

Allegato 1 alla D.G.R. _____

**INDICAZIONI REGIONALI PER L'ATTIVAZIONE E LA GESTIONE
DEL SERVIZIO DI TELESOCCORSO-TELECONTROLLO.**

Premessa e scopo del documento

La Regione Friuli Venezia Giulia da oltre vent'anni offre ai propri cittadini anziani che vivono soli la possibilità di attivare il servizio regionale domiciliare di telesoccorso - telecontrollo "Sicuri a Casa".

Negli anni, al servizio "base" si sono aggiunti degli interventi aggiuntivi per rispondere a specifiche esigenze dell'utenza presa in carico come ad esempio il servizio custodia chiavi - pronto intervento e l'agenda farmaci.

Il consolidato gradimento ed effettivo utilizzo del servizio da parte dell'utenza e dei familiari che fruisce della tele-assistenza ha di fatto messo a regime tale misura di sostegno alla fragilità giacché è entrato nel panel di interventi del sistema integrato della rete e dei servizi per la presa in carico delle persone anziane.

È anche per tali ragioni che con la recente legge regionale n. 16/2019 il **servizio è stato reso gratuito** a tutte le persone in possesso dei requisiti previsti e non vi è pertanto nessuna forma di co-partecipazione da parte dei cittadini.

In questi anni, viste le potenzialità del servizio, sono emerse negli attori coinvolti delle istanze volte ad approfondire e migliorare alcuni aspetti quali:

- a) una maggiore "profilazione" dei servizi in relazione alle caratteristiche dell'utenza e per tipologia di bisogno (appropriatezza);
- b) un maggior utilizzo del servizio anche per finalità preventive oltre che di tutela;
- c) una gestione della presa in carico con modalità più omogenea tra i vari committenti (*Servizi sociali dei Comuni, Distretti Sanitari*) con particolare attenzione alle modalità di accesso al servizio;
- d) lo sviluppo di alcuni indicatori per monitorare la qualità ed i risultati della presa in carico.

Le indicazioni regionali che seguono perseguono i sopracitati obiettivi di miglioramento.

1. FINALITA'

Il servizio di teleassistenza persegue i seguenti obiettivi:

- sostenere la domiciliarità;
- aumentare i livelli di sicurezza delle persone sole;
- attivare tempestivamente richieste di soccorso e di aiuto;
- migliorare la qualità della vita e ridurre il disagio sociale della solitudine;
- contrastare o ritardare l'istituzionalizzazione.

Il servizio di teleassistenza è una prestazione delle cure domiciliari erogate dal SSR.

Tutti gli strumenti e servizi di teleassistenza descritti nel punto 2 possono assumere un ruolo importante nella prevenzione di determinati eventi ovvero supportare la *medicina di iniziativa*¹ che ha l'obiettivo di mantenere lo stato di benessere della persona e di rallentare l'evoluzione della propria condizione di fragilità. Una condizione di fragilità che spesso è la sommatoria di diversi fattori co-presenti come l'età, la co-morbilità, il decadimento psico-fisico, la solitudine.

2. DESCRIZIONE del SERVIZIO DI TELE-ASSISTENZA “SICURI A CASA”

La teleassistenza è una forma leggera di presa in carico domiciliare sulle 24 ore, adattabile a diverse tipologie di utenza e fragilità. Prevede prestazioni differenziate a seconda della tipologia di utenza e del bisogno. Di seguito sono descritti e regolati i servizi di base ed i servizi aggiuntivi.

| TELEASSISTENZA - SICURI A CASA - | |
|--|-------------------------------------|
| Servizi di base | Servizi aggiuntivi |
| Gestione richieste di aiuto ed emergenze | Telecontrollo plus |
| Monitoraggio emergenze | Pronto intervento - custodia chiavi |
| Telecontrollo | Agenda farmaci |

Descrizione dei servizi di base

I servizi di base sono standard ed attivati a tutti gli utenti che usufruiscono del servizio di teleassistenza regionale “sicuri a casa”.

Gestione richieste di aiuto ed emergenze

Il servizio consiste:

- a) nella ricezione e gestione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno delle segnalazioni di allarme provenienti dal domicilio degli utenti assistiti per richieste di aiuto o situazioni di emergenza/urgenza;
- b) nella valutazione dell'allarme e del bisogno che viene classificato in diverse tipologie in relazione al contenuto della richiesta;
- c) nell'attivazione tempestiva delle forme di aiuto necessarie e dei soccorritori più idonei ad intervenire: rete familiare-sociale, servizi territoriali, servizio di pronto intervento con custodia chiavi, soccorritori istituzionali (Servizio 112, VV.FF., Forze dell'Ordine).

