

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 1 di 1

PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI

Revisione del 20/02/2024		Distribuzione controllata
Motivo Revisione		-Distretti Sanitari -Specialisti ambulatoriali ASL -UU.OO. Distrettuali Competenti per le cure domiciliari -MMG/PLS - PP. Ospedalieri ASL
Redazione	Gruppo di lavoro UOC Cure Domiciliari Anna Marro Cosimo Zarrella Ermelinda Zeccardo Massimo De Vinco	
Verifica	UOC QA/RC dott.ssa Maria Rosaria Troisi	
Approvazione	Direttore Sanitario dott.ssa Maria Concetta Conte	
Autorizzazione	Direttore Generale dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante	

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 2 di 2

GRUPPO DI LAVORO

UOC CURE DOMICILIARI

Anna Marro

Direttore

Cosimo Zarrella

Dirigente Medico

Linda Zeccardo

Specialista Ambulatoriale O.R.L.

Massimo De Vinco

Specialista Ambulatoriale Chirurgia

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 3 di 3

INDICE

PREMESSA	PAG. 4
LEGENDA	PAG. 5
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	PAG. 6
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	PAG. 7
A. REQUISITI PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI	PAG. 7
B. SEGNALAZIONE, PROPOSTA DI ATTIVAZIONE, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE	PAG. 8 - 10
C. REGISTRAZIONE DATI	PAG. 11 - 12
D. PROCEDURA PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI	PAG. 12 - 14
E. SMALTIMENTO RIFIUTI	PAG. 14 - 15
F. PERCORSO CONTINUITÀ DI CURA TRA UOC GERIATRIA DELL'AORN S. G. MOSCATI DI AVELLINO E LE CURE DOMICILIARI DELL'ASL AVELLINO PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	PAG. 15 - 17
ALLEGATI	PAG. 18 – 54

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 4 di 4

PREMESSA

L'Assistenza Domiciliare rappresenta sempre di più un servizio fondamentale, avvalorato in maniera particolare durante il periodo di pandemia, da considerare con una speciale attenzione nella programmazione dei servizi sanitari.

Il Piano Nazionale della Cronicità che prende le mosse dal progressivo invecchiamento della popolazione (in Italia la percentuale di "over 65" sul totale della popolazione è pari al 21,2%) e dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche considera quale elemento fondamentale da perseguire il **potenziamento della domiciliarità**, attraverso la valorizzazione del ruolo dei medici di famiglia inseriti nelle reti assistenziali, l'elaborazione di piani di cura personalizzati per le persone assistite, l'utilizzo della tecnologia, la creazione di PDTA integrati ospedale territorio etc..

L'applicazione del Piano prevede il confronto tra le varie realtà coinvolte: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri, gli specialisti, le associazioni dei pazienti, i servizi socio assistenziali etc.. Questo nuovo modello, che concentra la propria attenzione sulla persona e sul suo progetto di cura, attraverso l'integrazione tra diversi professionisti e diverse specialità, rappresenta un percorso fondamentale per il futuro della nostra sanità e per la sostenibilità dell'intero sistema.

Obiettivi

La redazione delle procedure delle cure domiciliari si pone i seguenti obiettivi:

- uniformare le modalità operative per l'erogazione dell'assistenza a domicilio da parte di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.
- Costruire e diffondere delle linee di indirizzo utili nell'espletamento di specifiche prestazioni a domicilio.

Campo di applicazione

Questa procedura verrà applicata in tutti i contesti aziendali di Cure Domiciliari. Il Servizio è rivolto ai cittadini residenti nel territorio dell'ASL AV e ai cittadini con domicilio sanitario.

Questa procedura viene revisionata ogni tre anni, salvo l'emanazione di nuove norme o linee guida o l'emergere di fattori critici.



**PROCEDURE ORGANIZZATIVE
PER LE ATTIVITÀ IN CURE
DOMICILIARI**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 5 di 5

LEGENDA

Sigla acronimo/ abbreviazione	Significato
AORN	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
Artt.	Articoli
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ATI	Associazione Temporanea di Imprese
AV	Avellino
BPCO	Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva
CDI	Cure Domiciliari Integrate
CF	Codice Fiscale
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano Individuale Assistenziale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PICC	Catetere venoso Centrale ad Inserzione Periferica
PLS	Pediatra di Libera Scelta
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
Rx	Radiografia
SIAD	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
SVAMA	Scheda per la VALutazione Multidimensionale delle persone Adulte e anziane
SVAMDI	Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile maggiori di 18 anni
TC	Tomografia Computerizzata
UE	Unione Europea
UO, UOC	Unità Operativa, Unità Operativa Complessa
UVI	Unità di Valutazione Integrata



**PROCEDURE ORGANIZZATIVE
PER LE ATTIVITÀ IN CURE
DOMICILIARI**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 6 di 6

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/ATTIVITÀ

ATTIVITÀ	Medico del Distretto: dipendente o spec. Amb.	MMG /PLS	Cordinatore cure dom . distretto	Specialista ambul.	Assistente sociale Piano di Zona	Altro: Ospedale, familiare, Ambito sociale	Amministrativo
Indicazioni comuni per la funzionalità del Servizio	R	R	R	C	C		C
Segnalazione	S	R	C		R	R	C
Attivazione cure domiciliari	C	R	C		C		C
Valutazione presa in carico	R	R	C		C/R		C
Valutazione Sanitaria (scheda A – SVAMA/SVAMDI))		R					
Valutazione cognitivo-funzionale (scheda B - SVAMA)				R			
Valutazione specialistica (scheda B-SVAMDI)				R			
Valutazione sociale (scheda C - SVAMA/SVAMDI)					R		
Dimissione	S	R	C		C		C
Richiesta trasporto	S	R	C				
Richiesta prestazione AORN S:G: Moscati di Avellino	S	R	C				C
Richiesta visite specialistica	S	R	C				C
Richiesta presidi, medicazioni, ausili	S	R	C	R			C
Registrazione dati nella cartella informatizzata	S/R	R	R				C

R = responsabile; C = collaboratore; S = supervisore

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 7 di 7

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

In questa sezione si descrivono, in sequenza, tutte le attività della procedura.

A. REQUISITI PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

- Inserimento negli elenchi degli assistiti del MMG/PLS dell'ASL AV per residenza o domicilio sanitario (in quest'ultimo caso limitatamente al periodo nel quale l'assegnazione rimane attiva)
- Valutazione multidimensionale
- Presa in carico da parte del MMG/PLS per le problematiche di tipo sanitario.
Il MMG/PLS ha la responsabilità clinica dell'assistenza e, in regime di Cure Domiciliari, è considerato "medico curante", anche per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche, in analogia a quanto previsto per il medico ospedaliero in regime di ricovero.
- Presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto formale-informale.
- Idonea condizione abitativa
- Compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza al domicilio
- Firma del consenso informato presso il Distretto Sanitario da parte del caregiver.

La presa in carico della persona assistita prevede l'apertura della cartella integrata, che dovrà essere conservata a domicilio, fino a chiusura dell'assistenza e successiva archiviazione.

Viene stilato un piano assistenziale personalizzato che prevede l'intervento a domicilio, del MMG/PLS, degli operatori delle cure domiciliari e/o di altre figure professionali dell'ASL.

Per la buona riuscita dell'assistenza domiciliare è indispensabile la partecipazione attiva dei caregiver, con i quali verrà stilato un contratto di collaborazione.

Nel caso in cui sia ritenuta indispensabile la presenza di un caregiver, la sua assenza o indisponibilità comporta l'impossibilità alla presa in carico della persona assistita o alla prosecuzione dell'assistenza.

Al caregiver verrà richiesta:

- la sorveglianza del paziente,
- l'esecuzione di alcune delle attività di assistenza
- la corretta conservazione del materiale e della cartella domiciliare.

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 8 di 8

Fra gli obiettivi c'è quello, ove possibile, di rendere autonomi i caregiver nella gestione assistenziale.

