le rivalutazioni successive, utilizzano la “Scheda per la Valutazione Multifunzionale dei pazienti con grave disabilità acquisita” [Allegato 1] unitamente all'Indice di Barthel modificato o SVAMA.
2. In base alla diagnosi clinica sono somministrate una o più scale tra quelle sottoelencate:
 - Levels of Cognitive Functioning (LCF) per la valutazione della coscienza e della comunicazione dopo il coma;
 - Indice di Braden per la valutazione del rischio di compromissione dell'integrità cutanea;
 - Supervision Rating Scale (SRS) per la valutazione del grado di supervisione che la persona richiede;
 - Numerical Rating Scale (NRS) e Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) per la valutazione del dolore;
 - una o più scale approvate con il DM 26/09/2016 articolo 3, in base alla patologia della persona.
3. La valutazione del soggetto Gra.D.A. può essere altresì integrata con l'utilizzo di ulteriori scale di valutazione (es. Scala ICF) e/o relazione sociale e/o con la valutazione di eventuale altro personale sanitario in base alla patologia, che evidenzia in modo approfondito problematiche individuali, familiari e di contesto.

Articolo 8 – Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.

1. In seguito a revisione da parte delle Commissioni, il venir meno della condizione indicata al precedente articolo 6, determina l'uscita dalla rete Gra.D.A.
2. Situazioni particolari ed eccezionali possono essere oggetto di specifica valutazione certificata da parte della competente Commissione distrettuale.

Titolo 3 – Area minori

Articolo 9 – Target di riferimento e criteri di entrata nella rete Gra.D.A.

1. Gli interventi previsti dalla DGR 2068/2004, ai sensi della DGR 840/2008 nella fascia di età 0-17 anni, devono essere assicurati anche in:
 - a. *presenza di deficit e situazioni funzionali completamente assimilabili a quelli già individuati con la DGR 2068/2004 insorti anche prima del diciottesimo anno di età, quali ad esempio mielolesioni, gravi cerebrolesioni e patologie neurologiche degenerative;*
 - b. *limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi deficit presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non poter seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi.*
2. Ai fini della valutazione della condizione Gra.D.A. deve esserci compresenza delle tre condizioni indicate alla lettera b. del precedente comma.
3. Al raggiungimento della maggiore età, permanendo le condizioni sanitarie previste dalle DGR 2068/2004 e 840/2008, deve essere garantita la continuità dell'erogazione dei benefici previsti dalla DGR 2068/2004.

Articolo 10 – Valutazione gravissima disabilità

1. Ai fini della valutazione di gravissima disabilità, è necessario acquisire dal genitore o dall'esercente la responsabilità genitoriale la documentazione sanitaria redatta da professionisti di una struttura pubblica, convenzionata o privata che dovrà essere visionata ed acquisita da uno specialista dell'Azienda USL di Parma.
2. Le Commissioni, per la valutazione di grave disabilità, per l'elaborazione del progetto di vita e di cure per l'accesso alla rete dei servizi e per le rivalutazioni successive, oltre alla documentazione sanitaria indicata al precedente comma, utilizzano la “*Scheda di valutazione multidimensionale di minori con gravissime disabilità (ex DGR 840/2008)*” [Allegato 6] unitamente alle seguenti scale in base alla diagnosi clinica funzionale del minore:
 - Indice di Barthel modificato per la valutazione della disabilità (a partire dai 10 anni);
 - Glasgow Coma Scale – Pediatric Glasgow Coma Scale;
 - PAINAD, Wong-Backer, Scala Numerica VAS per la valutazione del dolore (in base all'età del minore);
 - una o più scale approvate con il DM 26/09/2016 articolo 3, in base alla patologia del minore.
3. Per la valutazione del minore la Commissione distrettuale potrà acquisire il PAI ed eventuale ACCAPED - redatti ai sensi della DGR 837/2019 dall'équipe multidisciplinare sul caso - e potrà essere altresì integrata con l'utilizzo di ulteriori scale di valutazione e/o con la relazione sociale e/o con la valutazione di eventuale altro personale sanitario, in base alla patologia del minore, che evidenzia in modo approfondito problematiche individuali, familiari e di contesto.

Articolo 11 – Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.

1. In seguito a revisione da parte delle Commissioni, il venir meno di una delle condizioni indicate ai precedenti articoli 9 e 10, determina l'uscita dalla rete Gra.D.A.

Titolo 4 – Rete servizi territoriale

Articolo 12 - Finalità

1. La finalità della rete dei servizi territoriali è potenziare le opportunità di permanenza della persona nel proprio contesto di vita.

2. I servizi territoriali garantiscono assistenza diretta alla persona e sono erogati con modalità e caratteristiche in relazione ai bisogni valutati ed ai contesti locali.

Articolo 13 – Rete dei servizi territoriali

1. Rientrano nella rete dei servizi territoriali:
 - a. l'assistenza domiciliare sociale ed educativa erogata dai Comuni di residenza e/o Enti da essi delegati secondo i criteri stabiliti nei singoli regolamenti;
 - b. l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.);
 - c. l'assegno di cura secondo le indicazioni approvate in ambito regionale;
 - d. il centro diurno con progetti individualizzati;
 - e. i ricoveri di sollievo presso strutture residenziali ubicate in ambito provinciale.
2. L'accesso alla rete dei servizi è subordinato all'elaborazione del progetto di vita e di cure da parte del responsabile del caso, all'accettazione dello stesso progetto da parte della persona o del suo legale rappresentante, o di altra persona ai sensi dell'art. 24, lett. e) D. Lgs. 196/2013, nonché alla successiva approvazione in capo alle U.V.M. distrettuali.