¹ Soprattutto se associati ed integrati con altri servizi come ad esempio la telemedicina.

Monitoraggio emergenze

Il servizio assicura un controllo sull'evoluzione e sull'esito dell'evento "allarme" (emergenza/urgenza) attraverso uno o più contatti telefonici per verificare le condizioni dell'utente post soccorso ed assicurare un'informazione-aggiornamento del caso ai caregiver-servizi al fine di garantire una reale e continuativa presa in carico.

Telecontrollo

Consiste in un colloquio telefonico periodico (almeno una volta settimana) tra gli operatori di Centrale e gli utenti presi in carico. Tale servizio è gestito in maniera personalizzata con opportune modalità di approccio, frequenza, durata e contenuti. Il Telecontrollo è uno strumento per il monitoraggio delle condizioni psico-fisiche dell'utente, la trasmissione di informazioni e messaggi di salute (prevenzione sociosanitaria), il contrasto all'isolamento domiciliare (offre all'utente ascolto, compagnia e sostegno psicosociale). Nel corso della chiamata di telecontrollo viene monitorato anche il buon funzionamento del dispositivo tecnologico in dotazione all'utente che a fine conversazione invia - su richiesta dell'operatore - una prova di allarme.

Il telecontrollo rappresenta un veicolo bidirezionale di informazioni a vantaggio dell'utente e dei Servizi sociosanitari territoriali su tematiche di varia natura, nonché un efficace strumento di socializzazione, grazie al raccordo tra le centrali operative e le associazioni di volontariato che organizzano attività aggregative sul territorio.

Descrizione dei servizi aggiuntivi

I *servizi aggiuntivi* sono attivati e modulati in relazione ai profili di bisogno degli assistiti e sono: *il telecontrollo plus, i servizi di pronto intervento con custodia chiavi e l'agenda farmaci.*

Il servizio "**telecontrollo plus**" assicura un maggior numero di contatti settimanali rispetto al telecontrollo per un determinato periodo di tempo predefinito. Gli operatori della centrale assicurano due o più contatti telefonici settimanali fino a contatti giornalieri in relazione a:

- *richieste dell'utente previa valutazione del distretto;*
- *richieste individuate dalla rete di riferimento;*
- *situazioni critiche individuate dall'operatore di centrale e concordate con il distretto.*

Il servizio **pronto intervento con custodia chiavi** consiste nella custodia e gestione delle chiavi dell'abitazione dell'utente da parte di strutture autorizzate in possesso di apposita licenza prefettizia per la specifica attività e la gestione dell'istituto di vigilanza ai sensi del Testo Unico delle Leggi di

Pubblica Sicurezza (Tulps). L'intervento immediato - a seguito di allarme di Telesoccorso e su richiesta degli operatori delle Centrali Operative - invia presso l'abitazione dell'utente operatori in possesso della qualifica di Guardia Particolare Giurata per l'apertura dell'alloggio al fine di consentire l'accesso ai soccorritori istituzionali, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Il servizio è destinato in via prioritaria ai *“soggetti privi di qualsiasi rete di riferimento personale”* ovvero senza una rete informale che garantisca in caso di necessità l'accesso all'interno dell'abitazione.

Il servizio **agenda farmaci** prevede un contatto telefonico supplementare al servizio di telecontrollo, realizzabile tutti i giorni dell'anno (festivi inclusi) - anche più volte al giorno - per ricordare all'utente l'assunzione dei medicinali prescritti dal Medico di Medicina Generale (MMG).

Il servizio di agenda farmaci permette di monitorare telefonicamente le condizioni di salute (follow up) di pazienti soggetti a riacutizzazione segnalati dai Distretti Sanitari o dai MMG.

Il servizio è attivabile su richiesta da parte dell'assistito-caregiver o dal distretto previa valutazione del medico curante il quale fornisce copia delle prescrizioni farmaco-terapeutiche.