B. SEGNALAZIONE, PROPOSTA DI ATTIVAZIONE E PRESA IN CARICO E DIMISSIONE.

1 FASE: SEGNALAZIONE/RICHIESTA CURE DOMICILIARI

<i>Chi richiede il servizio</i>	<i>Modulo da utilizzare</i>
La persona interessata o suo familiare	Mod.1*
I servizi sociali del Piano di Zona o del Comune	Mod.1 + SVAMA/SVAMDI Sociale*
Reparto Ospedaliero	Mod. 11+ SVAMA/SVAMDI Completa*
MMG/PLS	Mod. 1 + SVAMA/SVAMDI Sanitaria*
Direttore RSA	Mod. 1 + SVAMA/SVAMDI completa*

*Vedi DGRC n. 323 del 03.07.2012 SVAMA e DGRC 324 del 03.07.2012 SVAMDI.

Il MMG/PLS segnalerà il paziente via web sulla cartella informatizzata, con l'utilizzo di una apposita password, da richiedere all'UOC Assistenza Anziani e Cure domiciliari, alla email uocassistenzaanziani.curedomiciliari@aslavellino.it, per la presa incarico compilando oltre al modulo per la segnalazione anche la SVAMA sanitaria.

Il PLS non dovrà compilare alcuna scheda di valutazione multidimensionale.

2 FASE: ATTIVAZIONE

MMG/PLS	SVAMA/SVAMDI Sanitaria
Medico del Distretto/Specialista ambulatoriale	SVAMA/SVAMDI Cognitivo-Funzionale/Specialistica
Assistente Sociale ASL o Assistente Sociale Piano di Zona se necessità di UVI	SVAMA/SVAMDI Sociale
MMG/PLS + Medico del Distretto + Assistente Sociale ASL o Assistente Sociale Piano di Zona se presenti bisogni sociali, altro	Cartella SVAMA/SVAMDI + "P.A.I."(Mod. 11)

3 FASE: PRESA IN CARICO e VISITA SPECIALISTICA, RICHIESTA FARMACI, MATERIALE PER MEDICAZIONE, PRESIDII E AUSILI, ESAMI DIAGNOSTICI

Richiesta visita domiciliare specialistica (specialisti del Distretto)	Mod. 5
Richiesta visita specialistica domiciliare del palliativista/anestesista/ORL/chirurgo	Mod. 3
Richiesta accertamenti diagnostici a domicilio	Mod. 8
Richiesta farmaci,medicazioni, disinfettanti, presidi, soluzioni infusionali	Mod. 9

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 9 di 9

Al momento della presa in carico è necessario che il MMG richieda le visite specialistiche, gli eventuali farmaci, materiale per medicazione, presidi (esclusivamente quelli presenti nel prontuario delle cure domiciliari o nelle gare SORESA) e ausili. Il medico specialista del distretto dell'U.O. competente per le cure domiciliari provvederà alla prescrizione degli ausili e presidi di competenza, necessari all'utente, al momento della presa in carico.

La presa in carico si effettuerà solo ed esclusivamente previo accordo del MMG/PLS che la concorda con gli operatori dell'unità operativa distrettuale competente per le cure domiciliari, esclusi i giorni di sabato, domenica e festivi e con modalità differenti a seconda dell'intensità assistenziale del paziente.

Nel caso delle dimissioni protette l'ospedale almeno una settimana prima della dimissione invierà le richieste di presidi e ausili al Distretto di residenza dell'utente.

La valutazione multidimensionale dovrà concludersi entro e non oltre i 20gg. dalla segnalazione. Solo in caso di dimissione protetta entro le 48 ore dalla segnalazione.

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario.

In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede UVI per rispondere ai bisogni di natura sociale.

4. FASE: CONSEGNA CARTELLA PRESTAZIONI DOMICILIARI + COPIA P.A.I.

Ai MMG/PLS

5. FASE: ADESIONE CURE DOMICILIARI/PRIVACY

Consegnare Carta dei Servizi + Questionario per indagine soddisfazione dell'utente che sarà riconsegnato al distretto almeno dopo un mese dalla presa in carico nella apposita cassetta, Mod. 13; Acquisire firma del familiare referente sul Mod. 2 "Adesione della famiglia alle cure domiciliari: patto di cura" e firma dell'utente o suo tutore su Informativa, Mod. 14 e Consenso trattamento dati, Mod. 15.

6. FASE: COMUNICAZIONE ACCESSI

Comunicare alla Cooperativa gli accessi degli operatori via web attraverso la cartella informatizzata.

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 10 di 10

7. FASE: DIMISSIONE

Compilazione da parte del MMG/PLS	Mod. 4
-----------------------------------	--------

8. FASE: PROROGA CURE DOMICILIARI

In caso di proroga rifare la valutazione multidimensionale utilizzando la SVAMA e rifare il PAI (Mod.12) .

PER EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO TEMPORANEO PER RICHIESTA PRESTAZIONE PRESSO UOC GERIATRIA AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO

Compilazione da parte del MMG e trasmissione da parte dell'UO Distrettuale competente per le cure domiciliari	Mod. 6
---	--------

Al momento della presa in carico è necessario che il MMG richieda le visite specialistiche, gli eventuali farmaci, materiale per medicazione (esclusivamente quelli presenti nel prontuario delle cure domiciliari o nelle gare SORESA) presidi e ausili.

La cartella delle prestazioni domiciliari va tenuta sempre a domicilio del paziente e riportata al distretto esclusivamente alla dimissione del paziente dalle cure domiciliari o quando è completa in tutte le sue pagine. La cartella delle prestazioni potrà essere richiesta dal referente delle UU. OO. competenti per le cure domiciliari o dai Coordinatori delle Cure Domiciliari distrettuali per eventuali controlli.

La cartella delle prestazioni va sempre compilata in tutte le sue parti e integrata del PAI non solo alla presa in carico ma ogni qualvolta si modifica lo stesso.

Nella cartella delle prestazioni domiciliari il MMG deve sempre indicare la terapia medica parenterale o orale e le eventuali ulteriori prestazioni che gli operatori (infermieri, fisioterapisti ecc.) debbano effettuare.

Ogni qual volta il paziente si ricovera presso strutture sanitarie o sociosanitarie viene sospeso dalle cure domiciliari. Viene dimesso se la permanenza in ospedale supera i 15 giorni. Alla dimissione dalle suddette strutture se necessario può essere di nuovo inserito nelle cure domiciliari ma con una nuova presa in carico.

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 11 di 11

Quando la cartella delle prestazioni viene smarrita deve essere inoltrata regolare denuncia all’Autorità Giudiziaria e copia della stessa al Direttore di Distretto e la copia dell’avvenuta denuncia dovrà essere archiviata in sostituzione della cartella.

Tutto quanto non previsto in queste procedure, è presente nel regolamento delle cure domiciliari e nel capitolato delle cure domiciliari.

C. REGISTRAZIONE DEI DATI

Tutta l’attività svolta al domicilio, oltre che essere descritta in modo completo e dettagliato nella cartella assistenziale, deve essere registrata nella cartella informatizzata, per l’implementazione del flusso SIAD. Questo è un programma statistico e non di registrazione assistenziale. Tutta la parte assistenziale è contenuta nella cartella integrata conservata al domicilio del paziente. Chi registra la chiusura del caso deve anche precisare nelle note se la cartella è stata consegnata ed archiviata.

L’invio dei flussi alla regione è mensile, secondo il calendario che ha inviato la regione stessa. Ogni operatore è tenuto a registrare i dati dell’attività svolta con le proprie credenziali. Si consiglia di registrare giornalmente i dati per evitare accumuli che possono portare a dimenticanze.

Gli accessi effettuati dagli operatori dell’ATI vincitrice della gara d’appalto vengono inseriti automaticamente tramite un app presente sui loro smartphone, attraverso il quale registrano anche le presenze a domicilio.