Titolo 5 – Percorso residenziale

Articolo 14 – Inserimento in strutture residenziali

1. Le soluzioni residenziali per gli adulti possono essere attivate per motivazioni di ordine sanitario e sociale nei seguenti casi:
 - a. conferma diagnostica dei requisiti clinici che definiscono la condizione di gravissima disabilità acquisita;
 - b. al termine del percorso riabilitativo intensivo, alla stabilizzazione del quadro clinico-funzionale e qualora non sussistano condizioni cliniche suscettibili di miglioramento (per le cerebrolesioni acquisite dopo almeno 6-12 mesi dall'evento acuto);
 - c. impossibilità del rientro a domicilio a causa di condizioni assistenziali non gestibili in ambito domiciliare; inadeguatezza della situazione ambientale/abitativa ed economica della famiglia della persona e/o carenza di rete familiare;
 - d. accoglienza in modalità transitoria in relazione a due obiettivi principali:
 - i. monitoraggio del quadro neurologico in soggetti accolti al proprio domicilio che necessitano di definizione del progetto clinico/assistenziale;
 - ii. come "sollievo" transitorio per la famiglia.
2. Le strutture residenziali non rappresentano una alternativa al corretto percorso riabilitativo e pertanto l'inserimento nelle stesse non può sostituire interventi di riabilitazione intensiva e/o estensiva.
3. L'accesso alle strutture residenziali non prevede l'inserimento di minori, salvo situazioni eccezionali per le quali è necessaria l'elaborazione di specifico progetto individualizzato.

Articolo 15 – Determinazione dello stato di gravità della persona

1. Le Commissioni determinano, in base alle singole situazioni da esaminare, il setting assistenziale della persona.
2. Le voci ed i punteggi sono desumibili dalla scheda [*Allegato 1*] che le Commissioni utilizzano nella fase di valutazione della persona.
3. Le Commissioni garantiscono un monitoraggio delle persone tramite revisione.

Articolo 16 – Formulazione graduatoria aziendale

1. L'obiettivo principale è rispondere ai bisogni di tutti i soggetti che entrano nella rete Gra.D.A.: tuttavia, considerato che non è sempre possibile riuscire a reperire in tempi brevi

un posto residenziale in strutture ad alta valenza socio-sanitaria, si rende necessario formulare una graduatoria.

2. I tempi di accesso sono influenzati dal numero di persone in graduatoria e dal turn over.
3. Le Commissioni, mediante la compilazione della scheda riepilogativa di attribuzione del punteggio per l'ingresso in struttura, assegnano un valore complessivo ad ogni singola persona.
4. Una volta effettuata la valutazione, le Commissioni inviano alla Direzione Attività Socio Sanitarie (d'ora in poi "D.A.S.S.") per via telematica la "*Scheda di valutazione multifunzionale di persona con grave disabilità acquisita - Area Adulti*" comprensiva della scheda di attribuzione del punteggio e della richiesta della persona/legale rappresentante/altra persona ex art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003, di inserimento del nominativo nella graduatoria aziendale.
5. In caso di parità di punteggio farà fede l'ordine cronologico della segnalazione da parte delle Commissioni.
6. È compito della D.A.S.S. inoltrare per via telematica la graduatoria aggiornata ai referenti delle Commissioni ed ai Direttori di Distretto.
7. La D.A.S.S. provvede ad aggiornare la graduatoria aziendale ogniqualvolta le Commissioni inviano la documentazione di cui al precedente punto 4.

Articolo 17 – Inserimento in struttura

1. Gli inserimenti nelle strutture i cui posti sono stati approvati in fase di programmazione dalla C.T.S.S., vengono gestiti dalla D.A.S.S.
2. Ogniqualvolta si libera un posto per gravi disabilità acquisite in una struttura della rete, il coordinatore della struttura residenziale deve comunicare tempestivamente l'evento alla D.A.S.S, che provvede così ad inviare al coordinatore della struttura ed alla Direzione della stessa la scheda aggiornata della valutazione multifunzionale della prima persona nella graduatoria aziendale. Tutte le comunicazioni avvengono per via telematica.
3. Il coordinatore della struttura, in accordo con il referente della Commissione, contatta la persona prima in graduatoria/legale rappresentante/altra persona ex art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003, al fine di verificare la disponibilità ad accettare la soluzione residenziale proposta acquisendo contestualmente modulo di accettazione debitamente sottoscritto [*Allegato 2*]. Nei casi in cui il posto libero sia in una stanza a due posti letto il gestore della struttura può richiedere, tramite la Direzione distrettuale, l'intervento della Commissione per valutare l'opportunità dell'inserimento (DGR 514/2009 e smi, allegato DD, punto 4.1).
4. Nel caso in cui la proposta di inserimento in struttura venga accolta, il coordinatore della struttura ne dà comunicazione alla D.A.S.S., per via telematica, che procede ad informare i Responsabili del Distretto di residenza della persona per i necessari adempimenti amministrativi.
5. La persona/legale rappresentante/altra persona ex art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003, che non accetta l'inserimento nella struttura proposta, dovrà compilare e sottoscrivere apposito modulo [*Allegato 3*] che dovrà essere trasmesso dal Responsabile del caso o dal Referente della Commissione distrettuale alla D.A.S.S. che provvederà a farlo protocollare e successivamente ad inviarlo al Direttore di Distretto, al referente della Commissione distrettuale ed al coordinatore della struttura. Il nominativo del soggetto non sarà escluso dalla graduatoria ma slitterà all'ultimo posto. Tutte le comunicazioni avvengono per via telematica.
6. Qualora si verificano le condizioni di cui al precedente comma 5, la D.A.S.S., per via telematica, provvede ad inoltrare al coordinatore della struttura la scheda della persona che segue in graduatoria.

7. I posti residenziali che non rientrano nella programmazione provinciale approvata dalla C.T.S.S. sono gestiti direttamente dai singoli Distretti, in sinergia con le Commissioni, che provvedono all'espletamento delle procedure operative e degli atti amministrativi necessari a garantire l'ingresso degli ospiti, ripetendo quanto riportato ai precedenti commi 3, 4 e 5.

Articolo 18 – Richiesta cambio struttura

1. In caso di necessità/bisogno è possibile presentare alla Commissione richiesta di cambio struttura per avvicinamento alla residenza del caregiver.
2. La richiesta viene formalizzata attraverso la compilazione di apposito modulo [*Allegato 4*] e documentata con relazione del responsabile del caso: tutta la documentazione deve essere inoltrata alla D.A.S.S.
3. Nella graduatoria provinciale, in apposita sezione, sarà inserito il nominativo del soggetto per il quale è stato richiesto il cambio struttura.
4. Il trasferimento da una struttura ad un'altra sarà valutato in base alla disponibilità dei posti e all'intensità dei bisogni assistenziali.
5. La procedura di trasferimento avviene secondo la modalità descritta al precedente articolo 18.