3. DESTINATARI DEL SERVIZIO

In base a quanto previsto all'art. 3 della LR n. 26 del 26 luglio 1996, il servizio di teleassistenza è destinato alle persone anziane (over 65) ed adulti in condizioni di disabilità psico-fisica e/o con patologie croniche invalidanti o di fragilità sociale che vivono sole e/o in piccole comunità appartamento. Tale criterio principale include:

- anziani over 65 che vivono soli l'intera giornata o frazioni di essa;
- adulti in condizioni di disabilità psico-fisica o con patologie croniche invalidanti che vivono soli l'intera giornata o frazioni di essa anche in alloggi che promuovono esperienze *“di vita indipendente”* senza la presenza di operatori sulle 24 ore;
- adulti in condizioni di fragilità sociale che vivono soli l'intera giornata o frazioni di essa;
- coppie di anziani in condizioni di fragilità socio-sanitarie e di cui almeno uno over 75.

4. REQUISITI REDDITUALI PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Con la Legge Regionale 4 novembre 2019 n. 19 (Misure finanziarie intersettoriali), art. 8, comma 8, sono stati eliminati i requisiti reddituali e il servizio **è stato reso gratuito** per tutti gli utenti in possesso dei criteri indicati ai sensi della LR 26/1996, specificati nel presente documento ai punti 3, 5, 6, 7, e tenuto conto del numero di attivazioni disponibili e determinate dalla direzione regionale competente.

5. CRITERI DI ACCESSO PRIORITARI

Il distretto sanitario nel valutare le richieste dei soggetti destinatari del servizio indicati dalla legge regionale LR 26/1996 e ulteriormente specificati nell'articolo 3 del presente atto considera i seguenti criteri di fragilità socio sanitaria e sociale sulla base dell'auto-dichiarazione della persona che compila la domanda:

- età superiore a 75 anni o adulti con disabilità psico-fisica o in condizioni di disagio sociale;
- utente preso in carico dai servizi territoriali domiciliari (ADI-SAD)
- poli-farmacoterapia in corso (*5 o più molecole / die*)
- uno o più ricoveri in servizi ospedalieri / RSA e/o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi dalla richiesta di attivazione;
- difficoltà / ridotta deambulazione (*la persona effettua pochi passi e/o utilizza presidi*)
- la persona trascorre in casa la maggior parte del tempo e/o ha ridotte-scarse interazioni sociali.

6. FABBISOGNO REGIONALE E CRITERI PER LA RIPARTIZIONE DELLE UTENZE TRA LE AZIENDE SANITARIE

Con decreto della Direzione Centrale Salute, Disabilità e Politiche Sociali sono definite ed aggiornate annualmente o al bisogno le utenze attivabili nonché i corrispettivi importi di spesa. La ripartizione delle utenze alle Aziende Sanitarie, tenuti in conto i dati storici di attività, viene periodicamente aggiornata sulla base dei seguenti criteri: tasso di copertura nella popolazione rispetto ai profili di bisogno di cui al punto 7, rapporto tra attivazioni e richieste da parte dell'utenza.

Le aziende sanitarie assegnano il numero delle utenze ai rispettivi distretti in relazione alla numerosità e caratteristiche dell'utenza, dei loro bisogni e del livello di utilizzo del servizio, prevedendo anche dei meccanismi di *mobilità aziendale* delle stesse utenze in caso di bisogno.

7. PROFILI DI BISOGNO

Le informazioni auto-dichiarate nella domanda di accesso al servizio consentono di classificare l'utenza nei seguenti profili di bisogno:

- profilo base con due tipologie di bisogno;
- profilo con fragilità maggiore con quattro tipologie di bisogno.

Tale individuazione, nonché eventuali priorità di attivazione, viene effettuata dal distretto sanitario considerando l'associazione delle variabili sotto indicate.

| | | | | |
|---|-------------------------------|----|-----------------------------------|--|
| A | Profilo base | A1 | Età 65-74 anni | <i>Fino a un criterio di fragilità socio-sanitaria o sociale</i> |
| | | A2 | Coppia "fragile" over 75 | |
| B | Profilo di fragilità maggiore | B1 | Età > 65 anni | <i>Con due o più criteri</i> |
| | | B2 | Coppia "fragile" over 75 | |
| | | B3 | Età > 75 anni | <i>Con uno o più criteri</i> |
| | | B4 | Adulti con disabilità psicofisica | |

Box 1. Criteri di fragilità socio-sanitaria e sociale auto-dichiarati nella domanda

- Assunzione di 5 o più diversi farmaci al giorno
- Uno o più ricoveri o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi
- Difficoltà o ridotta deambulazione (*ad esempio sostenuta con ausili*)
- Maggior parte del tempo trascorso in casa
- Ridotte o nulle interazioni sociali

Il Distretto approfondisce la valutazione per le persone non note ai servizi della rete che documentano nella domanda di accesso al servizio dei profili di bisogno ascrivibili ai livelli di fragilità maggiore al fine di verificare ulteriori necessità e di presa in carico.