Gli accessi effettuati dagli operatori del distretto, dagli specialisti ambulatoriali, da altri specialisti, dai MMG/PLS vanno inseriti manualmente nella piattaforma delle cure domiciliari dagli operatori dei distretti delle UO Distrettuali competenti per le cure domiciliari.

Procedura di inserimento accessi operatori:

Per poter inserire la prestazione di un operatore sulla piattaforma e-care delle cure domiciliari è necessario che quella prestazione sia stata prevista nel PAI, se non è stata inserita, il PAI va rivisto; inoltre è necessario che il nome dell’operatore sia presente sulla piattaforma.

Per poter inserire il nominativo di un operatore (infermiere, specialista, MMG, PLS) sulla piattaforma è necessario comunicare all’UOC Cure domiciliari, alla email: uocassistenzaanziani.curedomiciliari@aslavellino.it, il nome e il cognome, il codice fiscale.

La procedura di inserimento è la seguente:

1. Elaborare il PAI

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 12 di 12

2. Cliccare “Carica prestazioni”
3. Inserire nome e cognome del paziente
4. Cliccare sul PAI elaborato
5. Inserire nome e cognome dell’operatore
6. Cliccare sulla freccetta verde a dx della videata e quindi “Aggiungi Accesso”
7. Cliccare poi sulla freccetta a sx della videata e quindi andare su “Tipo di Prestazione”
8. Selezionare “Tipologia di prestazione”
9. Selezionare la prestazione erogata.

D. PROCEDURA PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI

Il servizio di trasporto degli infermi in carico nelle cure domiciliari è stato esternalizzato e vincitore dell’appalto è stato un ATI, l’esecutrice locale del contratto per questo servizio è la Cooperativa “il Sorriso” di Avellino, sita in via Annarumma n. 96 83100 Avellino, tel. 0825.39771, e-mail: coopsorriso97@libero.it

Per i pazienti in carico nelle cure domiciliari l’ASL AV ha previsto due tipologie di trasporto:

1. **Trasporti in AMBULANZA DI BASE, tipo B**, pazienti non deambulanti in carico nelle Cure Domiciliari dell’ASL Avellino verso i presidi ospedalieri e/o strutture dell’ASL, la A.O.R.N. di Avellino e strutture in ambito Regionale (Regione Campania), per effettuare prestazioni e/o esami strumentali non erogabili a domicilio e viceversa. **È escluso il trasporto in urgenza per il quale è necessario allertare il 118.**
2. **Trasporti in AUTOVETTURA, pazienti deambulanti in carico nelle cure Domiciliari dell’ASL Avellino verso i presidi ospedalieri e/o strutture dell’ASL**, la A.O.R.N. di Avellino e strutture in ambito Regionale (Regione Campania), per effettuare prestazioni e/o esami strumentali non erogabili a domicilio e viceversa.

Il servizio si espletterà durante tutto il periodo di validità del contratto e ove non indicato diversamente, nei giorni feriali, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì.

Sono autorizzabili i trasporti per:

- Visite specialistiche

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 13 di 13

- Accertamenti diagnostici non praticabili a domicilio
- Prestazioni quali: inserimento PEG, cateteri venosi centrali (Porth, Pic ...), curettage piaghe non possibili a domicilio, tracheostomia programmata.

Non sono autorizzati trasporti per:

- prestazioni sanitarie di carattere privato o senza finalità di cura (es. visite per invalidità civile)
- prestazioni ambulatoriali di riabilitazione
- cicli di radio o chemioterapia
- dialisi

MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO

Le modalità di espletamento del servizio sono le seguenti:

1. I trasporti in autoambulanza dovranno essere individuali.
2. I trasporti multipli per più pazienti dovranno essere preventivamente autorizzati dal Direttore del Distretto proponente il trasporto.
3. In casi particolari deve essere prevista la possibilità di trasportare un accompagnatore per ogni paziente; tale accompagnatore dovrà essere garantito da idonea assicurazione che copra i terzi trasportati.
4. In caso di trasporto in autovettura l'autista dovrà aiutare il paziente a salire e scendere dall'auto ed accompagnarlo rispettivamente fino all'abitazione o fino all'interno del Reparto cui è diretto.
5. L'ambulanza di base (tipo B) dovrà essere equipaggiata come previsto dalla normativa regionale e nazionale vigente.
6. I chilometri percorsi in eccedenza ai 100km saranno imputati secondo la percorrenza media calcolata sul sito ufficiale dell'automobile Club d' Italia: www.aci.it.
7. I tempi di intervento dalla chiamata per i trasporti ordinari dovranno avvenire sempre nel rispetto dei tempi concordati con i Responsabili che richiedono il servizio.
8. L'attivazione del servizio verrà effettuata, via e-mail, dal Direttore di Distretto o suo delegato.

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 14 di 14

Trasporto programmato di pazienti seguiti dal Servizio Cure Domiciliari Integrate:

1. Il personale operante dovrà rispettare l'orario di accompagnamento ai servizi ospedalieri e ritorno.
2. Gli assistiti dovranno essere trasportati con ambulanza di base o con autovettura secondo la richiesta trasmessa, via e-mail, con un preavviso minimo di 12 ore, dal Direttore del Distretto (o suo delegato).
3. Per i trasporti con autovettura non sono ammessi trasporti collettivi, salvo espressa autorizzazione.
4. Non è richiesto benestare del servizio effettuato, salvo segnalazioni di disservizio da parte dell'utente, del medico di medicina generale o del servizio ospedaliero.

Disponibilità di mezzo e loro caratteristiche

Il numero minimo di ambulanze e autovetture disponibili per il servizio deve essere adeguato al numero dei pazienti in carico, alla quantità ed alla frequenza dei trasporti richiesti.

Il soggetto aggiudicatario deve impegnarsi ad utilizzare esclusivamente mezzi pienamente rispondenti alla normativa vigente regionale e nazionale per le ambulanze.

I mezzi utilizzati per il trasporto possono operare esclusivamente per conto dell'A.S.L. competente e le ditte aggiudicatarie non possono impegnarli per nessun altro fine durante gli orari di disponibilità.

Richiesta Trasporto Infermi Cure Domiciliari Integrate

La richiesta di trasporto, redatta dal MMG/PLS su apposito modulo (Mod. A1), viene consegnata, con il necessario anticipo dai familiari o dal caregiver all'UO Distrettuale Competente per le cure domiciliari per l'autorizzazione da parte del Direttore del Distretto o suo delegato. L'U.O. Competente per le Cure Domiciliari trasmetterà la richiesta (Mod. A2), via fax alla Cooperativa "Il Sorriso".

Il modulo per la richiesta dei trasporti sarà pubblicato sul sito dell'ASL alla voce Cure Domiciliari Integrate.

Per quanto non descritto su questa procedura si rimanda al capitolato e alla normativa vigente.

E. SMALTIMENTO RIFIUTI

Lo smaltimento dei rifiuti prodotti durante le attività svolte nelle Cure Domiciliari è a carico dell'ATI aggiudicataria del servizio. Essa dovrà operare nel seguente modo:

- vetro, carta, cartone e plastica vengono smaltiti con il criterio della raccolta differenziata;

	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 15 di 15

- pannoloni anche contaminati da sangue, vengono smaltiti nei rifiuti assimilati agli urbani, purché non ricorrano i criteri d'infettività;
- feci, urine, sangue possono essere fatti confluire nelle acque reflue che scaricano nella rete fognaria;
- sacche diuresi sono assimilate ai rifiuti urbani se non ricorrono i criteri di infettività;
- rifiuti provenienti da medicazioni vengono smaltiti nei rifiuti assimilati agli urbani purché non ricorrano i criteri d'infettività;
- bisturi e rifiuti taglienti e pungenti sono rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo per i quali è previsto lo smaltimento in contenitori rigidi con coperchio;
- gli operatori che effettuano terapie a domicilio per le quali è previsto l'utilizzo di materiale pungente, dovranno essere forniti ed educati all'utilizzo dei suddetti contenitori da parte della ditta aggiudicataria del servizio cure domiciliari, che si impegna al successivo ritiro e smaltimento come rifiuti speciali, quando pieni o non più utilizzati.