Articolo 19 - Rinuncia al posto residenziale

1. Nel caso in cui la persona già inserita su un posto di alta valenza socio-sanitaria intenda rinunciare allo stesso deve compilare l'*Allegato 5* sottoscritto dall'interessato/legale rappresentante/altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs. 196/2003.
2. Il Responsabile del caso o il referente della Commissione distrettuale deve inoltrare l'*Allegato* alla D.A.S.S. che provvederà a farlo protocollare e successivamente inviarlo alla struttura residenziale ed alla Direzione del Distretto di residenza della persona.
3. La rinuncia al posto comporta il rinnovo della richiesta di inserimento in struttura.

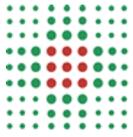
Articolo 20 – Ricoveri di “solievo temporaneo”

1. Il ricovero di sollievo è un ricovero temporaneo tendenzialmente programmato dopo passaggio in U.V.M.: è gestito direttamente dai Distretti di residenza ed è rivolto a coloro che vengono assistiti al proprio domicilio.
2. Scopi del ricovero di sollievo sono:
 - a. garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere il proprio congiunto a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo;
 - b. impossibilità per un periodo di tempo limitato di provvedere all'assistenza del proprio congiunto per motivi di salute del caregiver o per altri motivi contingenti.
3. Il ricovero di sollievo temporaneo può durare fino ad un massimo di 60 giorni sulla base di progetti assistenziali individualizzati.
4. Al fine di facilitare l'ingresso temporaneo in struttura della persona con grave disabilità acquisita, le Commissioni possono compilare l'*Allegato 2* da trasmettere per via telematica al coordinatore della struttura in cui verrà effettuato il ricovero di sollievo.

Articolo 21 – Criteri di esclusione

1. Le Commissioni, nel valutare l'appropriatezza di ricovero nelle soluzioni residenziali per gravi disabilità acquisite, devono escludere l'esistenza di condizioni cliniche non stabilizzate, pertanto non gestibili in ambiente extraospedaliero quali:
 - a. necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio;
 - b. episodi subentranti di crisi epilettiche;
 - c. segni clinici e di neuroimaging che facciano sospettare ipertensione endocranica;
 - d. insufficienza acuta d'organo o multiorgano;

- e. stato settico accertato sia clinicamente che con dati di laboratorio e strumentali.
2. Sono inoltre oggetto di esclusione i pazienti che non rientrano nei criteri indicati al precedente articolo 5, ad esempio le lesioni cerebrali degenerative quali demenza, morbo di Alzheimer, così come disposto dalla normativa regionale.



Allegato 1 - Area Adulti

Distretto

Area Adulti

Scheda per la Valutazione Multifunzionale
di persona con grave disabilità acquisita

(Gra.D.A.)

(delibere di Giunta Regionale 2068/2004, 840/2008)

Signora/Signor

Data valutazione della Commissione distrettuale _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

per finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale

Gentile assistito,

l'Azienda USL di Parma tratta i Suoi dati personali attraverso personale autorizzato tenuto al segreto professionale e d'ufficio, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati.

Il conferimento dei dati è necessario per erogare le prestazioni sanitarie richieste; in caso di mancato conferimento, non sarà possibile procedervi, fatta eccezione per le prestazioni in emergenza-urgenza.

Le presenti informazioni sono valide per il complessivo trattamento dei dati necessari per l'attività di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria in riferimento alla pluralità di prestazioni erogate nei distinti reparti ed unità, articolazioni ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL e saranno ulteriormente fornite in occasione del primo accesso alle strutture aziendali: l'operazione registrerà l'avvenuta informazione mediante annotazione informatica tale da permettere una verifica al riguardo da parte di altri reparti ed unità che, anche in tempi diversi, tratteranno i Suoi dati.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda USL di Parma, con sede in Strada del Quartiere, 2/a – 43125 Parma.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all'indirizzo e-mail: dpo@ausl.pr.it o all'indirizzo del titolare.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

L'Azienda tratta i Suoi dati personali a tutela della Sua salute per perseguire finalità di prevenzione, diagnosi, assistenza, terapia sanitaria e sociale, anche integrata con i Comuni, di riabilitazione attraverso l'erogazione di prestazioni curative comprendenti l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica, alcune delle quali sia in forma ambulatoriale che domiciliare. Il perseguimento di queste finalità comporta, altresì, lo svolgimento di attività amministrative e certificatorie correlate.

BASE GIURIDICA

La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è la necessità di perseguire le finalità di *diagnosi, assistenza e terapia sanitaria e sociale*, di gestione del servizio sanitario e svolgimento dei relativi compiti secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge in materia o di regolamento.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI

Nei soli casi previsti dalla legge o da regolamento, i dati personali possono essere comunicati a determinati soggetti, quali ad esempio Regione Emilia-Romagna, Comune di residenza, altre Aziende o Istituti del servizio sanitario nazionale, Istituti previdenziali ed assistenziali quando necessari all'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per lo svolgimento di funzioni istituzionali, i quali agiscono in qualità di Titolari autonomi del trattamento.

Per lo svolgimento di determinate attività, alcune operazioni di trattamento possono essere svolte per conto dell'Azienda da soggetti pubblici o privati, quali ad esempio fornitori di beni e servizi coinvolti nell'erogazione e fruizioni dei servizi sanitari, previamente nominati Responsabili del trattamento.

PERIODO DI CONSERVAZIONE - CRITERI

Per garantire cure ed assistenza appropriate, i Suoi dati sono conservati in modo sicuro per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto altresì conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto).

ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei può in ogni momento esercitare il diritto di ottenere: la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano e, nel caso, ottenere l'accesso ai dati personali; la rettifica di dati inesatti e l'integrazione di dati incompleti. Nei soli casi previsti dalla legge, ha altresì il diritto di ottenere: la cancellazione dei dati; la limitazione del trattamento; l'opposizione al trattamento.

DIRITTO DI RECLAMO

Se ritiene che il trattamento dei dati sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali, incluse modalità per l'esercizio dei diritti, sono consultabili sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Parma: www.ausl.pr.it - sezione Privacy.