8. INFORMAZIONE E PROMOZIONE DEL SERVIZIO

La Regione assicura con la collaborazione dell'Ente Gestore una informazione capillare sul territorio del servizio di tele-assistenza attraverso la diffusione di materiali informativi, incontri periodici, informazione agli operatori.

I referenti aziendali e distrettuali promuovono la diffusione del servizio ed organizzano specifiche attività di informazione, sensibilizzazione, formazione e aggiornamento presso le strutture e gli operatori socio-sanitari coinvolgendo i soggetti territoriali coinvolti nell'assistenza o presa in carico delle persone anziani e fragili.

9. MODALITA' DI ATTIVAZIONE

Le persone interessate ed in possesso dei requisiti indicati ai punti precedenti compilano la richiesta su apposito modulo dedicato (Modulo A) scaricabile o reperibile nei siti web:

- della Regione;
- delle Aziende Sanitarie (distretti sanitari);
- dei Comuni.

I moduli inoltre sono resi disponibili in forma cartacea nei seguenti servizi:

- Azienda Sanitaria: uffici distrettuali, CAP ed ambulatori Medici di Medicina Generale;
- Comuni: uffici dei servizi sociali, URP.

La domanda debitamente compilata deve essere inoltrata al distretto sanitario di residenza dell'utente.

10. VALUTAZIONE, APPROVAZIONE ED INVIO DELLA RICHIESTA

Il distretto sanitario accoglie, valuta ed approva la richiesta di attivazione del servizio.

Entro 30 giorni dall'arrivo della richiesta, sulla base delle informazioni disponibili e dichiarate dal richiedente, il Distretto valuta, approva e trasmette all'Ente Gestore la richiesta di attivazione del servizio inviando copia del Modulo A ed il Modulo B1 (se utente singolo) o il Modulo B2 (se coppia fragile).

Qualora il servizio non sia attivabile con le modalità di cui sopra:

- a) l'Ente Gestore comunica al richiedente che non è possibile attivare immediatamente il servizio per l'assenza di utenze disponibili, fornendo inoltre un'indicazione di massima sui tempi di attivazione (entro e non oltre 90 gg) in relazione a:
 - utenze attive ed utenze assegnate;
 - gestione delle cessazioni periodiche;
 - criteri di priorità di cui al punto 5.
- b) Il distretto comunica al richiedente la non accettazione della domanda per l'assenza dei requisiti previsti (*qualora non sia stato possibile fornire l'informazione in sede di ricezione/accoglienza della domanda*) ed invia i dati anonimizzati con il parere negativo per l'attivazione del servizio all'Ente Gestore che le registra per finalità epidemiologiche statistiche.

11. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

L'attivazione del servizio viene disposta dal distretto sanitario competente nei tempi indicati al punto 10 attraverso una delle seguenti modalità:

- a) inserisce la richiesta di attivazione sul portale dedicato allegando il modulo di richiesta debitamente compilato (opzione preferibile);
- b) invia la richiesta di attivazione via PEC sottoscritta dal direttore di Distretto o suo delegato.

L'ente gestore assicura l'attivazione del servizio entro 10 giorni dalla richiesta inviata dal distretto salvo problemi tecnici come ad esempio la necessità di predisporre rete telefoniche o altro non presenti nell'abitazione.

L'ente gestore comunica al distretto l'avvenuta attivazione e funzionamento del servizio.

12. GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO

Al fine di un'efficace presa in carico dell'utenza l'Ente Gestore assicura:

- a) un referente del servizio che si relaziona con i distretti delle Aziende Sanitarie (nominativo, riferimenti telefonici e indirizzo mail);
- b) una comunicazione al distretto dopo ogni allarme rilevante (incluse le cadute) specificando utente, allarme, evento riscontrato, azioni svolte, esito;
- c) un report periodico sull'attività con utenti presi in carico, gestione allarmi ed eventuali necessità emerse con il telecontrollo;
- d) l'accesso ai referenti aziendali e distrettuali al portale dedicato, alimentato dal gestore del servizio in tempo reale e contenente i dati di attività degli utenti presi in carico: profilo di bisogno, gestione allarmi, azioni svolte, esito, chiusura allarme, attività di telecontrollo.