I criteri per valutare l'appartenenza di un rifiuto ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo (criteri di infettività) sono i seguenti, se si risponde no a tutti i quesiti il rifiuto è da intendersi assimilabile agli urbani:

- 1) il rifiuto proviene da ambienti di isolamento nel quale esiste il rischio di trasmissione per agente biologico di gruppo IV?
- 2) il rifiuto è venuto a contatto con escreti di pazienti in isolamento per malattie trasmesse per contatto?
- 3) il rifiuto è contaminato con feci, urine, vomito, provenienti da pazienti per i quali il medico abbia rilevato clinicamente una patologia trasmissibile attraverso tali vie?

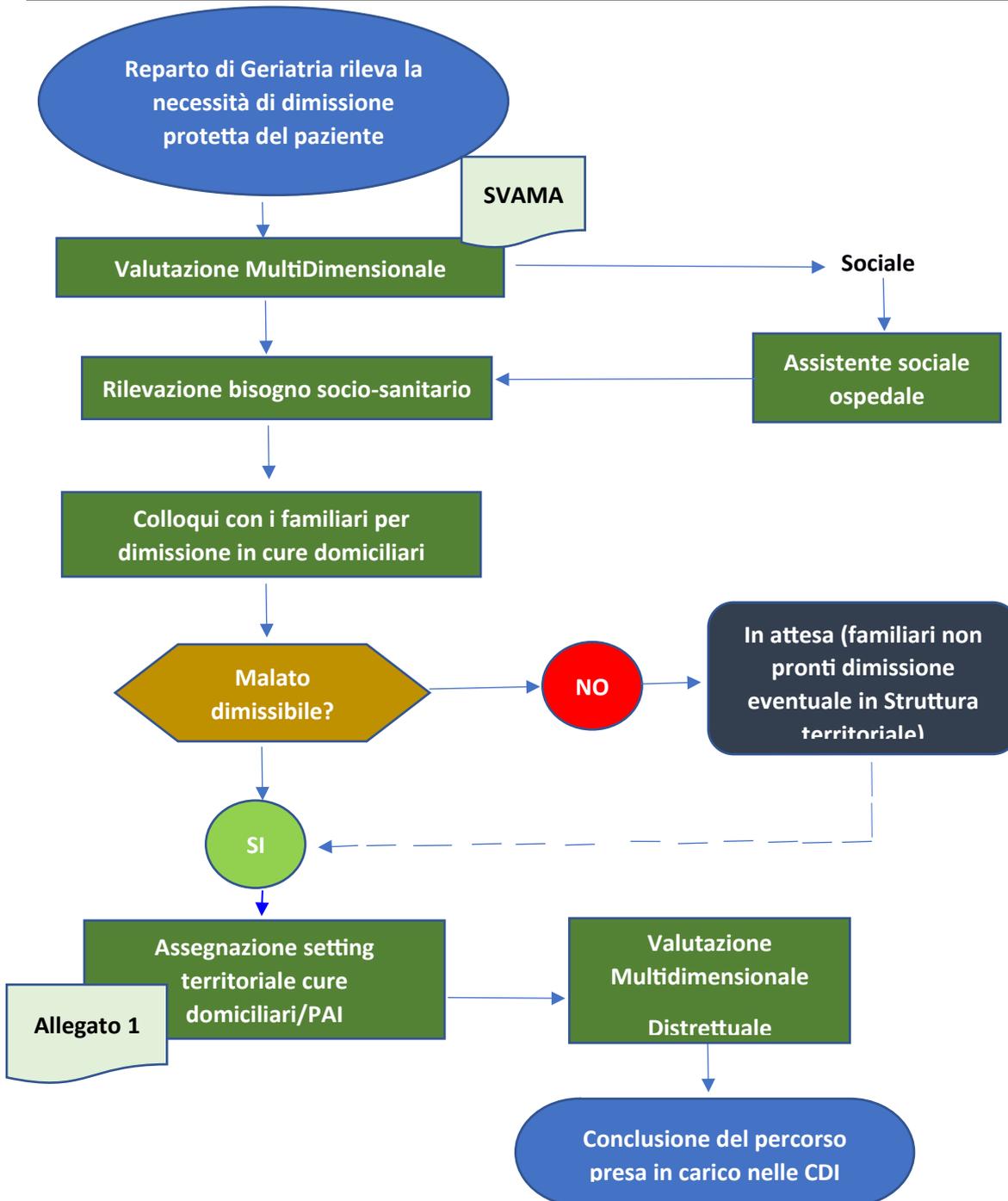
I contenitori dei rifiuti speciali dovranno essere debitamente contrassegnati ai fini dell'identificazione dei rifiuti in esso contenuti.

La fornitura degli appositi contenitori e lo smaltimento sono a carico della ditta aggiudicataria.

F. PERCORSO CONTINUITÀ DI CURA TRA UOC GERIATRIA DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO E LE CURE DOMICILIARI DELL'ASL AVELLINO PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO.

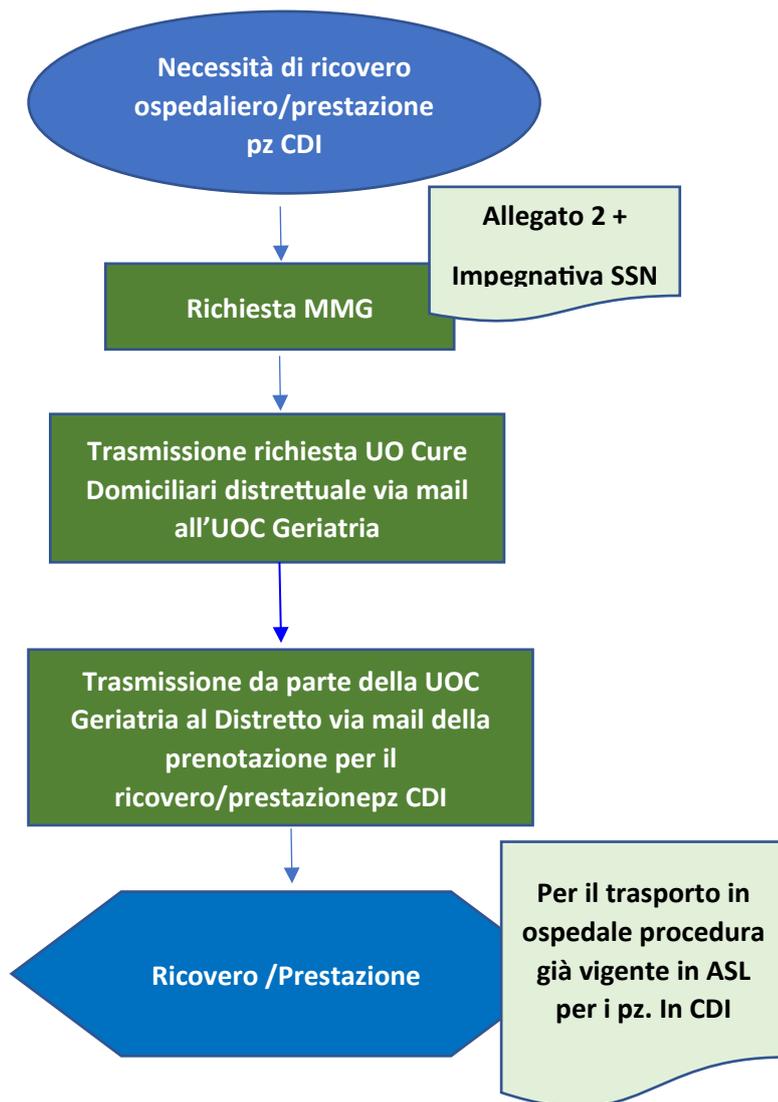
Con **Delibera Aziendale n. 512 del 20 aprile 2023** è stato approvato il percorso continuità di cura tra UOC Geriatria dell'AORN S.G. Moscati di Avellino e le Cure Domiciliari dell'ASL Avellino per l'integrazione ospedale-territorio. Di seguito le flow-chart dei due percorsi Ospedale-Territorio-Ospedale.