Data ___/___/_____

1° visita Revisione

1. Scheda anagrafica

Assistito

Cognome e Nome _____

Sesso M F _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

Codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Nazionalità Italiana UE Extra UE Non nota _____

Stato civile Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a _____
 Divorziato/a Convivente Vedovo/a _____

Situazione lavorativa attuale Lavoro dipendente Lavoro autonomo Lavoro non retribuito _____
 Studente Casalinga-Domestico/a Pensionato/a _____
 Disoccupato/a Altro (specificare) _____

Medico di Medicina Generale

Dr./Dr.ssa _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

Legale rappresentante (se presente specificare tipologia)

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

Responsabile del caso

Cognome e Nome _____

Professione _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

Referente della Commissione distrettuale di valutazione Gra.D.A.

Cognome e Nome _____

Professione _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

Luogo di valutazione

Domicilio Reparto ospedaliero Altro (specificare) _____

Richiesta di attivazione

Dimissione difficile/protetta Servizi sanitari territoriali Servizi sociali _____

Medico di Medicina Generale Familiari Altro (specificare) _____

2. Scheda di valutazione sanitaria

2.1 Area medica

Data 1° diagnosi _____

Diagnosi fisiatrica

Tipo deficit	<input type="checkbox"/> Cerebrolesione	<input type="checkbox"/> Mielolesione	<input type="checkbox"/> Patologia neurologica	<input type="checkbox"/> Altro
Causa deficit	<input type="checkbox"/> Incidente stradale	<input type="checkbox"/> Incidente sul lavoro	<input type="checkbox"/> Esito patologico	<input type="checkbox"/> Altro
Stato coscienza	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Minimamente responsivo	<input type="checkbox"/> Stato vegetativo	<input type="checkbox"/> Altro
Respiro	<input type="checkbox"/> Spontaneo	<input type="checkbox"/> Cannula	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> Altro
Quadro motorio	<input type="checkbox"/> Monoparesi	<input type="checkbox"/> Emiplegia/Emiparesi	<input type="checkbox"/> Paraplegia/Paraparesi	<input type="checkbox"/> Tetraplegia/Tetraparesi
Disfagia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Per liquidi	<input type="checkbox"/> Per solidi
Tono muscolare	<input type="checkbox"/> Normotono	<input type="checkbox"/> Paratono	<input type="checkbox"/> Ipertono	<input type="checkbox"/> Ipotono
Diagnosi comunicata	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Solo ai familiari	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> Si

Note
Terapia farmacologica
Allergie a farmaci
Infezioni in atto farmaco-resistenti

Progetto riabilitativo

- Ricerca della responsività
- Ricerca di canali di comunicazione
- Recupero del respiro autonomo
- Recupero alimentazione per bocca
- Svezzamento dal catetere vescicale
- Sorveglianza del tono muscolare
- Prescrizione ausili
- Igiene articolare e posturale
- Modifiche ambientali
- Monitoraggio del dolore
- Presenza in carico psicologica
- Presenza in carico logopedica
- Valutazione comunicatori
- Altro (*specificare*)

Note

Cognome e Nome del compilatore

Firma

.....
Data

2.2 Area infermieristica

Altezza cm. _____

Peso Kg. _____

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> l/min <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica
Broncoaspirazione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Numero	<input type="checkbox"/> Altro.
Alimentazione	<input type="checkbox"/> OS	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> CVC / PIC
Incontinenza sfinterica	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Urocontrol	<input type="checkbox"/> Raccoglitori esterni
Decubiti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sede	<input type="checkbox"/> Stadio
Medicazioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Normali	<input type="checkbox"/> Avanzate	<input type="checkbox"/> Altro
Presenza dispositivi	<input type="checkbox"/> Pompa infusiva	<input type="checkbox"/> Derivazione liquorale	<input type="checkbox"/> Altro	
Dolore	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Controllato	<input type="checkbox"/> Fuori controllo	<input type="checkbox"/> Altro

Note

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

2.3 Area riabilitativa

Posture	<input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> Seduto	<input type="checkbox"/> Stazione eretta
Deambulazione	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con aiuto fisico	<input type="checkbox"/> Con ausili
Ausili	<input type="checkbox"/> Letto <input type="checkbox"/> Deambulatore	<input type="checkbox"/> Materasso <input type="checkbox"/> Protesi / ortesi	<input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Comunicatore

Note

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

3. Scheda di valutazione sociale

Assistente sociale		
Dott./Dott.ssa		
Telefono	Cellulare	@

3.1 Rete parentale e sociale

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Anno di nascita	Professione	Telefono
1					
2					
3					
4					
5					

La persona

1. Vive sola e ha nella sua rete parentale:

- 1.1 *nessuno*
- 1.2 *solo parenti indiretti*
- 1.3 *solo fratello/sorella*
- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili
- c. in rapporto conflittuale
- d. parzialmente collaborante
- e. collaborante
- 1.4 *genitore* *figlio/i e/o nipote*
- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo
- d. in rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. parzialmente collaborante
- g. collaborante

2. Vive in coppia e ha nella sua rete parentale:

- 2.1 *nessuno / coniuge invalido*
- 2.2 *solo parenti indiretti*
- 2.3 *solo fratello/sorella*
- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili
- c. in rapporto conflittuale
- d. parzialmente collaborante
- e. collaborante

- 2.4 genitore figlio/i e/o nipote
- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico minori e/o non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo
- d. in rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. parzialmente collaborante
- f. collaborante

3. La persona vive con figlio/i – parenti diretti

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo
- d. in rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. parzialmente collaborante
- g. collaborante

4. La persona vive con i genitori/il genitore

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con altre persone a carico e/o non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo
- d. in rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. parzialmente collaborante
- g. collaborante

Persona principale di riferimento (*caregiver*)

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Anno di nascita	Professione	Telefono

Altre persone attive (*compreso eventuale personale privato*)

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Anno di nascita	Professione	Telefono

Si sono verificati nell'ultimo periodo eventi imprevisti quali, ad esempio, ospedalizzazione (anche del *caregiver*) decesso di congiunti, ecc.? No Sì

Servizi socio-sanitari

Usufruisce di servizi socio-sanitari? No Sì

Se Sì quali? (*specificare*)