L'Azienda Sanitaria assicura:

- a) un referente aziendale che si relaziona con la direzione regionale ed assicura il regolare funzionamento del servizio in relazione al presente documento;
- b) modalità omogenee di presa in carico nei distretti nonché di relazione e collaborazione con l'ente gestore attraverso una procedura aziendale che codifica ruoli ed attività dei servizi coinvolti con particolare riferimento alla gestione delle informazioni post allarme significativo e delle eventuali azioni della rete a supporto e/o monitoraggio della presa in carico;
- c) un referente distrettuale per il servizio tele-assistenza che assicura la collaborazione con il soggetto gestore nonché un coordinamento della rete dei servizi territoriali (nominativo, riferimenti telefonici e indirizzo mail);
- d) l'invio all'ente gestore da parte dei distretti di un sintetico profilo di salute della persona presa in carico e della rete formale e informale di riferimento nei tempi indicati al punto 10 (Modulo B1 se utente solo o B2 per coppia fragile) compilato con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale (*ev. integrazione con il patient summary*).

- e) una valutazione distrettuale dei bisogni e l'eventuale attivazione di altri servizi territoriali se necessario.

13. VALORIZZAZIONE DELLA RETE INFORMALE E DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Il Distretto Sanitario ed i servizi sociali dei comuni coordinano, promuovono e sostengono l'attività della rete formale e informale presente sul territorio.

In sede di valutazione distrettuale, oltre al bisogno dell'utenza viene verificata la disponibilità delle risorse attive nel territorio al fine di assicurare il coinvolgimento e l'integrazione di tutti gli attori presenti nonché il buon funzionamento dei servizi della rete.

14. DISATTIVAZIONI E NUOVE ATTIVAZIONI

Le disattivazioni consentono di gestire le nuove attivazioni nel caso in cui l'azienda e/o il distretto abbiano saturato il numero di utenze disponibili.

La disattivazione può avvenire attraverso:

- formale richiesta di disdetta inviata dall'assistito al distretto che dopo eventuale verifica con l'utente stesso trasmette la richiesta all'ente gestore di disattivazione del servizio;
- una comunicazione dell'ente gestore al distretto nei casi in cui l'assistito modifichi il suo domicilio (fuori regione; ingresso in struttura residenziale, altro) o intervenga un decesso. Il distretto, dopo verifica, autorizza l'ente gestore alla disattivazione del servizio;
- una comunicazione del distretto, previa condivisione con l'utente, all'ente gestore nel caso in cui vi sia una evoluzione del quadro clinico-funzionale o della condizione sociale (*es: progetto FAP con assistenza h24*).

Per le attivazioni si procede come segue:

- a) Predisposizione ed aggiornamento di una lista di attesa aziendale su portale dedicato. Nel caso in cui distretto abbia saturato le utenze attivabili si procede all'inserimento delle domande accolte nella lista di attesa redatta in base ai criteri di cui al punto 7 del presente atto (profili di bisogno) ed al livello di fragilità socio- sanitaria e, successivamente, al criterio cronologico della richiesta.
- b) Attivazione del servizio: a seguito della disattivazione di un'utenza, l'ente gestore procede in base all'ordine progressivo della lista d'attesa ed informa il distretto dell'avvenuta attivazione.

Il distretto attraverso il portale dedicato monitorizza in tempo reale le utenze attive, le utenze cessate, la lista di attesa delle domande con la rispettiva posizione.

15. SOSPENSIONI TEMPORANEE

Nei casi in cui l'utente non è più domiciliato presso la sua abitazione ovvero nella sede dove è attivo il servizio di tele-assistenza, l'ente gestore informa il distretto sanitario, per sue opportune valutazioni, quando tale assenza raggiunge i tre mesi continuativi.

Trascorsi sei mesi di assenza, l'Ente Gestore invia al distretto sanitario la richiesta di disattivazione del servizio che viene disposta dal distretto sanitario dopo le sue verifiche.

Gli utenti presi in carico che si trovano nelle condizioni di cui sopra sono visualizzabili dai referenti distrettuali in una sezione dedicata del portale che indica la data della sospensione del servizio ed il motivo, se noto.