FLOW CHART PERCORSO CONTINUITÀ DI CURA UOC GERIATRIA A.O. MOSCATI - CURE DOMICILIARI



	PROCEDURE ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 17 di 17

FLOW CHART PERCORSO CURE DOMICILIARI - UOC GERIATRIA



Infine per la richiesta di alimentazione domiciliare artificiale domiciliare utilizzare la procedura del Centro NAD, già in essere nella ASL.

Per tutto quanto non presente nella presente procedura si fa riferimento a quanto previsto nel Regolamento delle Cure Domiciliari (Delibera Aziendale n. 16 del 05/01/2024), nel Capitolato Speciale delle Cure Domiciliari, nella Procedura Aziendale per la Presa in Carico nelle Cure Domiciliari di Base secondo il D.D. n. 524 del 04/08/2023 (Delibera Aziendale n. 1707 del 24/11/2023)



**PROCEDURE ORGANIZZATIVE
PER LE ATTIVITÀ IN CURE
DOMICILIARI**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 18 di 18

ALLEGATI

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 19 di 19

		SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI A GESTIONE INTEGRATA E COMPARTICIPATA SCHEDA DI ACCESSO PUA		MOD. 1
ASL AVELLINO		DISTRETTO:	AMBITO:	
Punto di accesso:	U.O. Distrettuale specificare: MMG/PLS <input type="checkbox"/> SEGR. SOCIALE <input type="checkbox"/>	Data scheda	___/___/___	
N° riferimento interno:		Codice identificativo univoco (generato dal sistema informatvo sociale e sanitario)		
Richiesta di segnalazione a cura di: <input type="checkbox"/> familiare/parente <input type="checkbox"/> componente della rete informale <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliera _____ <input type="checkbox"/> U.O. Distrettuali _____ <input type="checkbox"/> strutture residenziali _____ <input type="checkbox"/> altri servizi sociali dell'ambito territoriale _____ <input type="checkbox"/> altro _____				
DATI DELL'ASSISTITO				
Cognome		Nome		
Data di Nascita	___/___/___	Genere	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita		Codice Fiscale/STP		
Indirizzo dell'assistito				
Recapiti telefonici				
Comune di residenza		Stato estero assistito		
Regione di residenza dell'assistito		ASL di residenza dell'assistito		
Medico dell'assistito: MMG <input type="checkbox"/> PLS: <input type="checkbox"/>	Nome :	Cognome:	ASL	
	Indirizzo:		Distretto	



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 20 di 20

Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi Sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi Sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
----------------------	--	---------------------------------	--

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME e NOME _____

VIA _____ COMUNE _____

TELEFONO _____ RUOLO _____

PROFILO PROFESSIONALE

Stato civile

1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile	2 <input type="checkbox"/> coniugato/a	3 <input type="checkbox"/> separato/a	4 <input type="checkbox"/> divorziato/a	5 <input type="checkbox"/> vedovo/a
6 <input type="checkbox"/> convvente	8 <input type="checkbox"/> non dichiarato			

Condizione lavorativa

<input type="checkbox"/> occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma
<input type="checkbox"/> disoccupato/a	<input type="checkbox"/> pensionato/a	<input type="checkbox"/> cassintegrato/a

Altro (Specificare).....

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE

<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura residenziale	<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura semiresidenziale
---	---	---

<input type="checkbox"/> contributo economico	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
---	--

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE:



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 21 di 21

PRIMA VALUTAZIONE

Bisogno semplice sociale

Bisogno sanitario

Bisogno complesso

Caso urgente

ATTIVAZIONE SERVIZI

- SERVIZI ATTIVATI:**
- Sociale
 - Sanitario
 - Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO/FIRMA DELL'OPERATORE.....

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ in qualità di
(specificare) _____

Autorizza il trattamento dei dati ai sensi del d.lgs 196/2003

Sì NO

Luogo e Data _____

Firma _____

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 22 di 22

	MODULO DI ADESIONE DELLA FAMIGLIA ALLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE: PATTO DI CURA	MOD. 2
---	---	---------------

Il sottoscritto.....nato a..... il...../...../..... residente
a.....via.....Tel.....

Familiare referente del Paziente:

Cognome e Nome.....Nato a..... il/...../.....
con domicilio di assistenza a.....via.....
Tel.....

Chiede di usufruire del servizio di cure domiciliari

Dichiara di essere stato informato:

- sulle caratteristiche del servizio
- sulle forniture concesse
- sulle prestazioni da erogare al familiare assistito
- sugli oneri a suo carico

Dichiara altresì di avere ricevuto copia della Carta del Servizio e di averne preso visione

Si impegna a:

- collaborare con l'équipe domiciliare per il puntuale svolgimento del programma assistenziale, accettando il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Data/...../.....

Firma del familiare

.....

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 23 di 23

	RICHIESTA VISTA SPECIALISTICA DEL PALLIATIVISTA/ANESTESISTA/ORL/CHIRURGO	MOD. 3
---	---	---------------

All'UOC CURE DOMICILIARI

e-mail: uocassistenzaanziani.curedomiciliari@aslavellino.it

Oggetto: Richiesta di visita specialistica domiciliare pz. in Cure Domiciliari Integrate (CDI)

Si richiede visita specialistica _____domiciliare

per il Sig. _____ in carico nelle cure

Domiciliari, residente in _____ alla via _____

_____ n. _____ tel. _____

MMG/PLS _____

Motivo della richiesta _____

Data ____/____/____

MMG/PLS
(Timbro e firma)

Il Medico Del Distretto
(Timbro e firma)

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 24 di 24

	MODULO DI DIMISSIONE DALLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE	MOD. 4
---	--	---------------

Il medico di famiglia dott. Tel. Ambulatorio.....

Tel. domicilio.....

del paziente

Cognome e Nome..... Luogo e data di nascita...../...../...../..... Residenza.....via.....n..... Domicilio assistenza..... Tel.....

Preso in carico a domicilio dal/...../...../ comunica la dimissione del paziente dal regime di cure domiciliari per:

- decesso (indicare il luogo) data...../...../.....
- ricovero in residenza..... data...../...../.....
- (specificare il motivo)
- autonomia funzionale/ guarigione
- altro (specificare).....

Consegna registro prestazioni domiciliari:

Si consegna in allegato il registro prestazioni n. _____

Data/...../.....

Firma e timbro MMG/PLS

.....

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 25 di 25

	RICHIESTA VISITA DOMICILIARE SPECIALISTICA	MOD. 5
---	---	---------------

Al Direttore del Distretto Sanitario

di _____

Oggetto: Richiesta di visita specialistica domiciliare pz. in Cure Domiciliari Integrate (CDI)

Si richiede visita specialistica _____ domiciliare
per il Sig. _____ in carico nelle cure
domiciliari, residente in _____ alla via _____
_____ tel. _____

Motivo della richiesta _____

Si chiede che la S.V. voglia disporre l'effettuazione della stessa da parte di specialisti operanti presso la vostra struttura.

Data ____/____/____

MMG/PLS
(Timbro e firma)

Nulla osta allo specialista

Il Direttore del Distretto



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 27 di 27

Medico del Distretto U.O. _____ tel. n. _____

Patologia prevalente.....

Patologie concomitanti.....

.....

Nelle Cure Domiciliari dal ____/____/____/ con il seguente piano terapeutico:

<i>Farmaci (nome, via di somm., dose/di)</i>	<i>Ausili per medicazione</i>	<i>Ausili per incontinenza</i>	<i>Ausili protesici</i>	<i>Ausili nutrizionali (nome, somm., dose/die)</i>

Motivo del ricovero:

problema di clinico non risolvibile in regime domiciliare (specificare):

*BPCO riacutizzata *Scompenso cardiaco cronico riacutizzato Endocardite Cirrosi epatica
scompensata Dolore cronico non controllato Spondilodiscite *Sepsi *Anemia severa
Demenza con delirium

Altro.....