Presenza di assistenti familiari

No Sì Da quanto tempo

Per quante ore nell'arco della giornata

Per quante giornate nell'arco della settimana

3.2 Istituti giuridici

Istituto giuridico	Si	No	Presentata domanda (indicare la data)
Amministrazione di sostegno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Curatela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tutela/interdizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.3 Certificazioni

Certificazioni	Si	No	Presentata domanda (indicare la data)
Invalità civile	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Legge 104/1992 art. 3 comma 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Legge 104/1992 art. 3 comma 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invalità I.N.A.I.L.	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.4 Disposizioni anticipate di trattamento

Disposizioni anticipate di trattamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pianificazione condivisa delle cure	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

3.5 ISEE (discrezionale)

Valore I.S.E.E. Euro

Tipologia I.S.E.E. Scadenza

Da acquisire

3.6. Situazione abitativa

Tipologia abitazione Condominio <input type="checkbox"/> Casa a schiera <input type="checkbox"/> Casa indipendente <input type="checkbox"/> Comunità <input type="checkbox"/> Struttura assistenziale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Titolo di godimento Proprietà dell'immobile <input type="checkbox"/> Proprietà dell'immobile del familiare <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Titolo gratuito <input type="checkbox"/> Non di proprietà, non in affitto <input type="checkbox"/> Affitto da privato <input type="checkbox"/> Affitto da pubblico <input type="checkbox"/> Sfratto esecutivo: Per cessata locazione <input type="checkbox"/> Per morosità <input type="checkbox"/> Per inabilità dei locali <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Dislocazione nel territorio Servita <input type="checkbox"/> Poco servita <input type="checkbox"/> Isolata <input type="checkbox"/>	Barriere architettoniche Assenti <input type="checkbox"/> Esterne <input type="checkbox"/> Specificare _____ Interne <input type="checkbox"/> Specificare _____ Interne ed esterne <input type="checkbox"/> Specificare _____
Piano Terra <input type="checkbox"/> Secondo <input type="checkbox"/> Rialzato <input type="checkbox"/> Terzo <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Oltre il terzo <input type="checkbox"/>	Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bagno (possibili più risposte) Interno <input type="checkbox"/> Esterno <input type="checkbox"/> Con vasca <input type="checkbox"/> Con doccia <input type="checkbox"/> Ha barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Adeguato per la carrozzina <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Disponibilità di: Acqua Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Energia elettrica Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Riscaldamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo di riscaldamento Gas metano <input type="checkbox"/> Gas liquido <input type="checkbox"/> Gasolio <input type="checkbox"/> Legna <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Attivazione CAAD per eventuali adattamenti degli ambienti Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presentata domanda <input type="checkbox"/> Data _____

Giudizio sintetico sull'abitazione

1.	Abitazione idonea Priva di barriere architettoniche interne/esterne, adeguata al numero di occupanti, ben servita dai servizi pubblici e privati.	<input type="checkbox"/>
2.	Abitazione parzialmente idonea Presenza di barriere architettoniche limitate ad alcuni locali e/o difetti strutturali e/o carenza di arredo in relazione ai bisogni specifici della persona; spazi parzialmente insufficienti; lontananza parziale dai servizi.	<input type="checkbox"/>
3.	Abitazione non idonea Presenza di barriere architettoniche insuperabili; sovraffollata o in ogni caso assolutamente inadeguata: alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano e/o isolato, privo di riscaldamento e/o di servizi igienici interni.	<input type="checkbox"/>
4.	Abitazione inesistente Riguarda la persona senza alloggio e si considera tale anche chi ha ricevuto un'ingiunzione di sfratto per cessata locazione o per morosità o a seguito di notifica di ordinanza contingibile ed urgente di inabitabilità dell'immobile.	<input type="checkbox"/>

Note

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

Scale di Valutazione

Scale utilizzate	Competenza	Punteggio
Indice di Barthel	Fisioterapista – infermiere	
Indice di Braden	Infermiere	
Supervision Rating Scale (S.R.S.)	Commissione Gra.D.A. distrettuale	
Levels of Cognitive Functioning (L.C.F.)	Medico fisiatra	
Scala di rilevazione del dolore	Infermiere	
Glasgow Coma Scale	Medico fisiatra	
ASIA	Medico fisiatra	
Forza muscolare (scala MRC)	Medico fisiatra	
Scala EDSS (<i>Expanded Disability Status Scale</i>)	Medico fisiatra	
Scala di Hoehn e Yahr	Medico fisiatra	
Valutazione persona in condizione di dipendenza vitale	Medico fisiatra	
Altro (<i>specificare</i>)		

Sintesi delle valutazioni

Verbale Commissione distrettuale di valutazione Gra.D.A.

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, la Commissione di valutazione Gra.D.A. del Distretto di valuta il/la Signor/a

.....

Luogo e data di nascita

paziente Gra.D.A. ai sensi della D.G.R. 2068/2004.

Referente della Commissione distrettuale Gra.D.A.:

Responsabile del caso:

Presenti	Figura professionale	Cognome e Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>			
5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>			

Data

PROGETTO

Componenti della Commissione Gra.D.A. distrettuale di valutazione Gra.D.A.

Ruolo	Cognome e Nome	Referente della Commissione
Medico fisiatra		
Infermiere		
Fisioterapista		
Assistente sociale		
<i>Altre figure professionali</i>		

Obiettivi socio-assistenziali

- Assistenza domiciliare sociale
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)
- Assegno di cura
- Inserimento in centro socio riabilitativo residenziale
- Inserimento in C.R.A.
- Inserimento in Hospice
- Inserimento in struttura ad alta valenza socio-sanitaria
- Non dimissibilità del paziente dal reparto ospedaliero
- Adattamento domiciliare – Attivazione CAAD
- Altro (*specificare*).....

Obiettivi riabilitativi

- Valutazione ambientale
- Individuazione/Prescrizione ausili
- Addestramento paziente / caregiver / operatori socio-assistenziali
- Interventi riabilitativi
- Altro (*specificare*).....

Il progetto è condiviso con l'assistente sociale responsabile del caso, il paziente ed i familiari, unitamente alla scheda "Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/979".

Firma dei componenti della Commissione

Firma del paziente e/o dei familiari

.....

