

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BA**

Distretto Socio Sanitario Uno
Ambito Territoriale
Comune di Molfetta - Comune di Giovinazzo

Prot. n. _____/UOR/_____

Molfetta,

Oggetto: AUTORIZZAZIONE ALL'OSPITALITA' E/O ALL'ACCESSO (Mod. 4 Reg.)

Il /La Sig./ra _____ Nato /a _____ Prov. (____)

il _____ Residente a _____ Prov. (____) CAP _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

E' autorizzato/a **ALL'INGRESSO** **ALLA PROROGA** nella seguente **Struttura Territoriale**

<input type="checkbox"/> Centro diurno Socio-Educativo e Riabilitativo	<input type="checkbox"/> Centro diurno per soggetti affetti da demenza
<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale - Anziani	<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale - Disabili
<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale - Nucleo ordinario	<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale - Nucleo Alzheimer
<input type="checkbox"/> Comunità socio-riabilitativa (Dopo di Noi)	<input type="checkbox"/> Altro

Al presidente / Amministratore della Struttura

_____ di _____

Al familiare / Tutore legale Sig./ra _____

Via _____ Comune di _____ Prov.(____)

Al Sig.Assessore ai servizi Sociali del Comune di _____

All'Area "Servizio Socio-Sanitario" Direzione Generale ASL BA

Questa Direzione AQUISTA DALLA FAMIGLIA:

1. la domanda di ospitalità e/o accesso in data _____ del / per il Sig./ra indicato nell'oggetto, come riscontrata dal DSS Uno in data _____ e con Prot. n. _____ (Mod.1 che si allega);
2. l'impegno del Tutore e/o familiare a versare l'integrazione della retta alla Vs. Struttura;
3. l'impegno del Comune (prot. n. _____ del _____) a concorrere alla retta per € _____ giornaliera, da versare direttamente alla Struttura (che si allega).

VISTA LA PROPOSTA di ospitalità e/o di acceso formulata da:

- Medico di Medicina Generale Dott.ssa/Dott. _____
- Dirigente della U.O. ospedaliera _____ Dott.ssa/Dott. _____
- Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott.ssa/Dott. _____
- Servizio Sociale del Comune di _____
- Altro _____

ATTESO CHE L'UVM:

ha evidenziato, con valutazione effettuata dal Medico Spec. Geriatra Neurologo Altro _____
 in data _____ del Distretto Socio Sanitario Uno e/o P.O. di _____

- lo stato di non autosufficienza: Totale Parziale
- la condizione di disabile da malattia di Alzheimer o altra demenza
- la grave disabilità psico-fisica in soggetto anziano in età superiore ai 64 anni
- la grave disabilità (fisica, intellettiva, sensoriale) in soggetto 18/64 anni

Si allega il P.A.I. (solo alla Struttura).

DICHIARA CHE:

- il Comune in indirizzo ha partecipato alla riunione della U.V.M. SI NO
- l'Utente in oggetto è, in questo Distretto, al posto n. _____ del Registro delle domande.

AUTOIRIZZA L'INGRESSO LA PROROGA dell'Utente nella Vostra Struttura:

<input type="checkbox"/> Centro diurno Socio-Educativo e Riabilitativo	<input type="checkbox"/> Centro diurno per soggetti affetti da demenza
<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale - Anziani	<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale - Disabili
<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale - Nucleo ordinario	<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale - Nucleo Alzheimer
<input type="checkbox"/> Comunità socio-riabilitativa (Dopo di Noi)	<input type="checkbox"/> Altro

per la durata, salvo successive valutazioni e controlli sul P.A.I. da parte della U.V.M. distrettuale:

- ospitalità temporanea di mesi: /...../...../ ospitalità di lungo periodo ospitalità permanente

COME DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA:

- con riserva di valutazione della U.V.M. SI NO
- con comprovata necessità di urgenza (art. 3 comma 9 R. R. n. 4/2007) SI NO

CHIEDE ALL'AMMINISTRATORE: invio di fax al Distretto e all'Ara "Servizio Socio-Sanitario" e di telegramma alla famiglia, *in tempo reale*, in cui si dichiara:

- a) **alla famiglia** la disponibilità del posto in Residenza da occuparsi entro 24 ore ovvero l'indicazione del posto occupato nella lista d'attesa;
- b) **al DSS** di essere in grado di gestire con appropriatezza gli aspetti clinici dell'ospite in oggetto;
- c) **in caso di lista d'attesa**, il numero di graduatoria dell'utente del **Registro Richieste Inserimento** (specificando la data di arrivo della autorizzazione del Distretto, con il relativo numero di protocollo), ai sensi dei criteri previsti dai Regolamenti inerenti la Struttura (Reg. Reg. n. 1/1997, n. 4/2007; Regolamenti dei Nuclei e dei Centri diurni disabili/demenze della ASL BA);
- d) nella situazione successiva di cui al punto b) per la famiglia, la Struttura garantirà il reinserimento dell'Utente nel primo posto libero.

CHIEDE ALLA FAMIGLIA: ricevuto il telegramma della Residenza per l'utilizzo del posto libero, di comunicare **entro 24/48 ore** l'accettazione del ricovero. **In mancanza** di tale comunicazione alla Residenza il posto libero sarà dalla stessa destinato al successivo soggetto già autorizzato dal DSS.

Nell'eventualità di:

A. RINUNCIA ALL'OSPITALITA': il familiare, entro 24/48 ore, deve dare comunicazione scritta al Distretto e alla Residenza di rinunciare all'ospitalità;

B. SOSPENSIONE TEMPORANEA DELL'INTERESSATO: il familiare, in caso di ricovero (in Ospedale e/o RSA o per altri gravi motivi familiari), può chiedere alla Residenza la sospensione temporanea dell'inserimento comunicandola **entro 24 ore** dalla proposta alla Residenza.

In questo caso l'Utente conserverà il posto nella lista d'attesa.

In mancanza delle suddette comunicazioni la Residenza è autorizzata a destinare il posto letto libero al successivo Utente autorizzato.

Servizio Sociale Professionale
Assistente Sociale Specialista redigente
Dott.ssa Cinzia Mongelli

Il Direttore del Distretto S.S. Uno

_____ per presa visione