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 28 di 28

Accertamenti strumentali programmati (specificare):

TC.....Quesito Diagnostico.....

RMN.....Quesito Diagnostico.....

RX.....Quesito Diagnostico.....

Ecografia.....Quesito Diagnostico.....

Scintigrafia.....Quesito Diagnostico.....

Prestazioni programmabili (specificare):

- Inserimento PEG
- Sostituzione PEG primo impianto
- Inserimento PICC o Midline
- Cistoclisi
- Tracheostomia
- Drenaggio toracico/toracentesi
- Drenaggi addominali/paracentesi
- Curettage di lesioni cutanee difficili non eseguibile a domicilio

Cicli di terapia programmati (specificare):

- Terapia o device per il trattamento del dolore cronico non controllabile a domicilio
- Emotrasfusione urgente
- Terapia farmacologica non effettuabile a domicilio

DATA _____

IL MMG

TIMBRO E FIRMA

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 29 di 29

	VISITA EFFETTUATA DA PALLIATIVISTA/ANESTESISTA/ORL/ CHIRURGO	MOD. 7
---	---	---------------

Al Direttore del Distretto di _____

Dichiaro che il giorno _____ alle ore _____ è stata effettuata visita domiciliare dal dr. _____ specialista in _____, così come richiesto, per il Sig. _____ in carico nelle cure domiciliari residente in _____ alla via _____ n. _____ tel. _____

Indice di Karnofsky: _____ Scala del dolore _____ Entità del dolore _____

Diagnosi _____

Prestazione _____

Terapia _____

Il Medico / Palliativista/Anestesista/ORL/Chirurgo

(Timbro e firma)

Firma del familiare _____

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 30 di 30

	MODULO DI RICHIESTA DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A DOMICILIO	MOD. 8
---	--	---------------

Al Direttore del Distretto

di _____

Paziente _____ CF _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Residenza _____

MMG/PLS DR. _____ TEL _____

DIAGNOSI _____

Esami di laboratorio	Frequenza / mese	<i>P = programmati nel piano assistenziale NP = non programmati (indicare richiedente)</i>
.....	
.....	P <input type="checkbox"/>
.....	NP <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Data/...../...../

MMG/PLS

(Timbro e firma)

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 31 di 31

	MODULO DI RICHIESTA MEDICAZIONI, DISINFETTANTI, PRESIDI, SOLUZIONI INFUSIONALI	MOD. 9
---	---	---------------

Distretto Sanitario di _____

AI SERVIZIO CURE DOMICILIARI

PAZIENTE _____ CF _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

NUM. ISCRIZ CDI _____ MMG/PLS DR. _____ TEL _____

DIAGNOSI _____

PRESCRIZIONE MEDICAZIONI - DISINFETTANTI	QUANTITA' RICHIESTA (UNITA')	QUANTITA' CONSEGNA (UNITA')
PRESCRIZIONE PRESIDI - SOLUZ. INFUSIONALI		

DATA _____

MMG/PLS

FARMACISTA

FIRMA PER RICEVUTA

TIMBRO E FIRMA

TIMBRO E FIRMA

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 32 di 32

	RICHIEDA TRASPORTO PER I PAZIENTI IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI I, II, III LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE	MOD. 10 A
--	---	------------------

Al Direttore del Distretto di _____
Presidio Distrettuale di _____

Il /la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ MMG PLS

RICHIEDE IL SEGUENTE TRASPORTO PER

Per il Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____

a _____

in carico nelle cure domiciliari integrate.

TIPO DI MEZZO	<input type="checkbox"/> AMBULANZA	<input type="checkbox"/> AUTOVETTURA
MOTIVAZIONE	<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA <input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI LABORATORIO <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> ALTRO.....	<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE O PERIFERICO <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO PEG/SONDINO NASOGASTRICO

Il MMG/PLS

(timbro e firma)

AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

SI AUTORIZZAZIONE

NON SI AUTORIZZA

DATA ____/____/____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO O SUO DELEGATO

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 33 di 33

	RICHIESTA TRASPORTO PER I PAZIENTI IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI I, II, III LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE	MOD. 10 B
---	--	------------------

Al Referente dell'ATI "Icaro-Vivisol"
dott. Alberico Iannaccone
e-mail: coopsorriso97@libero.it

SI RICHIEDE IL SEGUENTE TRASPORTO PER

Per il Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____
a _____
in carico nelle cure domiciliari integrate.

TIPO DI MEZZO	<input type="checkbox"/> AMBULANZA	<input type="checkbox"/> AUTOVETTURA
MOTIVAZIONE	<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA <input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI LABORATORIO <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> ALTRO.....	<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE O PERIFERICO <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO PEG/SONDINO NASOGASTRICO
GIORNO DEL SERVIZIO	ORARIO	TIPO DI VIAGGIO
____/____/____	ORA _____	<input type="checkbox"/> ANDATA E RITORNO

PUNTO DI PARTENZA

Nome sul campanello dell'abitazione: _____

Comune _____

Via/corso/piazza _____ n. _____

Persona contattabile _____ tel. _____
(in caso di necessità)



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 34 di 34

PUNTO DI DESTINAZIONE

Denominazione del Presidio di destinazione:

Comune _____

Via/corso/piazza _____ **n.** _____

Persona contattabile _____ **tel.** _____
(in caso di necessità)

IL MEDICO DEL DISTRETTO

(TIMBRO E FIRMA)



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 36 di 36

CLASSIFICAZIONE PROBLEMI DI SALUTE E BISOGNI ASSISTENZIALI			
Problemi di salute		Bisogni assistenziali	
1	Progettualità assistenziale	1 Valutazione monoprofessionale	
		2 Valutazione multidisciplinare	
2	Rischio infettivo	3 Educazione terapeutica torica e pratica	
		4 Gestione di procedure di prevenzione	
3	Respiratori	5 Educazione terapeutica torica e pratica	
		6 Gestione O2 terapia	
		7 Gestione tracheostomia	
		8 Gestione ventilazione invasiva	
		9 Gestione bronco aspirazione	
4	Alimentazione	10 Educazione terapeutica torica e pratica	
		11 Gestione alimentazione per os	
		12 Gestione S.N.G.	
		13 Gestione P.E.G.	
5	Eliminazione urinaria/intestinale	14 Gestione alimentazione parenterale	
		15 Educazione terapeutica torica e pratica	
		16 Gestione cateterismo vescicale	
		17 Gestione urostomia	
6	Integrità cutanea	18 Clistere evacuativo	
		19 Gestione stomia	
		20 Educazione terapeutica torica e pratica	
		21 Trattamento lesioni da decubito I e II grado	
		22 Trattamento lesioni da decubito III e IV grado	
7	Riposo/sonno	23 Trattamento ulcere trofiche	
		24 trattamento lesioni chirurgiche	
		25 Educazione terapeutica torica e pratica	
		26 Educazione terapeutica torica e pratica	
9	Procedure diagnostiche	27 Educazione terapeutica torica e pratica	
		28 Rilevazione parametri vitali e fisici	
		29 Prelievo venoso	
		30 Prelievo materiale organico per microbiologia	
		31 Prelievo arterioso per emogasanalisi	
		32 E.C.G.	
		33 Telemetria	
10	Procedure terapeutiche	34 Educazione terapeutica torica e pratica	
		35 Terapia intramuscolare e sottocutanea	
		36 Gestione C.V.C. / Porth-cath	
		37 Gestione terapia infusiva periferica	
		38 Gestione cateterismo peridurale	
		39 Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 38 di 38

Presidi e ausili alla dimissione

<i>Presidio/ausilio</i>	<i>Tipologia</i>
Catetere vescicale Data ultimo cambio/...../.....	
Letto ortopedico	
Materasso antidecubito	
Ventilatore	
Deambulatore	
Cannule tracheali	
Comunicatore	
Medicazioni avanzate	
Apparecchiatura per pressione negativa	
Altro.....	