.....

Data

Scheda riepilogativa di attribuzione del punteggio per la formulazione della graduatoria aziendale per l'accesso in strutture di alta valenza socio-sanitaria

CANNULA TRACHEOSTOMICA	
SI	<input type="checkbox"/> Punti 50
No	<input type="checkbox"/> Punti 0
NECESSITA' ASSISTENZIALE	
Necessità di frequenti aspirazioni nel cavo orale o tracheobronchiali nell'arco delle intere 24 ore	<input type="checkbox"/> Punti 50
Presenza ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> Punti 50
Presenza CVC con necessità infusione continua	<input type="checkbox"/> Punti 50
SITUAZIONE FAMILIARE E RETE PARENTALE (solo 1 condizione)	
1. La persona vive sola e ha nella sua rete parentale:	
1.1. nessuno	<input type="checkbox"/> Punti 250
1.2 solo parenti indiretti	<input type="checkbox"/> Punti 225
1.3 solo fratello/sorella	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 225
b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 220
c. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 215
d. parzialmente collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 210
e. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 205
1.4 genitore – figlio/i e/o nipote	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 210
b. con persone a carico non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 195
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 190
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 185
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 180
f. parzialmente collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 175
g. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 170
2. La persona vive in coppia e ha nella sua rete parentale	
2.1 nessuno / coniuge invalido	<input type="checkbox"/> Punti 185
2.2 solo parenti indiretti	<input type="checkbox"/> Punti 175
2.3 solo fratello/sorella	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 175
b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 165
c. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 160
d. parzialmente collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 155
e. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 150
2.4 genitore – figlio/i e/o nipote	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 160
b. con persone a carico minori e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 145
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 140
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 135
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 130
f. parzialmente collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 125
g. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 120
3. La persona che vive con figlio/i – parenti diretti	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 200
b. con persone a carico non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 150
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 145
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 140
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 135
f. parzialmente collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 120
g. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 125
4. La persona che vive con i genitori/il genitore	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 200
b. con altre persone a carico e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 150
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 145
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 140
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 135
f. parzialmente collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 120
g. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 125

SITUAZIONE ABITATIVA

Inesistente
Non idonea
Parzialmente idonea
Idonea

Punti 50
 Punti 30
 Punti 20
 Punti 0

PUNTEGGIO TOTALE

OGGETTO: Richiesta inserimento nominativo nella graduatoria aziendale per l'accesso alle strutture di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

il

Residente in

Via

Oppure

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

il

Residente in

Via

In qualità di ¹

Del/la Signor/a

CHIEDE che

Il proprio nominativo

Oppure

Il nominativo del/la Signor/ra

Nato/a a

il

sia inserito nella "Graduatoria aziendale per l'accesso presso strutture per gravi disabilità acquisite", elaborata secondo i criteri approvati con delibera aziendale n. _____ del _____, che fa riferimento a qualunque struttura di ambito provinciale.

Copia del presente atto viene trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data

Firma

¹ Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

Allegato 2 - Accettazione inserimento in struttura di alta valenza socio-sanitaria

Azienda U.S.L. di Parma
Direzione Attività Socio Sanitarie
Strada del Quartiere, 2/a
Parma

OGGETTO: Accettazione inserimento in struttura di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____

Oppure

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
In qualità di ² _____
Del/la Signor/a _____

Attualmente

ricoverato/a presso la struttura

presso la propria residenza

ACCETTA

Il proprio ricovero

(*oppure*)

Il ricovero del/della Signor/a _____ presso:

Centro Servizi "San Mauro Abate" – Colorno

Centro Cardinal Ferrari – Fontanellato

Hospice "La Valle del Sole" – Borgotaro

Casa residenza anziani "Tigli" - Parma

Centro Cure Progressive "P. Coruzzi" - Langhirano

Copia del presente atto è trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data _____

Firma _____

² Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

Allegato 3 - NON accettazione inserimento in struttura di alta valenza socio-sanitaria

Azienda U.S.L. di Parma
Direzione Attività Socio Sanitarie
Strada del Quartiere, 2/a
Parma

OGGETTO: NON accettazione inserimento in struttura di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____

Oppure

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____

In qualità di ³ _____
Del/la Signor/a _____

Attualmente
 ricoverato/a presso la struttura _____
 presso la propria residenza

NON ACCETTA

Il proprio ricovero
(*oppure*)
 Il ricovero del/della Signor/a _____ presso:

Centro Servizi "San Mauro Abate" – Colorno
 Centro Cardinal Ferrari – Fontanellato
 Hospice "La Valle del Sole" – Borgotaro
 Casa residenza anziani "Tigli" - Parma
 Centro Cure Progressive "P. Coruzzi" - Langhirano

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che
 il proprio nominativo il nominativo del Signor/a _____

slitterà all'ultimo posto della graduatoria provinciale, così come indicato all'articolo 17 "Inserimento in struttura", comma 5 del "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità".

Copia del presente atto è trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data _____ **Firma** _____

³ Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

Allegato 4 – Richiesta cambio struttura

Azienda U.S.L. di Parma
Direzione Attività Socio Sanitarie
Strada del Quartiere, 2/a
Parma

OGGETTO: Richiesta cambio struttura

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____

Oppure

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
In qualità di ⁴ _____
Del/la Signor/a _____

Attualmente ricoverato/a presso la struttura _____

CHIEDE

- Che il/la sottoscritto/a _____
- Che il Signor/a _____
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro Servizi "San Mauro Abate" – Colorno | <input type="checkbox"/> Casa residenza anziani "Tigli" - Parma |
| <input type="checkbox"/> Centro Cardinal Ferrari – Fontanellato | <input type="checkbox"/> Centro Cure Progressive "P. Coruzzi" - Langhirano |
| <input type="checkbox"/> Hospice "La Valle del Sole" – Borgotaro | |

Per le seguenti motivazioni: _____

Copia del presente atto è trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data _____ **Firma** _____

⁴ Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

Allegato 5 - RINUNCIA posto in struttura di alta valenza socio-sanitaria

Azienda U.S.L. di Parma
Direzione Attività Socio Sanitarie
Strada del Quartiere, 2/a
Parma

OGGETTO: RINUNCIA posto in struttura di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____

Oppure

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
In qualità di ⁵ _____
Del/la Signor/a _____

Attualmente ricoverato/a presso

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro Servizi "San Mauro Abate" – Colorno | <input type="checkbox"/> Casa residenza anziani "Tigli" - Parma |
| <input type="checkbox"/> Centro Cardinal Ferrari – Fontanellato | <input type="checkbox"/> Centro Cure Progressive "P. Coruzzi" - Langhirano |
| <input type="checkbox"/> Hospice "La Valle del Sole" – Borgotaro | |

RINUNCIA

Al posto presso la struttura sopraindicata.