16. TRASFERIMENTO DI UTENZA

Nel caso in cui un assistito trasferisca il suo domicilio in altra abitazione, l'ente gestore assicura il trasferimento dei dispositivi nella nuova sede previa verifica dei requisiti da parte del distretto di competenza.

17. SUBENTRO DEL CONVIVENTE

Nel caso in cui il servizio sia attivato per la coppia fragile (ovvero sono già disponibili le anagrafiche del convivente raccolte con il Modulo B2), il distretto sanitario competente che riceve la richiesta, autorizza il subentro del servizio tramite il portale dedicato.

Nel caso in cui il servizio sia attivato per un utente solo, eventuali richieste di subentro vanno effettuate inviando il Modulo A al distretto di competenza, il quale verifica i requisiti del richiedente nonché autorizza il passaggio del servizio trasmettendo all'ente gestore il Modulo B1 entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta.

18. IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DI QUALITÀ DELLA PRESA IN CARICO (PC)

Il gestore del servizio fornisce alle Aziende Sanitarie un report bi-annuale contenente gli indicatori di attività e di risultato di seguito riportati.

| | |
|------------------------|---|
| Indicatori di attività | Utenti per profilo e giornate di attivazione del servizio per distretto Durata media della PC per profilo e per distretto Tempi medi di attivazione del servizio Tempi medi di chiusura degli allarmi significativi Persone over 65 PC x 100 residenti per distretto Incidenza allarmi totali x 1.000 gg di attivazione del servizio per profilo e per |
|------------------------|---|

| | |
|-------------------------|--|
| | distretto Incidenza allarmi sanitari x 1.000 gg di attivazione del servizio per profilo e per distretto Attività telecontrollo per profilo |
| Indicatori di risultato | Tipologia allarmi per profilo e per esito Distribuzione interventi per profilo, tipologia di allarme ed esito Destinazione dell'assistito a 30 gg per tipologia di allarme seguito da ricovero Cessazioni del servizio per istituzionalizzazione in residenza per anziani Cessazioni del servizio per exitus Gradimento e soddisfazione del servizio da parte degli assistiti |

Il distretto assicura una verifica di conformità e di qualità del servizio con particolare attenzione a:

- tempi di attivazione;
- collaborazione e proattività dell'ente gestore nella risoluzione di eventuali problemi;
- qualità percepita sul servizio dalle persone prese in carico e/o dai caregiver attraverso indagini telefoniche a campione.

19. MODULISTICA

Di seguito sono riportati i moduli adottati per l'attivazione e la gestione del servizio di tele-assistenza:

MODULO A: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

MODULO B1: INFORMAZIONI INTEGRATIVE PER LA PRESA IN CARICO DEL SINGOLO UTENTE

MODULO B2: INFORMAZIONI INTEGRATIVE PER LA PRESA IN CARICO DELLA LA COPPIA FRAGILE

**3) di avere i seguenti criteri prioritari (P) di fragilità socio-sanitaria e sociale**

NB: barrare solo le condizioni presenti

- Assunzione di 5 o più diversi farmaci al giorno (P)
- Uno o più ricoveri ospedalieri/RSA o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi (P)
- Difficoltà o ridotta deambulazione (ad esempio sostenuta con ausili) (P)
- La maggior parte del tempo è trascorso in casa e/o le interazioni sociali sono scarse o nulle (P)

e si impegna

- a comunicare al Ente Gestore eventuali variazioni nei dati personali, suoi e dei reperibili (es. cambio recapiti, variazioni numeri telefonici, sostituzione chiavi, altro);

data: ____/____/____ **firma Utente**/Utenti se nucleo _____**DA COMPILARSI A CURA DEL DISTRETTO SANITARIO:** ATTIVAZIONE SERVIZIO SI NO **1) Individuazione del profilo sulla base dell'auto-dichiarazione del richiedente**

| | | |
|--|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Profilo base A | A1 <input type="checkbox"/> Età 65-74 anni | Fino a un criterio (P) |
| | A2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75 | |
| <input type="checkbox"/> Profilo di fragilità maggiore B | B1 <input type="checkbox"/> Over 65 solo | Con due o più criteri (P) |
| | B2 <input type="checkbox"/> Coppia "fragile" over 75 | |
| | B3 <input type="checkbox"/> Over 75 solo | Con uno o più criteri (P) |
| | B4 <input type="checkbox"/> Adulti con disabilità psico-fisica | |