SVAMA effettuata in data (da allegare): _____

Il Dirigente Medico Ospedaliero

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 39 di 39

	PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE: PAI	MOD. 12
---	---	----------------

PAZIENTE _____	CF _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENZA _____	INDIRIZZO _____
DOMICILIO _____	INDIRIZZO _____
DATA ATTIVAZIONE: _____	

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE	
Diagnosi Principale	
Note	

DIAGNOSI ONCOLOGICA		
Tipo di diagnosi	Data inizio	Data fine

BISOGNI		
Alimentazione		
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
5	Gestione alimentazione per os	<input type="checkbox"/>



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 40 di 40

5	Gestione S.N.G.	<input type="checkbox"/>
6	Gestione P.E.G.	<input type="checkbox"/>
7	Gestione alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
Coping e stress		
11	Educazione terapeutica teorica	<input type="checkbox"/>
Disabilità/Handicap		
99	Accompagnamento/trasporti fuori casa	<input type="checkbox"/>
27	Assistenza nelle IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione past, lavanderia)	<input type="checkbox"/>
28	Assistenza nelle ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)	<input type="checkbox"/>
26	Supervisione continua	<input type="checkbox"/>
29	Supporto al caregiver	<input type="checkbox"/>
Disabilità/Handicap potenziale residuo		
99	Educazione e addestramento	<input type="checkbox"/>
25	Cicli riabilitativi per peggioramento o prevenzione di complicanze	<input type="checkbox"/>
25	Tattamento riattivativo di sindrome da allettamento recente	<input type="checkbox"/>
99	Tattamento patologie della comunicazione	<input type="checkbox"/>
99	Tattamento riabilitativo post acuto paz. altre patologie	<input type="checkbox"/>
23	Tattamento riabilitativo post acuto paz. neurologico	<input type="checkbox"/>
99	Prescrizione, addestramento, collaudo ausili	<input type="checkbox"/>
32	Motorio	<input type="checkbox"/>
Integrità cutanea		
12	Tattamenti lesioni decubito I e II grado	<input type="checkbox"/>
13	Tattamenti lesioni decubito III e IV grado	<input type="checkbox"/>
99	Tattamenti ulcere trofiche	<input type="checkbox"/>
99	Tattamenti ferite chirurgiche	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
Procedure diagnostiche		
99	Prelievo arterioso per emogasanalisi	<input type="checkbox"/>
99	Prelievo materiale organico per microbiologia	<input type="checkbox"/>



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 41 di 41

14	Prelievo venoso non occasionale	<input type="checkbox"/>
99	Rilevazione parametri vitali e fisici	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
33	Prelievo venoso occasionale	<input type="checkbox"/>
16	Telemetria	<input type="checkbox"/>
15	ECG	<input type="checkbox"/>
Procedure terapeutiche		
18	Gestione C.V.C./Porth-cath	<input type="checkbox"/>
17	Gestione terapia infusiva periferica	<input type="checkbox"/>
20	Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>
20	Gestione terapia con microinfusori/elastomeri	<input type="checkbox"/>
99	Terapia orale	<input type="checkbox"/>
19	Trasfusioni	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
17	Terapia intramuscolare sottocutanea	<input type="checkbox"/>
Progettualità assistenziale		
99	Valutazione multidisciplinare	<input type="checkbox"/>
99	Valutazione monoprofessionale	<input type="checkbox"/>
Respirazione		
2	Gestione O2 terapia	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
1	Gestione broncoaspirazione	<input type="checkbox"/>
3	Gestione ventilazione invasiva	<input type="checkbox"/>
4	Gestione tracheostomia	<input type="checkbox"/>
Riposo/sonno		
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>
Rischio infettivo		
99	Gestione procedure di prevenzione	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 42 di 42

Rischio sanguinamento		
99	Rischio sanguinamento	<input type="checkbox"/>
Terminalità non oncologica		
31	Cure palliative di fine vita	<input type="checkbox"/>
Terminalità oncologica		
20	Gestione dolore	<input type="checkbox"/>
31	Cure palliative di fine vita	<input type="checkbox"/>
Urinaria/intestinale		
8	Gestione stomia	<input type="checkbox"/>
9	Clistere evacuativo	<input type="checkbox"/>
8	Gestione urostomia	<input type="checkbox"/>
9	Gestione cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>
11	Educazione terapeutica teorica e pratica	<input type="checkbox"/>

IL MMG / PLS

(Firma e Timbro)

Chiede l'attivazione del profilo:

CDI livello base CDI 1° livello CDI 2° livello CDI 3° livello CDI 4° livello – Cure palliative

per i seguenti operatori

Operatore	Accessi	Minuti	Data inizio	Data fine	Giorn	Sett	Men
MMG/PLS							
Medico Anestesista							
OSA/OSS cooperativa							
Infermiere cooperativa							
Psicologo cooperativa							



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 43 di 43

Medico specialista ambulatoriale							
Medico Palliativista							
Coordinatore Distrettuale CDI							

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE DEL DISTRETTO

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Progetto a molto bassa intensità assistenziale | CD livello base |
| <input type="checkbox"/> Progetto a bassa intensità assistenziale | CDI 1° livello |
| <input type="checkbox"/> Progetto a media intensità assistenziale | CDI 2° livello |
| <input type="checkbox"/> Progetto a alta intensità assistenziale | CDI 3° livello |
| <input type="checkbox"/> Progetto a alta intensità assistenziale | CDI 4° livello |

Si autorizza dal _____ al _____

(Firma e Timbro del Medico che autorizza)

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 44 di 44

	QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI : CURE DOMICILIARI INTEGRATE	MOD. 13
---	--	----------------

Il questionario viene compilato in data ____/____/____

dall'utente
 con l'aiuto di familiari o conoscenti
 con l'aiuto di un operatore
e poi
 riconsegnato al Distretto nell'apposita casella
 spedito per posta
 altro

N.B! Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte)

INFORMAZIONI GENERALI

Sesso
 maschio
 femmina
Età in anni _____

Nazionalità
 italiana
 straniera

Scolarità
 nessuna
 scuola obbligo
 sc. Superiore
 laurea/altro titolo
universitario

Comune di residenza _____

Professione
 Casalinga
 Pensionato/a
 Studente/ssa
 Disoccupato/a

Operaio/a
 Impiegato/a
 Commerciante
 Dirigente
 Libero professionista

Altro



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 45 di 45

AREA INFORMAZIONE

1. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE SUL SERVIZIO CURE DOMICILIARE INTEGRATE?

per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---

In particolare:

Come è venuto a conoscenza del servizio Cure Domiciliari Integrate?	<input type="checkbox"/> Medico di famiglia <input type="checkbox"/> ospedale	<input type="checkbox"/> distretto/asl <input type="checkbox"/> altro _____
---	--	--

In caso di problemi relativi al buon funzionamento del servizio preferisce rivolgersi a:	<input type="checkbox"/> sede distrettuale <input type="checkbox"/> medico di base <input type="checkbox"/> altro _____
--	---

AREA CONTINUITÀ E ASSISTENZA

2. DAL PUNTO DI VISTA PRATICO L'INFERMIERE /TERAPISTA HA SODDISFATTO LE SUE ESIGENZE

per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---

In particolare:

A suo parere i diversi operatori da cui è stata/o erano reciprocamente informati della sua situazione?	<input type="checkbox"/> sì, sempre <input type="checkbox"/> sì, abbastanza <input type="checkbox"/> No, quasi mai	
Come ritiene l'attesa tra la prenotazione delle cure e il primo appuntamento	<input type="checkbox"/> breve <input type="checkbox"/> abbastanza lunga <input type="checkbox"/> non saprei	<input type="checkbox"/> abbastanza breve <input type="checkbox"/> troppo lunga