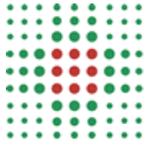
Il/la sottoscritto/a è consapevole che **la rinuncia al posto comporta il rinnovo della richiesta di inserimento in struttura.**

Copia del presente atto è trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza, alla Commissione distrettuale Gra.D.A ed alla struttura residenziale.

Luogo e data

Firma

⁵ Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.



Allegato 6 – Area Minori

Distretto

Area Minori

Scheda di valutazione multidimensionale
di minore con gravissime disabilità (ex DGR 840/2008)

Cognome e Nome

.....

Data valutazione della Commissione distrettuale

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

per finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale

Gentile assistito,

L'Azienda USL di Parma tratta i Suoi dati personali attraverso personale autorizzato tenuto al segreto professionale e d'ufficio, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati.

Il conferimento dei dati è necessario per erogare le prestazioni sanitarie richieste; in caso di mancato conferimento, non sarà possibile procedervi, fatta eccezione per le prestazioni in emergenza-urgenza.

Le presenti informazioni sono valide per il complessivo trattamento dei dati necessari per l'attività di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria in riferimento alla pluralità di prestazioni erogate nei distinti reparti ed unità, articolazioni ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL e saranno ulteriormente fornite in occasione del primo accesso alle strutture aziendali: l'operazione registrerà l'avvenuta informazione mediante annotazione informatica tale da permettere una verifica al riguardo da parte di altri reparti ed unità che, anche in tempi diversi, tratteranno i Suoi dati.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda USL di Parma, con sede in Strada del Quartiere, 2/a – 43125 Parma.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all'indirizzo e-mail: dpo@ausl.pr.it o all'indirizzo del titolare.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

L'Azienda tratta i Suoi dati personali a tutela della Sua salute per perseguire finalità di prevenzione, diagnosi, assistenza, terapia sanitaria e sociale, anche integrata con i Comuni, di riabilitazione attraverso l'erogazione di prestazioni curative comprendenti l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica, alcune delle quali sia in forma ambulatoriale che domiciliare. Il perseguimento di queste finalità comporta, altresì, lo svolgimento di attività amministrative e certificatorie correlate.

BASE GIURIDICA

La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è la necessità di perseguire le finalità di *diagnosi, assistenza e terapia sanitaria e sociale*, di gestione del servizio sanitario e svolgimento dei relativi compiti secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge in materia o di regolamento.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI

Nei soli casi previsti dalla legge o da regolamento, i dati personali possono essere comunicati a determinati soggetti, quali ad esempio Regione Emilia-Romagna, Comune di residenza, altre Aziende o Istituti del servizio sanitario nazionale, Istituti previdenziali ed assistenziali quando necessari all'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per lo svolgimento di funzioni istituzionali, i quali agiscono in qualità di Titolari autonomi del trattamento.

Per lo svolgimento di determinate attività, alcune operazioni di trattamento possono essere svolte per conto dell'Azienda da soggetti pubblici o privati, quali ad esempio fornitori di beni e servizi coinvolti nell'erogazione e fruizioni dei servizi sanitari, previamente nominati Responsabili del trattamento.

PERIODO DI CONSERVAZIONE - CRITERI

Per garantire cure ed assistenza appropriate, i Suoi dati sono conservati in modo sicuro per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto altresì conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto).

ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei può in ogni momento esercitare il diritto di ottenere: la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano e, nel caso, ottenere l'accesso ai dati personali; la rettifica di dati inesatti e l'integrazione di dati incompleti. Nei soli casi previsti dalla legge, ha altresì il diritto di ottenere: la cancellazione dei dati; la limitazione del trattamento; l'opposizione al trattamento.

DIRITTO DI RECLAMO

Se ritiene che il trattamento dei dati sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali, incluse modalità per l'esercizio dei diritti, sono consultabili sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Parma: www.ausl.pr.it - sezione Privacy.

1. Scheda anagrafica

Minore

Cognome e Nome _____

Sesso M F _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Nominativo di chi ha fornito le informazioni

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

In qualità di _____

Caregiver di riferimento (se diverso da chi ha fornito le informazioni)

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

In qualità di _____

Pediatra di libera Scelta / Medico di Medicina Generale

Dr./Dr.ssa _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Cellulare _____ @ _____

Richiesta di attivazione

Famiglia Servizi Sociali Ospedale

Servizi sanitari territoriali Assistente sociale Altro _____

Luogo di valutazione

Domicilio Ambulatorio Reparto ospedaliero Altro (specificare) _____

Certificazioni

	Si	No	Domanda in corso dal (indicare la data)
--	----	----	---

Handicap grave (Legge 104/1992 art. 3 comma 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Invaldit� civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------------------	--------------------------	--------------------------	--

Indennit� di accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

1. Scheda di valutazione sanitaria

Diagnosi clinica

Applicare codice ICD9 (se disponibile)

Diagnosi principale _____

Altre diagnosi _____

- Limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi deficit presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi**