2) Tipologia servizi

- Telesoccorso – Telecontrollo Pronto Intervento con custodia chiavi (se assenza di rete, residente in un capoluogo di provincia o comune limitrofo, incluso chi vive solo anche per frazioni di giornate)
- Agenda Farmaci (per utenti individuati dal distretto ed in collaborazione con il mmg) - Necessario allegare la prescrizione chiara e leggibile del Medico con giorni e orari si assunzione dei farmaci
- Altro (specificare) _____

 DOMANDA PRIORITARIA: Profilo B ____ con numero ____ di criteri prioritari (P)**NOTE/ ALTRE INFORMAZIONI** UTILI PER L'EFFICACIA DEL SERVIZIO:data: ____/____/____ **firma incaricato del Distretto Sanitario**

(copia del presente modulo va rilasciata al richiedente)



DISTRETTO SANITARIO di _____

DATI DELL'UTENTE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Cognome e Nome Telefono Cellulare
_____ ; _____ ; _____ ;
Città Via Civico

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare

SCHEDA SANITARIA: ALLEGARE COPIA DEL "PATIENT SUMMARY" (M.M.G.)

In alternativa, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale, riportare le diagnosi relative a problemi attualmente attivi e condizioni di rischio (in stampatello leggibile)

_____ ; _____ ;

_____ ; _____ ;
_____ ; _____ ;
_____ ; _____ ;
_____ ; _____ ;

Ultimo ricovero ___/___/_____

Assistenza Infermieristica Domiciliare NO; SI; Telefono _____/_____Frequenza: Tutti i gg.; Settimanale; Mensile; Altro _____;

SITUAZIONE SOCIALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
Servizio Sociale di Riferimento Telefono Comune

Servizio di Assistenza Domiciliare NO SI Frequenza: _____;Assistente Familiare / Badante NO SI Orario _____Condizione di disagio e/o isolamento sociale NO; SI _____

RETI INFORMALI - VOLONTARIATO

Associazioni volontariato presenti/attive nel territorio NO; SI

Se Si, indicare

Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

EVENTUALI NOTE / OSSERVAZIONI (Es: situazione abitativa, informazioni sulla rete di riferimento, altri servizi in attivazione, ecc...)

_____ ;
_____ ;

Data compilazione : _____/_____/_____

A cura di: _____ ; _____
Cognome e Nome Qualifica

Si informa che ai fini della Legge sulla Privacy i dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente e che, in qualità di gestore dei servizi per conto di Enti Pubblici, la società è stata nominata responsabile del trattamento.



DISTRETTO SANITARIO di _____

DATI DELL'UTENTE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome telefono Cellulare
 _____ ; _____ ; _____ ;
 Città Via Civico

DATI DEL CONVIVENTE

_____ ; _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome Data e luogo di nascita Cellulare

MEDICO/I DI MEDICINA GENERALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare
 _____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare

SCHEDA SANITARIA: ALLEGARE COPIA DEL "PATIENT SUMMARY" (M.M.G.)

In alternativa, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale, riportare le diagnosi relative a problemi attualmente attivi e condizioni di rischio (in stampatello leggibile)

| | |
|--|--|
| SCHEDA UTENTE _____ ; _____ _____ _____ _____ Ultimo ricovero ___/___/_____ | SCHEDA CONVIVENTE _____ ; _____ _____ _____ _____ Ultimo ricovero ___/___/_____ |
|--|--|

Assistenza Infermieristica Domiciliare NO; SI per _____Telefono _____ Frequenza: Tutti i gg.; Settimanale; Mensile; Altro _____ ;

SITUAZIONE SOCIALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Servizio Sociale di Riferimento Telefono Comune
 Servizio di Assistenza Domiciliare NO SI per _____ Frequenza: _____ ;
 Condizione di disagio e/o isolamento sociale NO SI _____ ;

RETI INFORMALI - VOLONTARIATO

Associazioni volontariato presenti/attive nel territorio NO; SI Se Si, indicare
 Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____
 Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

EVENTUALI OSSERVAZIONI (Es: situazione abitativa, informazioni sulla rete di riferimento, altri servizi in attivazione, ecc...)

Data compilazione : _____ / _____ / _____ A cura di: _____ ;

Qualifica _____ Firma _____