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 46 di 46

Quanto ritiene che le informazioni ricevute sul programma delle cure siano chiare e complete?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei
E' a conoscenza del suo programma di cure?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei
Gli operatori le hanno insegnato ad affrontare con autonomia la situazione?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

3. E' SODDISFATTO, IN GENERALE, DELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ORARI, TURNAZIONE DEL PERSONALE, ECC.)?

per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---

In particolare:

Quanto si ritiene soddisfatto degli orari per gli appuntamenti?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei
Gli operatori hanno rispettato i giorni e gli orari concordati?	<input type="checkbox"/> sì, sempre <input type="checkbox"/> sì, abbastanza <input type="checkbox"/> No, quasi mai		
E' importante per lei che l'operatore sia lo stesso?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei
La turnazione degli operatori le ha creato difficoltà?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei

AREA RELAZIONALE

4. E' SODDISFATTO DEL RAPPORTO CHE SI È CREATO CON L'OPERATORE CHE SI È OCCUPATO DI LEI?

per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 47 di 47

In particolare:

Quanto è soddisfatto della cortesia dimostrata dagli operatori?	<input type="checkbox"/> per nulla	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> così così
	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> non saprei
Quanto è soddisfatto della disponibilità degli operatori (<i>ad ascoltare, alle spiegazioni, ecc</i>)	<input type="checkbox"/> per nulla	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> così così
	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> non saprei

5. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio ADI

per nulla soddisfatto	poco soddisfatto	soddisfatto così così	abbastanza soddisfatto	molto soddisfatto	non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

migliorata	come prima	peggiorata	non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Nel complesso, come va in generale la sua salute vita in questo momento

bene	piuttosto bene	così così	male	piuttosto male	non saprei
<input type="checkbox"/>					

EVENTUALI OSSERVAZIONI

Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'ASL e potranno essere messi a Sua disposizione.

La Direzione

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 48 di 48

	CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE: INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Artt. 13/14 Regolamento UE 679/2016	MOD. 14
---	---	----------------

Gentile utente,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui agli articoli 13 e 14, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL Avellino.

Finalità del trattamento. I trattamenti di dati effettuati dalla ASL Avellino nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali, nell'ambito delle attività svolte per "Cure domiciliari di base e integrate", comprensivi delle attività amministrative ad essi correlate sono relative alle seguenti finalità:

- Attività amministrative correlate alla erogazione di attività di cure domiciliari;
- Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- Instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale;
- Attività legate alla fornitura di beni e servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica a tutela della salute (es. fornitura ausili e protesi)
- L'effettuazione di indagini sul gradimento dei servizi e delle prestazioni;
- Scopi scientifici, anche di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica controllata di medicinali, in conformità alle leggi e ai regolamenti;
- Teleassistenza e telemedicina;

Base Giuridica del Trattamento.

- La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il perseguimento di un interesse pubblico nel settore della sanità pubblica; il consenso dell'interessato o del suo legale rappresentante per tutte le attività che non siano strettamente di "cura", per le quali sia necessario
- I Suoi dati personali oggetto di trattamento sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente; raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo compatibile con tali finalità; adeguati, pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 49 di 49

sono trattati; esatti, aggiornati, conservati in una forma che consenta a sua 'identificazione per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati trattati. I dati saranno trattati in maniera da garantirne la sicurezza, la protezione mediante misure tecniche ed organizzative adeguate al fine di evitare trattamenti non autorizzati, illeciti e a garantirne l'integrità e riservatezza.

Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo.

I dati personali che la riguardano e i relativi documenti saranno conservati:

- per il tempo previsto dalle specifiche normative;
- per i periodi indicati dal Regolamento aziendale Protocollo e Archivi e dal Regolamento uso strumenti informatici cui si rinvia, disponibili nell'apposita sez. privacy del sito web aziendale.

Categorie di Dati Personali (Art 9)

- Dati personali: dati anagrafici (art. 4.1)
- Particolari categorie di dati personali (art.9)
 - Dati relativi alla salute dell'interessato
 - Dati relativi all'origine razziale o etnica,
 - Dati relativi alle convinzioni religiose e filosofiche,
 - Dati genetici,
 - Dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio.

I suoi dati personali all'interno dell'ASL sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento".

Si informa che i Suoi dati potranno essere destinati ad altri soggetti e categorie di soggetti diversi quali: responsabili esterni di trattamento (Società informatiche, Associazioni, Onlus, Cooperative, Aziende Informatiche, Ditte, consulenti, avvocati, assicurazioni, arbitri, periti, broker, etc.) altre Pubbliche Amministrazioni, consulenti, responsabile della Sicurezza

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 50 di 50

MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I Suoi dati personali potranno essere trattati, se del caso, anche mediante sistemi di ripresa qualora ritenuto utile per le cure.

I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento.

OBBLIGATORietà DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è indispensabile per lo svolgimento delle attività istituzionali della ASL e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare la prestazione da lei richiesta.

ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE E DEI RESPONSABILI

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI è la ASL Avellino, con sede in via Degli Imbimbo,10/12 ad Avellino, nella persona del suo legale rappresentante pro-tempore il Direttore Generale.

Lo stesso potrà essere contattato tramite:
 posta ordinaria: all'indirizzo della sede legale dell'ASL;
 e-mail: direzionegenerale@aslavellino.it;
 telefono: 0825.292202;
 fax: 0825.292092.

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD), nominato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento con provvedimento reperibile sul sito web del Titolare nell'apposita sezione Privacy, potrà essere contattato, per qualsiasi problematica riguardante la Sua privacy, ai



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 51 di 51

seguenti recapiti:

posta ordinaria: Responsabile Protezione Dati ASL Avellino – Via degli Imbimbo 10/12 – 83100 AVELLINO c/o Direzione Generale;

e-mail: responsabileprotezionedati@aslavellino.it;

telefono/fax : 0825.292170.

DIRITTI DELL'INTERESSATO – ARTT. 15 e ss

Ella può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:

- Accesso (art. 15 del Regolamento)
- Rettifica (art. 16 del Regolamento)
- Cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento)
- Portabilità (art. 20 del Regolamento): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Ella può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO – ART.7.3

Ella ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Ella può esercitare tale diritto mediante compilazione del modulo di consenso allegato alla presente informativa.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO – ARTT.77, 79

Ella, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).



**PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ
IN CURE DOMICILIARI DI BASE
E INTEGRATE**

Codice: PG5/CD

Data: 20/02/2024

Revisione: 0

Pagina 52 di 52

Fonte da cui hanno origine i dati personali – ART.14

(da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l'interessato)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 53 di 53

	CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE: CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Artt. 7 Regolamento UE 679/2016)	MOD. 15
---	---	----------------

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

C.F.: _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

_____ (nome e cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 679/2016) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi, contabili e fiscali; SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- Nel caso di prestazioni che richiedano una pluralità di accessi presso le strutture sanitarie della ASL Avellino, a considerare valida la sottoscritta manifestazione di consenso, per ogni ulteriore accesso, sino ad eventuale revoca, rettifica da parte del firmatario o scadenza dei tempi di conservazione del consenso prestato;

SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:

a nessuno

al proprio medico curante _____

a _____

	PROCEDURE PER LE ATTIVITÀ IN CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE	Codice: PG5/CD
		Data: 20/02/2024
		Revisione: 0
		Pagina 54 di 54

SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- che tali dati potranno essere trattati in forma anonima per ricerca scientifica o a fini statistici secondo quanto previsto dall'art. 5.1 lett. b) del Regolamento;

SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato: _____

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____

Rilasciato da _____ Data _____

ovvero

Data _____ Firma _____ Doc. n _____

(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

ovvero

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra
non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....
n° documento identità.....rilasciato da
il..... C.F.....

- Familiare (indicare il rapporto di parentela)
- Convivente
- Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Data Firma del dichiarante