Tipo di deficit	Cerebrolesione	<input type="checkbox"/>
	Mielolesione	<input type="checkbox"/>
	Patologia neurologica	<input type="checkbox"/>
Causa deficit	Patologia età evolutiva	<input type="checkbox"/>
	Incidente stradale	<input type="checkbox"/>
	Incidente sul lavoro	<input type="checkbox"/>
	Esito patologico	<input type="checkbox"/>
Stato di coscienza	Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>
	Vigile	<input type="checkbox"/>
	Minimamente responsivo	<input type="checkbox"/>
Quadro motorio	Stato vegetativo	<input type="checkbox"/>
	Emiplegia/Emiparesi	<input type="checkbox"/>
	Paraplegia/Paraparesi	<input type="checkbox"/>
Respirazione	Tetraplegia/Tetraparesi/	<input type="checkbox"/>
	Spontanea	<input type="checkbox"/>
	Necessita di aspirazione quotidiana	<input type="checkbox"/>
	Presenza di tracheotomia	<input type="checkbox"/>
Nutrizione	Presenza ventilazione assistita ≥ 16 ore al dì	<input type="checkbox"/>
	Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia liquidi che solidi	<input type="checkbox"/>
	Combinata orale ed enterale/parenterale	<input type="checkbox"/>
	Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)	<input type="checkbox"/>
Sfinteri	Solo tramite gastrostomia (es. PEG) o digiunostomia	<input type="checkbox"/>
	Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)	<input type="checkbox"/>
	Continente	<input type="checkbox"/>
	Incontinente urinario	<input type="checkbox"/>
Tono muscolare	Incontinente fecale	<input type="checkbox"/>
	Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>
	Normotono	<input type="checkbox"/>
Dolore	Iperotono	<input type="checkbox"/>
	Ipotono	<input type="checkbox"/>
	Assente	<input type="checkbox"/>
Comorbilità	Controllato	<input type="checkbox"/>
	Fuori controllo	<input type="checkbox"/>
	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
	Se sì, specificare:	

Assistenza continuativa	Necessaria per non esporre la persona a pericolo sostanziale di vita se sola	<input type="checkbox"/>
	Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana: l'attività è svolta completamente da un'altra persona (ADL 6/6)	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio nelle 24 ore	Necessario monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) e/o delle apparecchiature nelle 24 ore	<input type="checkbox"/>
Addestramento al caregiver	DGR 858/2017 "Adozione delle linee attuative della legge regionale n. 2 del 28 marzo 2014 <Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)>"	<input type="checkbox"/>

Terapia farmacologica

Allergie a farmaci

Note

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

2. Scheda di valutazione sociale

A. Situazione abitativa

Tipologia abitazione Condominio <input type="checkbox"/> Casa a schiera <input type="checkbox"/> Casa indipendente <input type="checkbox"/> Comunità <input type="checkbox"/> Struttura assistenziale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Titolo di godimento Proprietà dell'immobile <input type="checkbox"/> Proprietà dell'immobile del familiare <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Titolo gratuito <input type="checkbox"/> Non di proprietà, non in affitto <input type="checkbox"/> Affitto da privato <input type="checkbox"/> Affitto da pubblico <input type="checkbox"/> Sfratto esecutivo: Per cessata locazione <input type="checkbox"/> Per morosità <input type="checkbox"/> Per inabilità dei locali <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Dislocazione nel territorio Servita <input type="checkbox"/> Poco servita <input type="checkbox"/> Isolata <input type="checkbox"/>	Barriere architettoniche Assenti <input type="checkbox"/> Esterne <input type="checkbox"/> Specificare _____ Interne <input type="checkbox"/> Specificare _____ Interne ed esterne <input type="checkbox"/> Specificare _____
Piano Terra <input type="checkbox"/> Secondo <input type="checkbox"/> Rialzato <input type="checkbox"/> Terzo <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Oltre il terzo <input type="checkbox"/>	Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bagno (possibili più risposte) Interno <input type="checkbox"/> Esterno <input type="checkbox"/> Con vasca <input type="checkbox"/> Con doccia <input type="checkbox"/> Ha barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Adeguato per la carrozzina <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Disponibilità di: Acqua Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Energia elettrica Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Riscaldamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo di riscaldamento Gas metano <input type="checkbox"/> Gas liquido <input type="checkbox"/> Gasolio <input type="checkbox"/> Legna <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Attivazione CAAD per eventuali adattamenti degli ambienti Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presentata domanda <input type="checkbox"/> Data _____

Giudizio sintetico sull'abitazione

1.	Abitazione idonea Priva di barriere architettoniche interne/esterne, adeguata al numero di occupanti, ben servita dai servizi pubblici e privati.	<input type="checkbox"/>
2.	Abitazione parzialmente idonea Presenza di barriere architettoniche limitate ad alcuni locali e/o difetti strutturali e/o carenza di arredo in relazione ai bisogni specifici della persona; spazi parzialmente insufficienti; lontananza parziale dai servizi.	<input type="checkbox"/>
3.	Abitazione non idonea Presenza di barriere architettoniche insuperabili; sovraffollata o in ogni caso assolutamente inadeguata: alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano e/o isolato, privo di riscaldamento e/o di servizi igienici interni.	<input type="checkbox"/>
4.	Abitazione inesistente Riguarda la persona senza alloggio e si considera tale anche chi ha ricevuto un'ingiunzione di sfratto per cessata locazione o per morosità o a seguito di notifica di ordinanza contingibile ed urgente di inabitabilità dell'immobile.	<input type="checkbox"/>

B. Informazione relative al nucleo familiari

	Descrizione	Si	No
1.	Segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gravità della condizione di salute del minore disabile che non consente di attivare altri supporti socio-educativi, frequenza scolastica o centri aggregativi e di tempo libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Coesistenza nel nucleo di altre persone con problematiche sociali e/o sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Condizione di isolamento e solitudine del nucleo senza altri familiari presenti attivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Condizione di caregiver unico che si occupa del minore disabile da assistere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Coesistenza nel nucleo di altri minori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Età avanzata e/o precarie condizioni di salute della/e persona/e che presta/prestano cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avvenimenti particolari e gravi che modificano radicalmente la situazione familiare (lutto, malattia, separazioni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nessuna presenza di altre persone che affiancano la famiglia (volontari, natural/helper, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Cognome e Nome del compilatore

Firma

.....
Data

Verbale Commissione distrettuale di valutazione Gra.D.A.

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, la Commissione di valutazione Gra.D.A. del Distretto di _____

valuta il/la minore _____

luogo e data di nascita _____

paziente Gra.D.A. ai sensi delle D.G.R. 2068/2004 e 840/2008.

Referente della Commissione distrettuale di valutazione Gra.D.A.:			
Responsabile del caso:			
Presenti	Figura professionale	Cognome e Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>			
5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>			
Data			